

CAPITULO 4

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

4.1 Sujetos:

Los sujetos del estudio fueron captados a través del Departamento de Oftalmología del Hospital Regional de Especialidades # 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), en Monterrey, N.L., México.

El hospital proporciona atención a los derechohabientes de los estados de: Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Durango.

Las especialidades médicas con las que cuenta el hospital son: Oftalmología, Inmunología, Nefrología, Oncología, Pediatría, Cirugía General, Patología, Medicina Interna y Laboratorio Nuclear

Los pacientes, referidos por lo regular por los médicos familiares, fueron detectados al acudir el médico especialista en el área de oftalmología.

Se trabajó durante un período de 3 meses, iniciando el 20 de agosto hasta el 26 de noviembre de 1998. Se asistió de 2 a 3 veces por semana los días de consulta (lunes, miércoles y jueves). El total de sujetos de estudio fue de $N = 4$.

Las instrucciones fueron de que los médicos residentes del departamento de oftalmología al recibir un paciente de primera vez con el diagnóstico de corioretinopatía serosa central sería canalizado para el estudio.

La enfermedad, como se ha explicado en páginas anteriores, es poco frecuente, de ahí que sólo fueran detectados 4 pacientes en ese período.

Lo anterior nos permite conocer el lugar que en la vida del sujeto ocupa su trabajo, cómo percibe su función laboral, cómo se califica y cual es el sentido que tiene del cumplimiento del deber y del valor que tienen el descanso y los lazos amistosos en el centro de trabajo.

En la pregunta # 8 (¿Qué puesto desempeña?) respecto al puesto que desempeñan responden:

Sujeto 1: “supervisor”.

Sujeto 2: “operador”

Sujeto 3: “jefe de costos”

En la pregunta # 9 (¿Cuáles son las funciones de su puesto?) sobre las funciones de dicho puesto, contestan:

Sujeto 1: “manejo de personal, son aproximadamente 20 personas, hago los trámites del IMSS, entrevistas de contratación, facturación, manejo de papelería, etc.”

Sujeto 2: “traslado, carga y descarga”.

Sujeto 3: “elaboración de presupuestos, finiquitos de obra, control de destajistas”

En la pregunta # 10 (¿ Cuántas horas trabaja por día?) sobre la jornada de trabajo responden:

Sujeto 1: “ 8 horas de lunes a viernes, el sábado 5 horas”

Sujeto 2: “trabajo toda la semana, descanso medio día, cuando van 2 operadores si hay descanso”

Sujeto 3: “en teoría es de 8:30 a 1 y de 2 a 7, de verdad es de 8 de la mañana a 8 de la noche, de lunes a sábado y a veces el domingo, hay media hora para comer, antes trabajaba más, era de 7: 30 de la mañana a 7:00 de la noche, estuve 10 años así, a lo mejor soy un tanto masoquista, ahora me voy a las 8:30 aunque deje pendientes”

En la pregunta # 11 (¿Cuántas horas trabaja por semana?) en cuanto a la jornada semanal parecen ser:

Sujeto 1: 45 horas a la semana.

Sujeto 2: sin horario.

Sujeto 3: 72 horas aproximadamente.

Los 3 hacen mención de un horario registrado y un horario real que excede a las horas registradas. En las palabras expresadas ninguno de ellos se queja por

la cantidad de horas, denotan en su rostro una expresión de satisfacción por las horas que trabajan y la responsabilidad que tienen, sólo el sujeto 3 menciona que cambió de trabajo por la presión de tiempo, ya que antes trabajaba más horas. También el sujeto 3 mencionó que tal vez era un tanto masoquista por el horario que tenía antes.

Es interesante la referencia al masoquismo, ya que parece ninguno percatarse que por no dañar su narcisismo en cuanto a no mostrarse incapaces de completar la tarea provocan un daño a su cuerpo, evidente por los pobres horarios de sueño y alimentación que podemos deducir por la jornada de trabajo y por la presencia de enfermedades psicosomáticas asociadas a la tensión.

Con relación a la pregunta # 12 (¿Cómo se siente en ese puesto?) con respecto a como se sienten en esa tarea laboral:

Sujeto 1: “a gusto, ya antes había sido supervisor”.

Sujeto 2: “bien”.

Sujeto 3: “bien”.

En palabras los 3 dicen sentirse bien. Ninguno manifiesta dudas con respecto a su trabajo o a su vocación.

En la pregunta # 13 (¿Cómo se valora usted en el trabajo?) sobre el valor que le otorgan a su trabajo responden:

Sujeto 1. “bien, mis jefes me valoran”

Sujeto 2: “soy bueno”

Sujeto 3. “bien, me queda chico”

Encontramos que les es difícil expresarse sobre ellos mismos y que tienen un buen concepto de sí mismos aunque un poco escueto.

La pregunta # 14 (¿Cómo piensa usted que lo describirían sus compañeros de trabajo?) sobre la descripción que harían de ellos sus compañeros de trabajo la contestan así:

Sujeto 1: “no hay al mismo nivel (él es el único supervisor), cada mente es diferente”.

Sujeto 2: “me consideran bueno”

Sujeto 3: “trabajador”

El sujeto 1 dice “cada mente es diferente” indicando una dificultad o negativa para ponerse en el lugar de otro, el sujeto 2 piensa que lo consideran bueno, el sujeto 3 piensa que lo describirían como trabajador.

Vemos en esta respuesta como no hay por parte de uno de los sujetos la posibilidad de pensar en los otros como personas, en otro la descripción de bueno se refiere a su desempeño en el trabajo y el numero 3 evidentemente es descrito como trabajador, no existe la posibilidad de otro tipo de descripción que haga referencia a cualidades de orden social.

En la pregunta # 15 (¿Cómo se expresan de usted como compañero de trabajo?) que se refiere precisamente a cómo sería descrito como compañero de trabajo, es decir en relación con el grupo, responden:

Sujeto 1: “el obrero no aprecia al supervisor”

Sujeto 2: “ cada quien se alaba sólo”

Sujeto 3: “tranquilo”

Encontramos en estas respuestas otra vez la individualidad de los sujetos, la imposibilidad de entender los sentimientos de los otros y la relación probablemente marcada por la competencia y no por la colaboración.

En la pregunta #16 (¿Qué opina usted de sus compañeros como trabajadores?) sobre como él percibe a sus compañeros encontramos lo siguiente:

Sujeto 1: “a veces hay personal que trabaja como debe ser, se saca la producción”.

Sujeto 2: “ bien”.

Sujeto 3: “de todo había, en el trabajo no caben los flojos”.

No les resulta sencillo encontrar cualidades en sus compañeros de trabajo, el nivel de competencia parece no admitir que exista alguno que se les compare y la norma al parecer es que trabajen al nivel de ellos.

Con respeto a la pregunta #17 (¿Qué opina su jefe directo del desempeño de su trabajo?) sobre la opinión de su jefe sobre su desempeño:

Sujeto 1: “da las mejores referencias, mi jefe anterior me invita a regresar al trabajo”

Sujeto 2: “me gané un premio”

Sujeto 3: “era muy exigente, ya me gané su confianza”.

Los 3 se sienten reconocidos en su trabajo, a través de premios, palabras de reconocimiento o la confianza del otro, notamos como su interés se centra en el trabajo y no en las relaciones humanas. Asimismo notamos como siempre parecen triunfar.

Al preguntar sobre la opinión que ellos tienen sobre su jefe directo en la pregunta # 18 (¿Cómo ve usted a su jefe en el desempeño de su trabajo?) responden :

Sujeto 1: “es un poco estricto”

Sujeto 2 “no hay jefe, hay varios coordinadores según el turno y según la ciudad, llegas y te reportas”.

Sujeto 3: “tiene experiencia, quien sabe si el fuera ejecutor (sólo planea la estrategia)”

Observamos que los sujetos juzgan, anulan o critican el desempeño de sus autoridades, no existe reconocimiento o una crítica positiva, tampoco una posibilidad de vínculo o identificación, mencionaremos que el sujeto 1 tiene como jefe directo a su padre.

En la pregunta # 19 (¿Cómo se lleva usted con sus compañeros dentro del trabajo?) sobre como es su relación con compañeros dentro del trabajo responden:

Sujeto 1: “no hay relación”

Sujeto 2: “bien”.

Sujeto 3: “muy bien”

Al contrario de los datos anteriores la respuesta aquí es afirmativa de una buena relación, con las siguientes preguntas estableceremos que es lo que consideran es “llevarse bien”

Sobre la relación con compañeros fuera de la hora de trabajo que se explora en la pregunta # 20 (¿Se relaciona usted con ellos fuera de las horas de trabajo?) responden:

Sujeto 1: nos saludamos a la salida”.

Sujeto 2: “a veces”.

Sujeto 3: “no”.

Así entendemos la respuesta a la pregunta anterior, la buena relación con compañeros parece ser del tipo de no - relación, ya que si bien no hay problemas tampoco hay acercamiento con ellos.

Al preguntar sobre el tipo de actividades en que se relacionan en la pregunta # 21 (¿En qué actividades?) responden:

Sujeto 1: “no”

Sujeto 2: “a tomar”

Sujeto 3: “no, es que no había eventos”.

El sujeto 1 dice que en ninguna, el sujeto 2 se reúne con ellos a tomar y el sujeto 3 dice que no había ningún tipo de eventos en que se pudieran relacionar, como si necesitara una actividad del centro del trabajo para que los forzara a acercarse y no hubiera la posibilidad de reunirse espontáneamente.

En la pregunta # 22 (¿Realiza alguna actividad además de su trabajo?) para conocer si existe algún tiempo considerado libre responden:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “no”.

Sujeto 3: “sí”.

En la pregunta # 23 (deporte, social, arte, etcétera) sobre el tipo de actividad responden:

Sujeto 1: “ me gustan todos los deportes, en la normal estudié educación física, sobre todo me gusta el fútbol, juego de portero”.

Sujeto 3: “voy al templo, soy maestro de clase los domingos, también voy a empezar a caminar”.

Aunque el sujeto 1 menciona que le gustan los deportes y uno de equipo como el fútbol, prefiere la posición de portero que en un enfoque psicoanalítico puede entenderse como una posición además de defensiva, individual, no especifica que se encuentre actualmente, o cuando menos antes de enfermar practicando dicho deporte. El sujeto 2 no realiza ninguna actividad y el sujeto 3 está experimentando un cambio en su vida por ello apenas está iniciando con su práctica religiosa.

En la pregunta # 24 (¿Tiene algún tiempo libre en el trabajo?) sobre la posibilidad de que dispongan de algún tiempo libre en el trabajo contestan lo siguiente:

Sujeto 1 “ (entre risas) no, si la hora de comida es de 30 minutos”.

Sujeto 2: “no, tienes que llegar y descargar, no sales a pasear”.

Sujeto 3: “no”

Notamos una dedicación exclusiva al trabajo aparentemente sin conflicto, excepto en el sujeto 3 que voluntariamente ha reducido, aunque no significativamente su jornada de trabajo.

En la pregunta # 25 (¿Qué hace en ese tiempo libre?) acerca de lo que realizan en el tiempo libre ninguno de los 3 dispone de tiempo.

La actitud hacia el trabajo parece ser de gran aceptación a la jornada excesiva sin posibilidad de robar tiempo aunque no se encuentren en presencia de jefes o supervisores no se permiten descansar, el interés esta centrado en que se cumpla la tarea.

En la pregunta # 26 (¿Alguna vez se ha ausentado de su trabajo?) sobre si han faltado alguna vez de su trabajo responden:

Sujeto 1: “¡ es la primera vez que falto!. Desde los 17 años trabajo y es la primera vez que falto, nunca, ni cuando el niño estaba enfermo”.

Sujeto 2: “hace mucho, antes se podía, no agarrabas viaje”

Sujeto 3: “3 veces en 10 años”

Notamos una interesante coincidencia en este punto y la expresión del llanto, es tan poco frecuente que falten al trabajo como que lloren, ambas situaciones pueden contarse con los dedos de una mano y parecen estar relacionadas, podemos pensar en este superyó que castiga ambas situaciones y que parece castigarlas ahora en el órgano ejecutor que al mismo tiempo expresa el llanto como la razón de faltar, si la castración entra por los ojos, el castigo se da precisamente en los ojos.

Además esto nos da una medida del grado de responsabilidad que tiene los sujetos respecto a su trabajo, el sujeto 1 que en 20 años no había faltado a su trabajo, el sujeto 2 que no ha abandonado el trabajo y el sujeto 3 que puede mencionar sólo 3 faltas en 10 años de trabajo, también asociado con la dureza del superyó.

En la pregunta # 27 (¿ Por cuanto tiempo?) sobre el tiempo ausente del trabajo responden:

Sujeto 1: “desde que me enfermé”(hace aproximadamente 2 meses).

Sujeto 2: “como 1 o 2 días”

Sujeto 3: “3 días”.

Notamos que en el sujeto 1 ni en la enfermedad del niño se había ausentado del trabajo, aunque estaba en peligro de muerte, hasta ahora que la enfermedad lo obligó a faltar. No podemos dejar de notar que ni la muerte lo puede alejar del

trabajo sólo algo que no pudo controlar lo hizo faltar, la enfermedad psicosomática.

Los sujetos faltan una cantidad tan reducida de días que no podemos dejar de notar una gran exigencia del superyó y una gran coincidencia entre nuestros pacientes y el perfil de personalidad del paciente psicosomático (Garma, 1954) (McDougal, 1993)

Sobre los motivos de la ausencia que se investigan en la pregunta # 28 (¿Cuáles fueron los motivos?) han sido:

Sujeto 1: “ la enfermedad actual”

Sujeto 2. “ para descansar”

Sujeto: 3 “por salud”.

En la pregunta # 29 (¿Cómo se sintió de haberse ausentado? sobre la sensación experimentada al haber estado ausente del trabajo dicen.

Sujeto 1. “ahora incómodo, muy mal”.

Sujeto 2. “bien”

Sujeto 3: “sentí que me había atrasado, la vida es una carrera y al faltar, los demás se me habían adelantado”.

Podemos apreciar como el trabajo es vivido más que como una actividad como una obsesión, ya que no hay permiso de faltar, excepto en el paciente 2, los demás se sienten muy mal al haber faltado, aunque esto se haya debido a cuestiones de salud, en tal caso, la enfermedad es como un castigo.

Al preguntar sobre las ausencias permitidas, es decir, si tienen vacaciones, en la pregunta # 30 (¿ Tiene vacaciones en su trabajo?)responden los 3 que si .

El paciente 2 no las toma ya que programa sus intervenciones quirúrgicas en esas fechas, es decir, no se presenta a su trabajo pero no las considera vacaciones.

Con respecto a la duración del período vacacional, en la pregunta # 31 (¿Cuántos períodos al año?) los 3 mencionan tener un sólo periodo al año, de una semana o menos.

Las actividades realizadas en ese período investigadas en la pregunta # 32 (¿ En qué ocupa sus vacaciones?) son:

Sujeto 1: “en la familia, en la casa”.

Sujeto 2: “ no las tomo por las enfermedades, he estado incapacitado, si no me voy a Linares”.

Sujeto 3: “antes no las tomaba”.

Sobre la elección de dichas actividades en la pregunta # 33 (¿Qué es lo que hace que las distribuya de esa manera?) dicen:

Sujeto 1: “no salgo de viaje por cuestiones económicas”.

Sujeto 2. “para ver a la familia”.

Sujeto 3: “trabajaba, por el dinero”.

Observamos en esta ultima serie de preguntas que los sujetos centran la mayoría de su actividad en el trabajo, parece que su excesivo esfuerzo no es exactamente retribuido en lo económico ya que se quejan de dificultades en ese aspecto.

En relación con el sujeto 4, no labora fuera de su hogar, pero las actividades que realiza nos indican una exigencia importante, además de atender la casa y a sus tres hijos y encontrarse en su cuarto embarazo, practica ejercicio en el hogar durante toda la semana porque se lo ha propuesto (ser constante) y en su tiempo libre elabora manualidades que en un inicio era una actividad para distraerse ahora se ha convertido en una fuente de ingresos.

El descanso del ejercicio parece haberse convertido en una exigencia del superyó así como las manualidades antes recreativas ahora remuneradas.

En relación con las hipótesis que trabajamos pareciera quedar comprobado en estos pacientes la fuerza de su superyó propuesta en la hipótesis 5, en cuanto al cumplimiento de su deber, cumplen su jornada y la excede, no requieren de una supervisión externa, ya que en ellos está suficientemente internalizado el sentido del deber, no descansan en horas de trabajo ni se sienten cómodos al ausentarse.

Con respecto a conflictos relacionados con la capacidad y el lograr objetivos, de la hipótesis 2 si bien están sumamente dedicados al reconocimiento de los otros y a ganar premios o competencia, no encontramos evidencia de que existiera un conflicto consciente relacionado con ello, pudiéramos considerar que el conflicto se encuentra entre lograr el reconocimiento y la meta a costa de su cuerpo y de su salud fisica ya que las jornadas de trabajo y el descuido de las condiciones de su cuerpo al grado de persistir las enfermedades

psicosomáticas y aparecer “ nuevas” nos indican ese excesivo esfuerzo por alcanzar el ideal del yo laboral, no exactamente social ya que el reconocimiento que les interesa parece ser el del propio superyó.

En ese sentido podemos hablar de un conflicto relacionado con el éxito profesional acorde al superyó en el sentido que se cumpla con todo y se logre lo proyectado a costa del cuerpo.

5. CONCLUSIONES

El perfil de personalidad presenta las siguientes características:

En cuanto a la percepción que tienen de sí mismos no existe ninguna respuesta que los describa como tranquilos o relajados, el estilo es de mucha prisa, de gran apremio con lo cual coincide con el perfil general de los pacientes psicosomáticos (Garma, 1954) y con la descripción de la personalidad encontrada en el campo médico en los pacientes con corioretinopatía serosa central (Yanuzzi y cols., 1982)

Lo anterior lo notamos en los siguientes aspectos:

Escasamente describen problemas con otras personas pero también encuentran difícil encontrar “otras personas”, es decir, desde su perspectiva narcisista no toman en consideración al otro, parecen no existir otras personas significativas, así que aunque aparentemente se encuentra “en relación” las relaciones son frágiles o intercambiables, en los trabajos no establecen lazos afectivos con compañeros ni con superiores; por un elevado concepto de sí mismos, no son capaces de relacionarse con los otros que les parecen inferiores, ya que lo que los sujetos realizan es tan excesivo que evidentemente los otros no están a su nivel.

Así están en una relación no problemática con otros en la que no hay ni problemas manifiestos ni afecto de carácter positivo, en relaciones neutrales o blancas (Marty y de M'uzan, 1967)

Los afectos negativos, en primera instancia no son nombrados ni sentidos claramente, los positivos parecen no existir

El enojo, la tristeza parecen ser experimentados como fallas o debilidades del carácter y ni una ni otra emoción está permitida en su expresión.

En cuanto a la sensación de la emoción, los sujetos no podían poner en palabras su emoción, como si éstas estuvieran en un estado primitivo que no pudieran enlazarse a la representación verbal y se quedara la emoción de una manera pura en el cuerpo.

Tanto la expresión del enojo o tristeza eran eliminadas, culturalmente la expresión del enojo podía ser permitida para los sujetos varones pero insistimos en que opera un perfeccionismo que excluye cualquier cosa que pueda ser considerada falla o debilidad.

En especial nos interesaba saber si la expresión de tristeza podía ser manifestada en una forma física sencilla como el llanto que, además, actúa como comunicación de lo que sucede en el interior del individuo y encontramos respuestas que indicaban una gran imposibilidad de llorar, como el mencionar una sola vez en la vida la expresión del llanto y un promedio de 20 años sin llorar, con ello encontramos un ojo especialmente “cargado” que parece, con la enfermedad, descargarse al interior.

En esta situación de la descarga del llanto, encontramos que las cuestiones culturales no facilitan la posibilidad del llanto en los hombres, lo que puede estar asociado en esta línea con la incidencia mayor en la población masculina de esta enfermedad. Esto nos permitiría apuntar por qué la enfermedad tiene su asiento en la visión, sin dejar de considerar los aspectos típicos de personalidad que facilitan la aparición de enfermedades psicosomáticas.

Llanto y muerte parecen estar relacionados, ya que sólo ante la amenaza o la muerte real se da la expresión del llanto, como si sólo ante la pérdida pudieran perder su imagen ideal y llorar. Así encontramos una relación entre visión y castración. (Freud, 1916-17)

La única mujer de nuestra muestra parecía llorar con más facilidad, con tanta facilidad que estuvo siempre al borde del llanto, señalamos las diferencias culturales que en ella permiten el llanto pero sin darse cuenta e inscrito en una sensación de sorpresa, no sabe cuándo llora ni por qué es que llora, como si el llanto no aludiera a una emoción ni una representación, por ello se da en el ámbito físico y como si no fuera psíquico, sólo pasara por su cuerpo.

La expresión de los afectos es muy limitada, esto parece apuntar a un tipo de personalidad superyóica, que, en la relación con los otros se mantiene contenida, sin expresarse plenamente, y hacia sí mismo pretende llegar a un ideal de perfección, en el cual no existen defectos ni sentimientos negativos, casi diríamos ni cuerpo ni emociones, ya que no sienten emocionalmente y parecen tampoco escuchar a las necesidades de su cuerpo, como si el ideal fuera poco humano.

Emociones de carácter positivo tampoco son expresadas en la relación con los otros, pareciera que todo el afecto está depositado en el ideal del yo y esto se revela en el excesivo cumplimiento del deber laboral o funcional, aludiendo con ello a que la sujeto femenina de la muestra era considerada por su pareja como “sacarse la lotería”.

En relación con la salud, la aparición de la enfermedad “desconocida” provoca tal angustia que los sujetos parecen perder su natural eficiencia al grado de no escuchar el diagnóstico y perder el control de sí mismos, surge la enfermedad actual como lo inquietante, desconocido y que provoca que se ausenten de su trabajo porque no están en condiciones de trabajar, están “incapacitados”.

La enfermedad visual es la actualización del conflicto en el cual han estado viviendo o trabajando más allá de sus posibilidades físicas y surge un punto de quiebre.

Esta enfermedad no tiene ningún antecedente en sus familias, no hay sensación de dolor, no es percibida a simple vista, no es posible representarla mentalmente y es altamente incapacitante. Como dice uno de los sujetos “no es una enfermedad como cualquier otra”.

La atribución del origen de la enfermedad fue considerada orgánica o por estrés, cuando mencionan al estrés aunque aluden débilmente al trabajo no consideran como problema el exceso en la forma en que lo desempeñan, el cumplir con las metas y sus funciones independientemente del horario asignado parece ser natural en ellos e incuestionado.

Toda la actividad parece destinada a complacer a la imagen ideal de sí mismos. Reiteramos que es a costa del cuerpo ya que han padecido y siguen manifestando enfermedades psicosomáticas.

Esta actividad excesiva se manifiesta claramente en la situación laboral en la que su el trabajo desempeñado excede cuando menos en horario al asignado y en el que no necesitan ningún reglamento o autoridad que les indique lo que deben hacer, como si ellos estuvieran demasiado adaptados laboralmente y con un ideal de cómo se debe de trabajar.

Este ideal de trabajo se consigue a costa del cuerpo y de las relaciones personales, sus horarios de descanso y alimentación son reducidos y describen no tener tiempo para diversiones.

Parece como si estuviera toda la energía depositada en el trabajo de forma tan intensa que asemeja a una adicción, dicho por los pacientes de tal manera que piensan en rechazar la incapacidad o expresar que no pueden faltar al trabajo, sin poder concebir que el trabajo se realice en su ausencia.

No hay relación con semejantes, consideran que nadie desempeña el trabajo como ellos, a pesar de tener largas jornadas de trabajo de 6 días por semana no tienen ningún tipo de acercamiento amistoso lo que nos muestra la debilidad de los vínculos afectivos.

Ausentarse del trabajo o robarle tiempo a la jornada es algo impensable, es tan poco frecuente que falten al trabajo como que lloren o se enfrenten a la muerte, si establecíamos la relación que sólo expresan el llanto ante una pérdida, sólo faltan al trabajo bajo condiciones muy especiales y esas faltas pesan de tal forma que se recuerdan fácilmente.

La ausencia obligada por la enfermedad visual parecía afectarles mucho porque alteraba todo su estilo de vida y de resolución de problemas.

El síntoma parece revelar la impotencia, antes podían con todo y ya no pueden ni hacer algo tan sencillo e importante como poder ver, si no pueden ver ya no pueden trabajar, la enfermedad es doble pérdida, de la visión y de la posibilidad de complacer a su ideal de yo con el trabajo.

Las características detectadas en este estudio, son, desde nuestro punto de vista, un primer indicador de los rasgos de personalidad de este tipo de pacientes entre otros, lo que significa para ellos el cumplimiento del deber, la dificultad en el despliegue de los afectos y la situación sin salida de la que parece surgir la enfermedad actual, no obstante, creemos necesario continuar con la indagación así como tratar de investigar otros factores relacionados con ésta enfermedad.

6. RECOMENDACIONES

La enfermedad es altamente incapacitante, mucho más que otras también consideradas psicosomáticas, como la indicación es incapacidad laboral que como mínimo puede ser un mes, creemos importante que en los centros hospitalarios, aunque la frecuencia del padecimiento es escasa, dediquen esfuerzos tanto a la comprensión de los mecanismos de la enfermedad como a intervención psicológica en esta área.

Por lo anterior sugerimos que al ser detectado un paciente en el Departamento de Oftalmología se le aplique un breve cuestionario para establecer si coincide con el perfil del paciente que nosotros encontramos, si esto es así, que se le atienda en el Departamento de Psicología y que en este se implementen psicoterapias de grupo o individuales a fin de atender este tipo de problemáticas, cabe mencionar que la encargada del Depto. de Psicología del Hospital # 25 nos comentó, que, al igual que en otros Centros Hospitalarios, el Departamento de Oftalmología no deriva pacientes a Psicología.

En este tipo de pacientes, aunque sugerimos intervenciones individuales o grupales, tendríamos que revisar el tipo de intervención terapéutica, ya que la implementación de esta propuesta tendría dificultades de dos tipos:

En cuanto a lo operativo sería difícil que el paciente tenga posibilidad de trasladarse al centro hospitalario, ya que si bien podría asistir mientras dura su periodo de incapacidad, la dificultad visual podría hacerle difícil el trayecto y

una vez recuperada la visión, con los horarios de trabajo que desempeñan, no sería fácil establecer un encuadre de tratamiento.

Con respecto al perfil de personalidad las dificultades estarían precisamente del lado del superyó, estos pacientes se sienten bien con su estilo de vida y no creen necesario cambiarlo, hablar del afecto se les dificulta, por lo que sería complicado que deseen participar de un proceso terapéutico.

Además de sugerir que se continúe trabajando sobre estrategias de intervención en pacientes psicósomáticos, propondríamos que el tratamiento se realice de tal manera que incluya a las parejas de los pacientes para que actúen como puente a través del cual puedan expresar el afecto.

Los abordajes terapéuticos existentes incluyen tanto la colaboración con el médico tratante para determinar los efectos de la elaboración del síntoma, como la función del psicósomatólogo como imagen aprovechando el funcionamiento de la reduplicación proyectiva; en ese sentido, más que la figura del especialista, podría ser interesante incluir a la pareja del paciente para que el afecto se expresara a través de una imagen significativa y que en esa imagen pudiera darse el conocimiento del manejo de las emociones.

Creemos importante abrir el campo de las enfermedades psicósomáticas de tal forma que incluya también las enfermedades visuales, pero pensamos que la incidencia cada vez mayor de enfermedades psicósomáticas invita a seguir explorando las enfermedades ya conocidas y las nuevas, campo que debe ser de interés para la psicología clínica y que inexplicablemente está casi ausente de planes de estudio y de proyectos de investigación.

Pareciera que la psicología se esforzó tanto en deslindarse de la medicina que apartó el problema del cuerpo, pero en ese deslinde se aparta del psicoanálisis y niega al individuo.

Procedimiento:

4.2 Instrumento:

Dentro de los trabajos psicoanalíticos sobre enfermedades psicosomáticas no encontramos ningún instrumento diseñado para las enfermedades visuales, existen como antecedente las entrevistas realizadas por los Drs. Marty y de Múzan, en su trabajo en un Dispensario de Psicopatología (1967) las cuales fueron realizadas por un psicoanalista y aproximadamente 7 asistentes, las entrevistas estaban regidas por el principio de la asociación libre.

Por lo anterior procedimos al diseño de una entrevista constituida por preguntas abiertas ya que nos interesaba explorar ampliamente la enfermedad en virtud de no existir antecedentes sobre ella.

Los temas que investigamos, de acuerdo a lo previamente descrito sobre el perfil del paciente psicosomático, abordaban los siguientes campos:

a) **personalidad y afecto**, siendo importantes para nuestro estudio la expresión de las emociones de carácter displacentero y la posibilidad de descarga a través de la palabra o el llanto, también saber si existe un otro significativo que ayude a esta metabolización.

b) **campo laboral**, para conocer el grado de responsabilidad con respecto a la tarea y el cumplimiento del deber y las normas, así como la relación con otras personas en esta labor.

c) **salud**, nos interesaba conocer sobre esta enfermedad visual así como la tendencia a somatizar y como era vivida la experiencia de enfermar.

En relación con el orden de las preguntas, después de los datos de identificación iniciamos con las preguntas respecto al campo **laboral** por dos razones, por un lado era la secuencia lógica de las preguntas con relación a los datos anteriores, por otra parte esperábamos que fuera algo de lo que los sujetos se sintieran orgullosos y muy comprometidos en esa función y que eso facilitaría el desarrollo de la entrevista.

Como segundo tema fue incluido el de la **salud**, ya que era esperado, por ser la entrevista en el medio médico, preguntar sobre la enfermedad y su salud en general.

Como último punto el tema de **personalidad y afecto**, considerando que ya se habría desarrollado un clima favorable para este tipo de preguntas.

El instrumento fue construido con 96 reactivos, de los cuales 7 investigaban datos sociodemográficos y los restantes 89 trabajaban las 3 dimensiones a investigar, 26 preguntas en relación con la dimensión **laboral**, 26 respecto a la **salud** y 37 sobre la **personalidad y el afecto**

El cuestionario fue revisado por el Dr. Arturo Enríquez, Profesor Titular del Departamento de Oftalmología del Hospital 25 del IMSS y sugirió se agregaran ítems a los datos de identificación.

Además fue enviado para su revisión a: Dr. Pablo Villarreal Guerra, Oftalmólogo, Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Monterrey, Consulta externa en el Hospital Metropolitano y el Hospital Santa Engracia, el cual sugirió que el lenguaje utilizado en el instrumento no fuera técnico; el Lic. Rodolfo Alvarez, Psicólogo, Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Psicoanalista del Circulo Psicoanalítico Mexicano quien recomendó se investigaran antecedentes familiares de la enfermedad y se abordara la vida de pareja de los entrevistados, y al Lic. Enrique García, Profesor de la Facultad de Psicología y Director del Centro de Investigaciones Psicológicas de dicha Facultad, perteneciente a la U.A.N.L., quien indicó que las preguntas debían estar relacionadas con las hipótesis propuestas y que el análisis de resultados debía ser cualitativo.

Las entrevistas fueron realizadas o bien en la sala de espera o en el consultorio del Departamento de Oftalmología del Hospital # 25

La duración de aplicación fue aproximadamente de 50 minutos.

4.3 Hipótesis

Las hipótesis con las que trabajamos fueron las siguientes:

1. - Existe un conflicto actual que se relaciona con la aparición del trastorno que actúa como precipitador.
2. Una parte del conflicto puede estar relacionado con situaciones en las que se expresa la capacidad y el lograr objetivos.
3. - En estas personas, la enfermedad visual opera como signo de impotencia psicológica, lo cual desorganiza emocionalmente.
4. - En estas personas, no es frecuente que expresen su emoción a través del llanto.
5. - En estas personas, existe un superyó estricto que impide el abandono de la tarea y castiga con la enfermedad.
6. - En estas personas, el castigo y las faltas se viven en el cuerpo, por lo que el superyó puede ser considerado como un superyó corporal

En la dimensión de **personalidad y afecto** exploramos sobre todo la hipótesis 4 en relación con el llanto y la expresión de afectos

En la dimensión **laboral** investigamos las hipótesis 2 y 5 ya que podemos establecer el papel que en ellos tiene el deber laboral, la capacidad y los logros, así como la función que desempeña la ley, lo que nos permite establecer la fuerza del superyó.

En la dimensión de la **salud** trabajamos las hipótesis 1, 3 y 6, ya que podemos delimitar la posibilidad de un conflicto actual así como el significado psicológico que tiene el enfermar.

En las tres dimensiones, trabajo, salud y personalidad y afecto reiterábamos el papel de los vínculos y la expresión del afecto.

4.4 INSTRUMENTO

Las preguntas del instrumento son las siguientes:

Datos sociodemográficos:

1. - Edad
- 2.- Sexo
3. - Escolaridad
4. - Estado civil.
5. - Ocupación.
6. - Lugar de trabajo.
7. - Tiempo laborando.

Dimensión laboral:

8. - ¿ Qué puesto desempeña?
9. - ¿ Cuáles son las funciones de su puesto?
- 10 y 11. - ¿ Cuántas horas trabaja por día? ¿Y por semana?
12. - ¿Cómo se siente en ese puesto?
13. -¿ Cómo se valora usted en su trabajo?
14. - ¿Cómo piensa que lo describirían sus compañeros de trabajo?
15. -¿ Cómo se expresan de usted como compañero de trabajo?
16. - ¿Qué opina usted de sus compañeros como trabajadores?
17. - ¿ Qué opina su jefe directo del desempeño de su trabajo?
18. - ¿ Cómo ve usted a su jefe en el desempeño de su trabajo?
19. -¿ Como se lleva usted con sus compañeros dentro del trabajo?
20. - ¿ Se relaciona con ellos fuera de las horas de trabajo?
21. - ¿ En qué actividades?
- 22 y 23. - ¿ Realiza alguna actividad además de su trabajo? deporte, social, arte, etc.
24. - ¿ Tiene algún tiempo libre en el trabajo?
25. - ¿ Qué hace en ese tiempo libre?
26. - ¿ Alguna vez se ha ausentado de su trabajo?
27. - ¿ Por cuánto tiempo?
28. - ¿ Cuáles fueron los motivos?
29. - ¿ Cómo se sintió de haberse ausentado?

30. - ¿ Tiene vacaciones en su trabajo?
31. - ¿ Cuántos períodos al año?
32. - ¿ En que ocupa sus vacaciones?
33. - ¿ Qué es lo que hace que las distribuya de esa manera?

Dimensión salud:

34. - ¿Cuál es el nombre de su problema visual?
35. - ¿Desde cuándo lo presenta?
36. - ¿Cuáles fueron los primeros síntomas de su problema?
37. - ¿Cómo se lo explicó el médico que lo atendió?
38. - ¿Es la primera vez que enferma de este problema visual?
39. - ¿Alguien de su familia ha tenido este problema visual? ¿Que parentesco tienen?
40. - ¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron su problema visual?
41. - ¿Por qué piensa que se le presentó éste problema en la visión?
42. - ¿Antes de que se atendiera de su enfermedad visual tenía algún problema importante? Salud, personalidad, trabajo, familiar, otro. Describalo.
43. - ¿Qué tipo de tratamiento le indicaron?
44. - ¿Qué resultados obtuvo? Mejor, peor, igual.
45. - ¿Qué tratamiento está siguiendo actualmente?
46. - ¿Qué otras cosas le recomendó el médico?
47. - ¿Ha comentado que padece este problema visual?
48. - ¿A quién (es)?
49. - ¿Con qué objetivo se los comentó?
50. - ¿Qué le comentaron sobre su enfermedad?
51. - ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?
Artritis, dermatitis, colitis, asma, hipertensión, úlcera, problema de tiroides, gastritis, migraña, tensión muscular, gripe, insomnio. En los últimos 6 meses, hace más de 6 meses, actualmente.
- 52, 53 54 y 55. - Hábitos? Fumar, tomar, otro; cantidad, frecuencia y ocasión.
56. - ¿Alguna persona nota que usted está enfermo?
57. - ¿Cómo se dan cuenta?
58. - ¿Cuándo comenta usted sobre su estado de salud?
59. - ¿Qué es lo que hace que usted lo comente?

Dimensión de personalidad y afecto:

60. - ¿ Cómo podría describirse a sí mismo?
61. - ¿ Cómo se ve usted en su relación con otras personas?
62. - ¿ Cómo piensa que lo describirían sus amigos?
63. - ¿ Cómo piensa que lo describiría su familia?
64. - ¿ Cómo piensa que lo describiría su pareja?
65. - ¿ Se ha sentido triste alguna vez?
66. - ¿ En que situaciones se siente triste?
67. - ¿ Cómo se da cuenta de que está triste? ¿ Que piensa? ¿ Cómo se siente físicamente?
68. - ¿ Qué hace cuando se siente triste?
69. - ¿ Cuándo fue la última vez que se sintió triste? ¿ Qué fue lo que sucedió?
70. - ¿ Alguien se dio cuenta de que estaba usted triste?
71. -¿ Usted se lo comentó a otra persona?
72. - ¿ Alguna vez se ha enojado?
73. - ¿ En que situaciones se enoja?
74. - ¿ Cuándo fue la última vez que se enojó?
75. - ¿ Cómo se da cuenta de que está enojado?
76. - ¿ Alguien se da cuenta de que está enojado?
77. - ¿ Que hace cuando está enojado?
78. - ¿ Usted lo platica con otra persona?
79. -¿ Alguna vez ha sentido deseos de llorar?
80. - ¿ En que situaciones?
81. - ¿ Cuándo fue la última vez que sintió ganas de llorar?
82. - ¿ Qué hace cuando tiene ganas de llorar?
83. - ¿ Alguien se dio cuenta de que usted tenía ganas de llorar?
84. - ¿ Usted lo platica con otra persona?
85. - ¿ Cuando era pequeño, recuerda haber llorado?
86. - ¿ En que situaciones?
87. - Ahora de adulto, ¿cuándo fue la última vez que lloró?
- 88.- ¿ Qué fue lo que hizo que usted llorara?
89. - ¿ Estaba solo?
90. - ¿ Le platicó a otra persona como se sentía?
91. - ¿ Cómo se sintió después de haber llorado?
92. - ¿ Alguna vez se siente usted preocupado?
93. - ¿ Qué cosas le preocupan?
94. - ¿ Qué hace usted cuando está preocupado?

95. - ¿ Lo comenta con alguna persona?
96. - ¿ Cómo sabe que está preocupado?

4.5 Análisis y Resultados:

4.5.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edades: 1. - 21
2. - 46
3. - 43
4. - 31

Promedio : 35 años.

Distribución por sexos 75 % masculino 25% femenino.

Escolaridad promedio. Nivel medio superior.

Estado Civil: Casados.

Ocupación 75% Trabajo remunerado 25% Hogar.

Sujeto 1: Supervisor.

Sujeto 2: Operador de trailer.

Sujeto 3: Jefe de Costos.

4.5.2 DIMENSIÓN DE PERSONALIDAD Y AFECTO

Iniciamos la revisión de los resultados de este apartado porque la expresión del afecto se encuentra en la base de los trastornos psicosomáticos, ya que su no metabolización desencadena la aparición de la enfermedad.

Este apartado pretende definir cuales son los rasgos de personalidad del sujeto, cual es el destino de los afectos en especial de los displacenteros considerando que ellos pueden ser los relacionados con el surgimiento de enfermedades psicosomáticas, en especial investigamos las emociones de tristeza, enojo y preocupación en su dimensión de comunicación verbal y la tristeza en su expresión física de llanto.

La pregunta # 60 solicita una autodescripción del sujeto, las preguntas 61 a 64 son relativas a como cree ser percibido por los otros.

Las preguntas 65 a 71 exploran el sentimiento de tristeza, las preguntas 72 a 78 intentan conocer la expresión física o verbal del enojo, las preguntas 79 a 91 investigan la expresión del afecto de tristeza a través del llanto.

Las preguntas 92 a 96 investigan las razones de preocupación del sujeto.

Con la pregunta # 60 (¿Cómo podría describirse a sí mismo?) intentamos investigar si el sujeto puede apartarse de una dimensión concreta e intentar una descripción de sí mismo, las respuestas fueron las siguientes:

Sujeto 1: “ es difícil..... ¿en el trabajo?... estricto... en lo que cabe con la familia..... más flexible”.

Sujeto 2: “ regular..... con la familia me llevo bien”.

Sujeto 3 rápidamente dice: “acelerado, inquieto”.

Sujeto 4: “fuerte de carácter, corajuda y nerviosa”

La autodescripción presenta características interesantes, al sujeto 1 le cuesta trabajo describirse e intenta establecer como punto de referencia el trabajo, el sujeto 2 se describe como regular, el sujeto 3 acelerado, como era visible por su actividad laboral y la sujeto 4 al mismo tiempo se describe como fuerte y nerviosa.

En ninguno de los sujetos encontramos tranquilidad como característica de su descripción, coincidiendo con la visión sobre los enfermos psicossomáticos, enfocados a la tarea, acelerados y poco afectivos.

En la pregunta # 61 (¿Cómo se ve usted en su relación con otras personas?) con respecto a como se percibe en su relación con los otros:

Sujeto 1: “ con la familia bien, amigos no hay, sólo conocidos, para mí sólo mis hijos, mi esposa y mis padres”.

Sujeto 2: “repelón, a veces”.

Sujeto 3 dice llevarse bien con todos,

Sujeto 4: “ me llevo bien con mis amigas, son las mismas desde la primaria, con mis hermanas me llevo bien, con mi esposo nunca he tenido ningún problema, dicen que parecemos recién casados, él dice que se sacó la lotería conmigo”

Encontramos, excepto en el sujeto 2, una situación frecuente en este tipo de personas con enfermedades psicossomáticas, relaciones llamadas por Marty y de M'uzan (1967) como blancas en las que no existe un vínculo intenso ni de afecto ni de desagrado, la adaptación al ambiente es “muy” adecuada.

Con relación a como sería descrito por amigos, en la pregunta # 62 (Cómo piensa que lo describirían sus amigos?):

Sujeto 1: “ya le dije que conocidos, amigos no, en el fútbol dirían que bueno, ganamos dos campeonatos”.

Sujeto 2: “soy buen compañero”.

Sujeto 3: “buen padre”

Sujeto 4: “puritas cosas buenas, no tengo problemas con nadie”

Otra vez nos percatamos de la fragilidad de los vínculos amistosos y de las relaciones “blancas” que se establecen, ya que no hay enojo ni amor, ausente de emociones, el sujeto 1 no tiene amigos, sólo conocidos y estos lo valorarían en función del éxito, del logro y por tanto sería “bueno” no como cualidad sino como eficiente en la tarea, el sujeto 2 si cree que puede ser descrito como buen compañero, cabe recordar que él se junta con sus compañeros sólo a tomar y en su trabajo no hay ninguna mención de que hubiera ayudado alguna vez a un compañero, incluso al enunciar la respuesta no se pone en el lugar del otro para contestar, se esta evaluado el mismo, el sujeto 3 cree que sería evaluado como padre (?) Y la sujeto 4 menciona otra vez este tipo de relación sin problemas.

En la pregunta 63 (¿Cómo piensa que lo describiría su familia?) responden lo siguiente:

Sujeto 1: “apurón, preocupado”

Sujeto 2: “bien”

Sujeto 3: “buen padre”

Sujeto 4: “no tengo problemas”

En una relación mucho más cercana, es decir, en la relación de pareja, en la pregunta # 64 (¿Cómo piensa que lo describiría su pareja?) investigamos como podrían ser descritos precisamente por sus esposas (os),

Sujeto 1: “flexible con los niños, más exigente con ella, es que somos iguales”,

Sujeto 2: “no sé, pues apenas que le pregunte”.

Sujeto 3: “buen esposo y responsable”.

Sujeto 4: “muy bien”.

En estas respuestas el sujeto 1 dice que es estricto con ella porque son “iguales” aludiendo a que la exigencia hacia sí mismo también se extiende a ella. Dos de las 3 descripciones haciendo énfasis en aspectos positivos, otra vez la ausencia de problemas.

Los vínculos que establece con los otros y hasta consigo mismo parecen ser buenos y frágiles, no existen en el discurso alusión a emociones, ni de carácter positivo ni negativo.

Aún cuando nuestro trabajo se centra en la expresión del llanto, nos interesa la expresión del afecto, cuya forma más sencilla de manifestación es a través del llanto, ya que este permite la expresión de las emociones en una forma de descarga y asociada a la expresión física de dolor, difícilmente nuestros sujetos expresarían el afecto a través del llanto si el afecto está eliminado de sus vidas y su discurso, la expresión general podría ser siento algo que no se expresar o no siento nada, como podremos ir viendo en las siguientes respuestas.

Precisamente abordamos el aspecto de las emociones desde la pregunta # 65 (¿Se ha sentido triste alguna vez?) en la que preguntamos sobre la emoción de tristeza:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “es natural”.

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Encontramos 2 respuestas que afirman el sentimiento de tristeza y todas respuestas muy concretas, como campos muy delimitados sobre los que no se pueden ampliar, el sujeto 2 habla de la tristeza como algo “natural” y el sujeto 4 dice que no.

Sobre las situaciones en que ha experimentado la tristeza en la pregunta # 66 (¿En qué situaciones se siente triste?):

Sujeto 1: “lo del niño”.

Sujeto 2: “ pues cuando pierdes a alguien, mi papá se murió cuando yo tenía 14 años”.

Sujeto 4: “en situaciones de desaire o por la salud de mis hijos”.

El sujeto 1 no puede ampliar la situación, habla de “lo del niño” precisamente por no poder ampliarlo con palabras ni sentirlo, el sujeto 2 alude a una experiencia de más de 20 años atrás.

En la pregunta # 67 (¿Cómo se da cuenta de que está triste, qué piensa, cómo se siente físicamente?) sobre cómo describen el sentirse triste:

Sujeto 1: “se siente, así ”.

Sujeto 2: “cuando tomo me acuerdo”

Sujeto 4: “me siento desairada, por el embarazo soy más sensible”

Nos responden de una manera vaga y elusiva, sin poder verbalizarlo o asociado al tomar, la sujeto 4 lo describe debido a su situación actual de embarazo.

Sobre su respuesta ante el sentirse triste, en la pregunta # 68 (¿Qué hace cuando se siente triste?) dicen:

Sujeto 1: “tomo las cosas como vienen”.

Sujeto 2: “lloro”.

Sujeto 3: “los estados depresivos no son buenos, hacen que uno se enferme del corazón”.

Sujeto 4: “me dan ganas de llorar”.

Encontramos en forma general a 2 sujetos expresando la emoción de tristeza con el llanto mientras que los otros dos la eluden con la resignación y la evitación, también notamos en la respuesta del sujeto 3 la fantasía que el sentirse triste provoca enfermedades por tanto habría que evitar el sentimiento de tristeza. Como si fuera la emoción la que provocara la enfermedad y no la retención de la expresión.

Al explorar en la pregunta # 69 (Cuándo fue la última vez que se sintió triste?) sobre la última ocasión en que experimentaron la emoción de tristeza respondieron lo siguiente:

Sujeto 1: “cuando me dijeron que al niño no me lo aseguraban”.

Sujeto 2: “depende con quien platique”.

Sujeto 3: “cuando mi mamá estaba enferma de azúcar, estaba en diálisis, ella tenía 64 años”.

Sujeto 4: “la vez del eco”.

Las situaciones no son explicitadas por los sujetos, sólo son “tituladas”, precisamente porque son tan escasas, que pueden ser contadas con los dedos de las manos, podemos pensar que el experimentar tristeza es sentido por los sujetos como una falla y se evita. El sujeto 3 aunque había dicho que nunca se había sentido triste relata una situación de tristeza, previamente negada.

La situación que desató la emoción, investigada en la pregunta # 69 (¿Qué fue lo que sucedió?, fue descrita de la siguiente manera:

Sujeto 1: “tenía una bolita en el pulmón”

Sujeto 2: “pues estaba platicando”

Sujeto 3: “la enfermedad de mi mamá “.

Sujeto 4: “en el eco... . me dijeron que tenían que hacerme un legrado”.

Notamos que el sujeto 1 habla del niño, no lo nombra como su hijo ni por su nombre propio, el sujeto 2 no tiene relaciones significativas ya que le da igual con quien platique. Seguimos apreciando pocos vínculos.

En la pregunta # 70 (¿ Alguien se dio cuenta de que estaba usted triste?) con relación a quiénes notaron su emoción:

Sujeto 1: “todos estaban tristes”.

Sujeto 2: “no sé”

Sujeto 3: “no sé”

Sujeto 4: “iba con mi hija mayor y se dio cuenta porque empecé a llorar”.

Al preguntar si esa emoción de tristeza sentida fue puesta en palabras y comunicada, investigado en la pregunta 71 (¿Usted se lo comentó a otra persona?) los 4 sujetos respondieron que no lo hablaron con nadie, la sujeto 4 lloró pero no habló de su emoción.

Posteriormente exploramos la sensación del enojo, en la pregunta # 72 (¿Alguna vez se ha enojado?) sobre si alguna vez se han experimentado enojo:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “sí”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Con respecto al tipo de situaciones en las que se han sentido enojados, de la pregunta # 73 (¿ En qué situaciones se enoja?) responden:

Sujeto 1: “¿cómo?. No sabría decirle, es como cuando algo no me parece, cuando es fuera de lo común”.

Sujeto 2 contesta ampliamente de la siguiente forma: “ por la desesperación de estar incapacitado y estar ganando el 60 %, fijese, eso es lo que me están pagando, a lo mejor para eso son las preguntas, a lo mejor es porque ya tengo mucho tiempo incapacitado”.

Sujeto 3: “nunca me enojo, ni en el trabajo”.

Sujeto 4: “cuando no obedecen (los hijos)

La expresión de otra emoción displacentera provoca sorpresa en el sujeto 1, la irrupción de angustia en el sujeto 2, la negación del sujeto 3 y la extraña frialdad del sujeto 4, ya que como veíamos en el sujeto 1 no puede nombrar a sus hijos, ni por el nombre ni en este momento como sus hijos.

Podemos pensar que esta pregunta tocó un aspecto importante de su estructuración psíquica que parece tendiente a la perfección, es decir no tener problemas con nadie ni experimentar emociones que pueden ser consideradas negativas o como defectos, este perfeccionismo nos habla de una fuerza significativa del superyó.

En la pregunta # 74 (¿Cuándo fue la última vez que se enojó?) con relación a la última vez que experimentaron enojo:

Sujeto 1: no menciona fechas pero ante la pregunta con mucha dificultad contesta lo siguiente: “ una vez hubo un problema en la familia, es como que existen diferencias entre mi familia y la de mi esposa, pero eso es todo... me enojo... pues por la situación, pero no con las personas”.

Sujeto 2: “esta vez (el estar enfermo)”.

Sujeto 3 menciona un problema que tuvo en la empresa con el contador que no les autorizó el pago de una comida después de una jornada extensa de trabajo.

Sujeto 4: “ ayer en la 17 porque cuando yo entré a consultar ellos se salieron (sus hijos)

Encontramos otra vez evidencia del perfeccionismo superyoico, el sujeto 1 entiende “perfectamente” y no se enoja con las personas. El sujeto 3 se enojó porque quedó mal, él les había prometido a los trabajadores el pago de una comida por quedarse un tiempo adicional, pero como siempre, salió airoso del problema con el contador. El sujeto 2 esta enojado sin objeto, es decir, no encuentra a quien dirigir su enojo, la sujeto 4 otra vez habla de sus hijos sin afecto. Podríamos pensar que culturalmente a los varones esta expresión de afecto les es permitida, sin embargo nuestros sujetos no permiten ninguna expresión del afecto, aún de este que no los comprometería tanto con la condición masculina y que no tendría efectos castradores, pero en ellos cualquier falta de su ideal parece ser vivida como castración.

En el sujeto 4 encontramos la emoción de enojo expresada fácilmente, pero como reactiva a una desobediencia del otro, a una falta de los hijos, no como una falla de carácter, incluso cumpliendo eficientemente la función materna de cuidado de sus hijos.

Posteriormente, en la pregunta # 75 (¿Cómo se da cuenta de que está enojado?) preguntamos a los sujetos como reconocen en sí mismos la emoción del enojo:

Sujeto 1: “siento”

Sujeto 2: “pues lo siento”

Sujeto 3: “no sé”.

Sujeto 4: “siento”

La emoción no puede registrarse en un plano verbal, parece que tuviera que dejar huella entonces en el cuerpo y si lo relacionamos con su enfermedad visual resulta que no pueden verse enfermos, ni la enfermedad se nota visualmente, lo que los salva de la crítica del otro, sin embargo sólo ellos saben lo incapacitante de la enfermedad.

Explorando los vínculos que establecen, en la pregunta # 76 (¿Alguien se da cuenta de que está enojado?) investigamos si alguien se percata del enojo:

Sujeto 1: “sí, mi esposa”

Sujeto 2: “cuando ya estoy enojado me altero, así se me nota”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

La descarga de la emoción o su representación a través de la palabra lo exploramos al preguntar que es lo que hacen cuando están enojados en la pregunta # 77 (¿Qué hace cuando está enojado?):

Sujeto 1: “me tranquilizo”

Sujeto 2: “me voy a mi cuarto, busco en que entretenerme, cosas de la casa”.

Sujeto 3: “lo hablo (alza la voz)”.

Sujeto 4: “lo digo”.

La emoción de enojo es percibida principalmente como reacción física, escasamente comunicada, cuando la experimentan las reacciones parecen ser de evitación, tres de las reacciones son de tranquilizarse, aislarse, mostrarlo en su volumen pero no en sus palabras y sólo la sujeto 4 dice hablar de su enojo.

Respecto a la posibilidad de comunicar esta emoción en la pregunta # 78 (¿Usted lo platica con otra persona?) sobre si hablan del enojo:

Sujeto 1: “a veces con ella” (su esposa)

Sujeto 2: “no, a veces me preguntan y digo que no”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí, con mi esposo”.

Encontramos otra vez dificultad de los pacientes para “sentir” el enojo, ya sea de que nunca lo experimentan, que no pueden definir la situación, no pueden explicar la sensación o evitan comunicarla aunque para ello tengan que aislarse físicamente o negar. Otra vez el sujeto 1 habla de los otros sin nombrarlo, ella, el niño, el sujeto 2 no menciona quiénes le preguntan sobre lo que le pasa.

Con respecto a la expresión del afecto de tristeza en forma de llanto, en la pregunta # 79 (¿Alguna vez ha sentido deseos de llorar?) con relación a si alguna vez han sentido ganas de llorar, responden:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “sí”.

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Exploramos en este punto si puede reconocerse la sensación y después veremos si es posible o no su expresión, aquí notamos la respuesta típica del sujeto 3 con estas características superyoicas, expresando una denegación total del deseo de llorar.

En la pregunta # 80 (¿ En qué situaciones?) sobre las situaciones en que esto sucedió responden:

Sujeto 1: “lo del niño”.

Sujeto 2: “cuando tomo”.

Sujeto 4: “de salud”.

Notamos otra vez el lenguaje parco conciso y sin sujetos precisos, como si el otro no existiera, otra vez es lo de el “niño” no su hijo o problemas de salud sin especificar de quienes.

Investigando sobre la frecuencia del llanto en la pregunta # 81 (¿Cuándo fue la última vez que sintió ganas de llorar?) sobre la última vez que se presentó ese deseo de llorar contestan:

Sujeto 1: “la vez del niño, les dije a mis papás y salí llorando al patio”.

Sujeto 2: “no sé”.

Sujeto 4: “la vez del eco”.

Otra vez encontramos lo del eco o lo del niño, pero no relaciones con personas. La sujeto 4 hace referencia a una situación de hace varios años, pero aunque cite de palabra que esa fue la última ocasión en que sintió ganas de llorar, casi toda la entrevista permanece con los ojos húmedos, a punto de llorar, es como si el cuerpo se manifestara sin que esto pudiera ser a nivel consciente, es decir, a nivel de una representación palabra.

En la pregunta # 82 (¿ Qué hace cuando tiene ganas de llorar?) con respecto a lo que hacen cuando sienten ganas de llorar responden lo siguiente:

Sujeto 1: “sólo esa vez pasó”.

Sujeto 2: “es que voy a la línea y no me creen, me preguntan de qué estoy malo, de una lámpara, les digo, me ven y no me creen, les digo, con perdón suyo señorita, ni modo que me saque el chingado ojo fuera para que veas”.

Sujeto 4: “si lloro”

Aún cuando la respuesta del sujeto 1 es calificada como expresión del afecto podemos pensar que una ocasión de llanto, manifestada hace 7 años no puede ser considerado en una lógica de emotividad o facilidad para el llanto, ya que el dice que sólo esa vez ha sucedido, el sujeto 2 no contesta específicamente la pregunta y lo calificamos en este momento como represión, ya que no habla del llanto pero si de su preocupación por su salud, que puede manifestar en palabras. Es importante señalar como es vivida esta enfermedad que, insistimos, no es visible a los ojos de los otros, y que desconcierta a propios y extraños, ya que los demás le ven bien y que en parte pareciera cumplirse el deseo y el temor de este tipo de personas, en el sentido de que la falta, enfermedad o culpa no se nota, y el terror de no ver y no entender la enfermedad.

Encontramos la fácil respuesta del sujeto 4 en cuanto a que ella llora, parece en el sentido de que su cuerpo llora, o que ella es llorada por su cuerpo, aún cuando no alcanza a entender lo que está pasando en ese momento.

Sobre si alguien nota que los sujetos tienen ganas de llorar, formulado en la pregunta # 83 (Alguien se dio cuenta de que usted tenía ganas de llorar?) responden:

Sujeto 1: “nadie dijo nada”

Sujeto 2 responde reiteradamente “cuando tomo”.

Sujeto 4: “sí, a veces lloro con las películas de la televisión”.

Como fue una sola vez en su vida el sujeto 1 hace referencia a esa ocasión en que nadie dijo nada, la expresión del sujeto es muy interesante porque no hay otra vez otras personas y no hay “nadie” la palabra está ausente y lo que existe sobre el afecto es nada.

El sujeto 2 insiste en que su llanto aparece no como provocado por situaciones específicas sino asociado al tomar, como si el afecto fuera liberado por la ingestión del alcohol y la represión disminuyera y las escenas retornaran a su mente y eso lo hace llorar.

Si comunican a alguna persona sobre su llanto en la pregunta # 84 (¿Usted lo platica con otra persona?) contestan:

Sujeto 1. “no”.

Sujeto 2: “ no”.

Sujeto 4: “mis hijos me preguntan por qué estoy triste”.

Encontramos reiteradamente la negación de sentimientos considerados negativos, asociados probablemente al perfeccionismo de los sujetos que consideran cualquier emoción negativa como una falta, además de los valores culturales asociados a la condición masculina, en el sentido de que los hombres no lloran y la debilidad masculina asociada a la castración, es decir, a una falla en esta condición.

La sujeto 4 aunque culturalmente parece tener permitido el llanto parece que en lo que opera la prohibición es sobre la palabra, ya que puede llorar, o su cuerpo llora, pero ella no se da cuenta, no dice ni es consciente de lo que sucede.

Para investigar sobre la historia personal con relación al llanto en la pregunta # 85 (¿ Cuando era pequeño, recuerda haber llorado?)sobre si recuerdan haber llorado en momentos pasados contestan:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “no”.

Sujeto 3. “no se gana nada con llorar”

Sujeto 4: “no mucho, porque mi mamá no nos regañaba, yo no me salía”.

Nuestros sujetos tienen diversas reacciones ante esta pregunta, si el sujeto 1 reconoce haber llorado de pequeño tendríamos que preguntarnos que sucedió para que el llanto le fuera prohibido de adulto, como se instaló la cuestión de la ley y de la castración, que a sus ojos les fue prohibido el llanto y sólo retorna en situaciones de muerte.

El sujeto 2 que llora con frecuencia de adulto presenta la condición contraria, de niño no lloraba y de adulto si, pero de adulto sólo puede hacerlo apoyado en el alcohol. El sujeto 3 reitera su temor a lo que el llanto puede provocar en su vida y la sujeto 4 no era regañada gracias a la inhibición, es decir no salía, desde niña ya se portaba bien.

Sobre la situación que provocaba el llanto en la infancia, en la pregunta # 86 (¿En qué situaciones?) responden:

Sujeto 1: “ por regaños de mi mamá”.

Sujeto 2: “cuando hacía travesuras”.

Sujeto 4: “no recuerdo, creo que hasta adolescente me regañaron”.

Aunque el sujeto 2 había dicho que no había llorado menciona los regaños de su mamá como causa de su llanto, la sujeto 4 se portaba tan bien que puede pensar que nunca la regañaron en la infancia, hasta la adolescencia, lo que nos habla de esta excesiva o demasiado buena adaptación social de este tipo de pacientes que los lleva a relaciones perfectas con ausencia de enojo manifiesto debido a la represión.

En relación con la expresión de llanto ahora de adultos en la pregunta # 87 (Ahora de adulto, ¿cuándo fue la última vez que lloró?) responden:

Sujeto 1. “ lo del niño” (sucedió hace 7 años).

Sujeto 2: “a veces por lo de mi papá” (falleció hace 32 años, el sujeto tenía 14 años).

Sujeto 3: “cuando murió mi abuelo” (hace 21 años)

Sujeto 4. “ el domingo ”(tres días antes de la entrevista)

Ninguno de ellos mencionó la fecha, este dato fue obtenido de menciones aisladas que hicieron durante la entrevista y de relacionarlo con su edad actual, las respuestas son sorprendentes; como lo mencionamos anteriormente, sólo ante la muerte brota el llanto, es la única situación que toca su estructura tan rígida, de tal forma que pueden mencionar, en estos 3 sujetos varones, 60 años sin haber llorado, un promedio de 20 años sin llorar, este dato tiene gran relación con la estructura que está también determinada con los valores socio-culturales, la muerte es la única situación social en que pueden llorar sin ser criticados o ser considerados débiles, poco masculinos o imperfectos.

Cabe mencionar que la única mujer de la muestra parece tener respuestas contradictorias ante el llanto, ya que en la pregunta 81 menciona una situación de hace años como la última vez que lloró y luego menciona esta de hace tan sólo 3 días.

Consideramos 2 aspectos, por una parte la extraordinaria adaptación cultural, es decir, la sociedad marca que los hombres no lloran y los sujetos varones de nuestra muestra efectivamente no lloran, la sociedad apunta a que las mujeres pueden llorar y la mujer de nuestra muestra llora, por otra parte aunque parezcan tan adaptados el conflicto interno persiste, pueden y ya no pueden, consiguen todas sus metas pero se enferman, nunca faltaban y faltan a trabajar.

La forma en que responde, es decir, “lo del niño”, “ lo de mi papá” parece referirse a sucesos actuales, esto nos indica que estos acontecimientos no han sido resueltos, probablemente debido al manejo del afecto están constantemente eludidos estos temas.

La situación que provocó que lloraran, en la pregunta # 88 (¿Qué fue lo que hizo que usted llorara?) fue respondida de la siguiente manera.

Sujeto 1: “la enfermedad”.

Sujeto 2: “ lo de mi papá”

Sujeto 3: “cuando se murió mi abuelo”.

Sujeto 4: “ cuando fui a consultar estaba preocupada por el ojo, hasta me dio gastritis”(por la enfermedad actual).

Ninguno de los sujetos habla de lo que sintió, no expresan el dolor de la pérdida, o la preocupación, sólo repiten la situación, la “titulan” pero no hablan del objeto perdido y la sujeto 4 menciona al “ojo” pero no lo incluye en su cuerpo.

Si estaban solos al momento de la expresión del llanto, en la pregunta # 89 (¿ Estaba solo?) responden:

Sujeto 1: “no”.
Sujeto 2: “estaba tomando”
Sujeto 3. “estaba en el hospital”.
Sujeto 4: “no”

Parece que no existieran personas significativas, el sujeto 1 había mencionado que les dio la noticia a sus familiares y salió al patio a llorar, las personas estaban dentro de la casa y el afuera y considera que no estaba solo, el sujeto 2 no recuerda con quien pudo haber estado, como si fuera indiferente quien le acompañaba, el sujeto 3 al mencionar que estaba en el Hospital indica que había más personas, aunque no estuvieran vinculadas con el, al margen de la formulación de la pregunta que pudo ser más específica, parece, por esta y otras respuestas, que no establecen vínculos significativos.

Si le platicaron a alguien como se sentían en la pregunta # 90 (¿ Le platicó a otra persona cómo se sentía?) responden:

Sujeto 1: “no”.
Sujeto 2: “no”.
Sujeto 3: “no”.
Sujeto 4: “a toda la familia”.

Sobre la sensación posterior a la expresión de llanto, en la pregunta # 91 (¿Cómo se sintió después de haber llorado?):

Sujeto 1: “ desahogado”.
Sujeto 2: “descanso”.
Sujeto 3: “cierto desahogo”.
sujeto 4. “no se me quitó lo preocupada”

Respecto a si han experimentado preocupación, en la pregunta # 92 (¿ Alguna vez se siente usted preocupado?)responden:

Sujeto 1: “sí”
Sujeto 2: “sí”
Sujeto 3: “sí”.
Sujeto 4: “sí”

Encontramos una respuesta uniforme, lo cual era de esperarse en este tipo de personalidad que reconocemos como competitiva y superyoica, ya que existe siempre la presión y la preocupación por cumplir la meta y coincidir con ese ideal de perfección internalizado y hacia el que apuntan todas sus acciones

Sobre los motivos de preocupación en la pregunta # 93 (¿Qué cosas le preocupan?) responden:

Sujeto 1: “ la salud”

Sujeto 2: “nadamás mis hijos”.

Sujeto 3: “ la responsabilidad del trabajo, pero me desahogo leyendo la biblia y yendo al templo”

Sujeto 4: “ la salud, los problemas de los otros (que le platican) lo económico, todo”.

Otra vez las respuestas son de título y sin objetos, la salud, los hijos el trabajo y todo, es importante mencionar que la forma en que el sujeto 3 se libra de la preocupación es con una actividad introspectiva y que invita a la supresión de la emoción.

En la pregunta # 94 (¿ Qué hace usted cuando está preocupado?) al preguntar sobre lo que hacen al sentirse preocupados responden:

Sujeto 1: “trato de resolverlo”

Sujeto 2: “¡pues que hago!”

Sujeto 3: “quiero cumplir con el trabajo”

Sujeto 4: “a veces lloro”

El sujeto 1 se enfoca a la tarea, el sujeto 2 parece como si se sintiera incapaz de resolver de alguna forma lo que le preocupa, el sujeto 3 insiste en el trabajo, la sujeto 4 suele desahogarse a través del llanto.

Con respecto a si comentan la preocupación, en la pregunta # 95 (¿ Lo comenta con alguna persona?) contestan:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “no”

Sujeto 3: “no”

Sujeto 4: “sí”

Sobre la sensación de estar preocupado en la pregunta # 96 (¿ Cómo sabe que está preocupado?), responden:

Sujeto 1: “siento”

Sujeto 2: “no sé”

Sujeto 3: “así”

Sujeto 4: “no sé como decirlo”

Notamos la imposibilidad de metabolizar su sensación a través de palabras por lo cual esto se expresa en el cuerpo.

En relación con la hipótesis 4, reiteramos que nuestro interés principal es la expresión de llanto pero entendiendo este como la expresión de una emoción, como lo indicamos anteriormente, 3 de los sujetos entrevistados, en promedio, suelen llorar una vez cada 20 años y la sujeto 4 parece que no reconoce cuando esta llorando ya que tanto puede mencionar que la última vez que lloró fue hace años, como recordar haber llorado hace 3 días así como estar a punto de llorar durante la entrevista.

Encontramos que 3 de los sujetos entrevistados, es decir el 75% de la muestra no expresan el llanto con frecuencia, y el otro 25 % expresa el llanto pero por lo anteriormente citado, podemos pensar que lo hace sin darse cuenta o reconocerlo, como si fuera sólo la expresión de su cuerpo.

Comprobamos la hipótesis 4 en este tipo de pacientes y que la emoción de tristeza no es expresada en el llanto como una constante de la expresión de todo tipo de emociones de carácter principalmente negativo o displacentero, aunque nuestro instrumento se centró en este tipo de emociones, cabría pensar en el destino de los afectos positivos.

4.5.3 DIMENSIÓN DE SALUD

En las preguntas 34 a 46 investigamos el perfil de la enfermedad, los antecedentes familiares, su duración, la reacción emocional ante la enfermedad, los resultados del tratamiento así como la posibilidad de un conflicto actual que haya actuado como detonador de la enfermedad.

Las preguntas 47 a 50 y 56 a 59 intentan determinar si el afecto es expresado ante la situación y quienes son los receptores de esa comunicación afectiva.

Las preguntas 51 a 55 están encaminadas a determinar la posibilidad de que el afecto sea depositado en el cuerpo a través de enfermedades psicosomáticas o evitado por otros medios.

En la pregunta # 34 (¿Cuál es el nombre de su problema visual?) sobre el nombre de su problema visual responden:

Sujeto 1: “ no sé” (aunque fue mencionado dos veces en su presencia)

Sujeto 2: “ ulcerosa o algo así”.

sujeto 3. “no lo conozco”

Sujeto 4: “ no sé”.

Es importante notar como estos sujetos, tan eficientes en el desempeño de su actividad laboral, al enfermar parecen “desconocer” lo que está pasando, al grado de “no escuchar” el nombre de su enfermedad o no preguntar que es lo que les pasa. Podemos notar en más de una forma la enfermedad les incapacita no sólo físicamente sino en su costumbre de resolver todo, ante esta situación se sienten “impotentes”.

La pregunta # 35 (¿Desde cuándo lo presenta?) acerca del tiempo de iniciada la enfermedad fue contestada de la siguiente manera:

Sujeto 1: “ dos meses”

Sujeto 2: “desde el 27 de marzo” (6 meses con la enfermedad)

Sujeto 3: “dos meses”

Sujeto 4: “sábado 24 de octubre” (4 días antes de la entrevista)

Consideramos ahora que debía haber algún efecto en relación con el tiempo de enfermedad, ya fuera que por llevar más tiempo con la enfermedad se sintieran menos afectado, o por el contrario al seguir el proceso sin haber cambio, no tenían seguridad de poder recuperar la visión.

Notamos que quienes indicaban el día exacto de inicio fueron los que tenían más y menos tiempo con la enfermedad. Esto nos habla del efecto altamente significativo de la enfermedad, ya que provocó una alteración radical en sus vidas.

Los datos que indicaban el inicio de la enfermedad, cuestionados en la pregunta # 36 (¿ Cuáles fueron los primeros síntomas de su problema?) fueron de la siguiente manera:

Sujeto 1. “un punto negro en el centro del ojo derecho” (escotoma)

Sujeto 2: “ me acosté y miraba sombra en el ojo derecho, toda la semana batallé y me mandaron a la 6 de urgencia, veía una telita” (miodesopsias)

Sujeto 3: “lo que era derecho lo vi deforme, también vi una célula en el centro del campo visual” (escotoma y metamorfopsia).

Sujeto 4: “vi una mancha en el ojo, creí que estaba encandilada por la luz”. (escotoma)

Con respecto a la explicación proporcionada por el personal médico en la pregunta # 37 (¿Cómo se lo explicó el médico que lo atendió?):

Sujeto 1: “ el médico familiar de la clínica 6 me manda a la 25 y me dicen en la clínica que es un derrame o fuga de líquido”

Sujeto 2: “la operación que me habían realizado en el lado izquierdo del ojo por un tumor era lo que me provocaba el problema de lado derecho, se me irradió”.

Sujeto 3: “el médico de la clínica 2 me dijo que me iba a mandar a la 25, me dio 14 días de incapacidad y le dije que no, que yo no puedo faltar”

Sujeto 4: “ fui de urgencias a la 26, luego a la 17 y me dijeron que fuera con el oftalmólogo y que tenía inflamado y eso me distorsionaba la vista”

Notamos que la explicación que le dieron al sujeto 1 es más acorde con la realidad de la enfermedad, el sujeto 2 queda conforme con la explicación ya que es una persona que enferma con frecuencia, el sujeto 3 precisamente se rehusa a la incapacidad, la sujeto entiende la explicación que le dan de una inflamación como algo posible.

Al investigar si era la primera vez que enfermaban, en la pregunta #38 (¿ Es la primera vez que enferma de este problema visual?) responden:

Sujeto 1: “no, hace como 7 años me pasó, eran como manchitas, me duró como un mes, mi esposa estaba en el segundo embarazo, le hicieron cesárea, consulté me dijeron que era estrés, me dieron diazepam, pero no me lo tomé, se me hizo muy fuerte, se me quitó solo”.

Sujeto 2. “sí, uso lentes para la vista cansada”.

Sujeto 3: “sí”.

Sujeto 4: “sí”.

En la pregunta # 39 sobre antecedentes familiares ninguno de los 4 reporta haber tenido ningún familiar con esta enfermedad visual.

Con esto podemos ver que no existe ningún antecedente familiar de la enfermedad y que es acorde con la información existente (Yanuzzi; Schatz y Gitter 1982), (Gazz, 1979)

Al preguntar como se sintieron ante el diagnóstico del problema visual en la pregunta # 40 (¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron su problema visual?) responden:

Sujeto 1: “preocupado, por la vista distorsionada y porque la mancha creció muy rápido”

Sujeto 2: “no me dolía nada, no es una enfermedad como cualquier otra” *

Sujeto 3: “darle curso a la enfermedad”

Sujeto 4: “nerviosa, me imaginaba que era azúcar”

Podemos ver, además del afecto expresado, parte de las fantasías que se expresaron, en el sujeto 1 la fantasía es la de perder la visión, en el sujeto 2 es el temor a lo desconocido de la enfermedad por la extrañeza ante la ausencia del dolor para él, que ya lo ha padecido muchas veces, en el sujeto 3 no experimenta nada y pudiéramos decir que no existe fantasía y el sujeto 4 teme que sea una enfermedad crónica.

La respuesta “no es una enfermedad como cualquier otra” y precisamente de este paciente que ha enfermado tanto, nos permite ver una de las características de la enfermedad, es diferente, no hay dolor, no hay imagen de la enfermedad, es decir, no es posible representarla mentalmente y no es visible, es una entidad misteriosa tanto para el médico como para los pacientes.

Al preguntar específicamente sobre el posible origen de la enfermedad en la pregunta # 41 (¿ Por qué piensa que se le presentó éste problema en la visión?)

Sujeto 1 dijo “esta vez no sé” ya que la primera vez que enfermó si consideró la posibilidad de que fuera el estrés,

Sujeto 2 dijo: “es que me atienden de diabetes, entonces forzaba el ojo izquierdo y me dolía entre los ojos y me dijeron que tomara más medicina para el ojo”,

Sujeto 3: “ en la clínica 2 me dijeron que podía ser estrés”.

Sujeto 4: “por el embarazo”

El sujeto 1 si reconoce que la enfermedad puede ser estrés, el sujeto 2 elabora una teoría que podríamos considerar mágica y en la misma línea que la que menciona le dijeron en la clínica, como consecuencia de otra enfermedad, el sujeto 3 menciona en palabras de otros que pudiera ser estrés, el sujeto 4 cree posible que sea debido al embarazo.

Aún cuando los sujetos hablan del estrés como en relación posible con la aparición de la enfermedad, cuando hablan de las jornadas de trabajo o del interés en el cumplimiento de su tarea o de su preocupación por enfermarse y no asistir al trabajo, no parecen ver como problema estas características, la

* el subrayado es nuestro.

enfermedad parece inexplicable, es como si el patrón de vida se caracterizara por este exceso en el trabajo a costa del cuerpo y que la función de trabajo del cuerpo excediera a las posibilidades físicas del organismo y por eso hubiera esta manifestación de enfermedad, al paciente le resulta oscuro por que enfermó, como si el conflicto apareciera en un plano que no pudiera representar, ya que no puede ni imaginarse que “ya no puede” trabajar a ese ritmo o que debe cambiar su estilo de vida y trabajo.

Apuntamos que dos de los sujetos aluden al estrés posible y los otros dos a causas físicas.

En la pregunta # 42 (¿Antes de que se atendiera de su enfermedad visual tenía algún problema importante? Salud, personalidad, trabajo, familiar, otro. Descríbalo) con relación a algún problema previo a la enfermedad:

Sujeto 1: “creo que no, sólo el trabajo, algo de estrés, mi hijo (7 años) tiene dermatitis, pero está controlado”

Sujeto 2: “no”

Sujeto 3. “en el trabajo anterior, estaba bajo mucha presión, por eso lo dejé, con lo de los plazos para las obras y hay que terminar, pero ya me salí, como no me enfermé antes y ahora que trabajo menos sí”.

Sujeto 4. “soy muy nerviosa, antes de este embarazo, tuve dos sustos, un bebé muerto y un embarazo ectópico”.

El sujeto 1 habla del trabajo pero como de pasada menciona la salud de su hijo, el sujeto 3 reconoce las condiciones de trabajo y aunque como vimos es quien más niega el afecto fue el único que reconoce la presión excesiva y cambia de trabajo y paradójicamente es cuando enferma, como si el superó lo castigara en su cuerpo por haber renunciado a la perfección y /o compulsión del trabajo.

En la pregunta # 43 (¿Qué tipo de tratamiento le indicaron? respecto al tratamiento indicado, los 4 recibieron prescripción de antiinflamatorios no esteroides e incapacidad.

En cuanto a los resultados del tratamiento en la pregunta # 44 (Qué resultados obtuvo? Peor, mejor igual.) :

Sujeto 1: “igual”.

Sujeto 2: “igual”.

Sujeto 3: “ligero cambio, es que no puedo darme el lujo de enfermar”

Sujeto 4. “todavía no”

Los sujetos dicen sentirse igual, el sujeto 3 percibe una leve mejoría y añade “no puedo darme el lujo de enfermarse”, el sujeto 4 sólo lleva un par de días con el tratamiento y cree que es pronto para ver resultados.

En virtud de que la enfermedad lleva varios meses, en la pregunta # 45 (¿Qué tratamiento está siguiendo actualmente?) investigamos sobre el tratamiento que reciben actualmente y que ha sido el mismo para los 3 sujetos en los que llevan tiempo con la enfermedad. El día en que fueron detectados para el estudio precisamente les iban a hacer otra evaluación.

Sobre otras recomendaciones que hubieran recibido además del tratamiento médico, en la pregunta 46 (¿Qué otras cosas le recomendó el médico?) respondieron:

Sujeto 1: “la doctora Garza me indicó reposo”.

Sujeto 2: “nada”

Sujeto 3: “nada”

Sujeto 4: “ninguna, puede ser por nervios y desaparece en un mes”.

En relación con la expresión del afecto y la existencia y calidad de vínculos propusimos las siguientes preguntas: en la # 47 (¿Ha comentado que padece este problema visual?) interrogamos si han comentado sobre su padecimiento actual los 4 sujetos respondieron que sí

En la # 48 (¿A quien(es)?) sobre quienes fueron los depositarios del comentario responden:

Sujeto 1: “a mi papá”. También es su jefe en el trabajo.

Sujeto 2. “al administrador de la línea”

Sujeto 3. “familiares”

Sujeto 4: “a mi mamá y mi esposo”

Podemos percatarnos que, los sujetos 1 y 2 solamente hicieron mención de su enfermedad en el centro de trabajo en relación con los trámites administrativos, incluso el sujeto 2, para quien no existían jefes, si encuentra una persona responsable ante quien presentarle la incapacidad. Los sujetos 3 y 4 mencionan habérselo comentado a personas de su familia.

Respecto a la razón de haberlo comentado, investigado con la pregunta # 49 (¿Con qué objetivo se los comentó?) responden:

Sujeto 1: “porque es mi jefe, por la incapacidad”

Sujeto 2: “por lo de la incapacidad”

Sujeto 3: “por confianza”

Sujeto 4: “porque estaba nerviosa, por eso fui a urgencias”

La razón de haberlo comentado no parece en la línea del desahogo sino en lo laboral, sólo el sujeto 3 menciona en forma muy escueta que lo comentó por confianza y la sujeto 4 parece haberlo mencionado sólo para explicar la consulta de urgencia.

A pesar de lo que mencionan sobre quienes están enterados de lo que les pasa, los 4 sujetos acudieron a consulta con sus parejas por lo que cuando menos ellas estaban enteradas de su situación de salud, sin embargo los sujetos no hacen mención de las personas que los acompañaban a la consulta en este apartado, la pareja del sujeto 3 y de e sujeto 4 al terminar la entrevista con nosotros los recibieron abrazándolos e incluso la esposa del sujeto 3 no quería retirarse del lugar al iniciar la entrevista.

Es importante señalar el manejo del afecto que pudimos “ver” en las relaciones de pareja de los sujetos varones, ya que en el discurso las parejas no eran mencionadas ni como motivo de preocupación en el apartado anterior, ni como personas significativas como interlocutores, más que esporádicamente, aunque era visible en los 3 sujetos como eran tratados con afecto por sus parejas eso nos indica que ellos si eran el objeto del afecto de sus parejas sin embargo no parece que ellas fueran su objeto de amor, podríamos preguntarnos dónde se deposita la libido y cabe pensar que en ese ideal del yo es donde se encuentra.

Esa situación no fue por cierto, la del sujeto 4, ya que aunque la relación fue descrita como ausente de problemas o ideal “como sacarse la lotería” aunque podemos pensar que si en los varones el ideal del yo es una relación de trabajo, tal vez en el sujeto 4 el ideal está puesto en la relación de pareja, sin embargo parece posible una expresión del afecto, ya que el abrazo fue recíproco, diferente al trato de las otras parejas ya que los varones “ se dejaban tocar”, no podemos dejar de largo, insistimos, los aspectos socioculturales que pueden estar determinando la mayor incidencia en varones de esta enfermedad visual.

En relación con la respuesta obtenida de los receptores de la información, investigada en la pregunta # 50 (¿Qué le comentaron sobre su enfermedad?) contestan:

Sujeto 1. “ que me atienda”

Sujeto 2. “no se sorprendieron, es que siempre me enfermo” En esta parte de la entrevista descubre parte de su cuerpo (una pierna y parte del vientre) para mostrar la huella de enfermedades o intervenciones quirúrgicas.

Sujeto 3: “que me atendiera, que si era estrés ya no me preocupe”.

Sujeto 4: “que consultara”

Al parecer así como los sujetos tiene una escasa manifestación de afecto, también los interlocutores elegidos se muestran fríos y poco afectivos, aunque lógicos, cabe hacer notar la respuesta que le dieron al sujeto 3, si enferma por tensión él debiese dejar de preocuparse para poder aliviar, dicho de una manera muy sencilla. No aparece lo dicho por sus parejas.

La pregunta # 51 (¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Artritis, dermatitis, colitis, asma, hipertensión, úlcera, problema de tiroides, gastritis, migraña, tensión muscular, gripe, insomnio. En los últimos 6 meses, más de 6 meses, actualmente) busca investigar otro tipo de enfermedades de los sujetos y la tendencia a somatizar.

Sujeto 1 ha padecido las siguientes enfermedades: colitis, gastritis, migraña y tensión muscular;

Sujeto 2 está enfermo de diabetes, ha presentado fracturas en extremidades, intervenciones quirúrgicas por hernias, tumoraciones y una pierna inflamada “por brujería”.

Sujeto 3 ha presentado colitis, migraña y tensión muscular.

Sujeto 4 ha padece gastritis, migraña, tensión muscular e insomnio.

Todas las enfermedades se siguen presentando actualmente, los sujetos 1, 2 y 4 presentan padecimientos que pueden ser considerados psicósomáticos, el sujeto 1 desde hace 4 años y la sujeto 4 desde hace 14 años, proceso que no está resuelto ya que siguen padeciendo esas enfermedades psicósomáticas y presentando una enfermedad nueva, la CRSC. El sujeto 2 presenta enfermedades, que, excepto la diabetes pudieran considerarse orgánicas, sin embargo, las fracturas pueden ser parte de una tendencia a los accidentes que es posible interpretar.

Con respecto a los hábitos investigados en las preguntas 52 a 55, observamos lo siguiente: en cuanto al fumar, el sujeto 1 y 2 fuman, los sujetos 3 y 4 no, sin embargo al investigar la frecuencia del hábito en la pregunta # 53 el sujeto 1 lo practica cada 6 meses y el sujeto 2 todos los días, alrededor de una caja.

En relación con el tomar en la pregunta # 54 el sujeto 1 y 2 indican que acostumbran tomar, el sujeto 2 indica que poco, los sujetos 3 y 4 no toman, la frecuencia en la pregunta # 55 muestra algunas diferencias, el sujeto 1 toma cada 6 meses y el sujeto 2 no especifica.

Podemos darnos cuenta que aparentemente 3 de los sujetos no tienen adicción a otra cosa que no sea el trabajo, excepto el sujeto 2 que no se inscribe fácilmente en el perfil de personalidad del paciente psicósomático.

En la pregunta # 56 (¿Alguna persona nota que usted está enfermo?) sobre si el encontrarse enfermo puede ser notado por otros, responden:

Sujeto 1: “no”

Sujeto 2: “sí”

Sujeto 3: “yo lo comento”

Sujeto 4: “sí”

Al preguntar por que medio se dan cuenta, en la pregunta # 57 (¿Cómo se dan cuenta?) responden:

Sujeto 1: “sólo mi esposa se da cuenta cuando traigo migraña, se me nota en los ojos”

Sujeto 2: “pues me ven”.

Sujeto 3. “por mí”

Sujeto 4: “yo les digo”

Parece que la enfermedad en general tiene un efecto tan desestructurante que permite que los sujetos se permitan expresarlo por sobre otras cosas, aún el sujeto 3 que negaba hablar de llanto y tristeza parece encontrar posible hablar de estar enfermo, el sujeto 2 encuentra sorprendente su enfermedad actual precisamente porque no se ve, no se nota y antes al mirarlo le reconocían que estaba enfermo.

Investigando si hay alguna razón para que los sujetos hablen de su salud en la pregunta # 58 (¿Cuándo comenta usted sobre su estado de salud?) encontramos:

Sujeto 1: “cuando me duele la cabeza”

Sujeto 2: “siempre”

Sujeto 3: “nunca”

Sujeto 4: “cuando tengo migraña”

En dos de los sujetos se comenta la enfermedad cuando hay dolor, coincidentemente dolor de cabeza, lo cual complica la comunicación de la enfermedad actual ya que no existe dolor físico, aunque podríamos hablar de

dolor psicológico o daño narcisista en virtud de no poder cumplir con sus funciones por estar castigados con la enfermedad.

Sobre la razón de comunicarlo en la pregunta # 59 (¿Qué es lo que hace que usted lo comente?) responden:

Sujeto 1: “no lo digo, me lo notan”

Sujeto 2: “es que me preguntan y les empiezo a decir y me dicen: ¿y yo de que te platico? a mí no me han pasado tantas cosas como a ti”

Sujeto 3: “siempre le comento a mi esposa”.

Sujeto 4: “porque me voy a acostar y no quiero que tengan problemas” (a sus hijos les dice).

En relación con la hipótesis 1 respecto a un conflicto actual, 3 de los pacientes refieren conflictos actuales, 2 en relación con el trabajo y la sujeto 4 preocupada por su embarazo, ya que había tenido problemas en dos embarazos anteriores.

Propusimos un conflicto actual y encontramos evidencia en el 75 % de los casos, pero no podemos dejar de reconocer que un conflicto actual es la resignificación de conflictos anteriores y notamos que igualmente, precisamente los 3 sujetos que nos hablan de conflictos actuales tienen una historia de salud con frecuentes y actuales enfermedades psicosomáticas, haciendo alusión a un estilo de resolución de conflictos en el que predomina el acting in, es decir depositar el afecto en el cuerpo.

En relación con la hipótesis 3 nos damos cuenta de cómo la situación de enfermar les desorganiza y los coloca en una situación de dependencia e impotencia, porque ninguna situación anterior emocionalmente fuerte les había impedido su funcionamiento laboral, sin embargo esta enfermedad no pueden resolverla con los medios a los que están acostumbrados.

La hipótesis 3 en relación con la impotencia psicológica tiene que ver con que los sujetos no entienden que está pasando, ni por asomo se les ocurre que sus problemas puedan estar asociados con su particular manejo del afecto, el control que parecen tener sobre su actividad laboral está perdido y el no darse cuenta puede estar simbólicamente relacionado con esta dificultad para “ver” en lo real.

Si nosotros hablamos de la doble función de los órganos parece que aquí lo que predomina no es el uso del cuerpo para el placer sino para servir al superyó y pareciera que el cuerpo este demandando su inserción en la dinámica del placer.

Así la enfermedad es sentida o representada como una castración a nivel simbólico ya que los ubica en un nivel de impotencia casi infantil, ya que no pueden trabajar y deben ser auxiliados en sus traslados por otros.

En todos ellos pudimos apreciar como los desorganiza esta enfermedad.

Con respecto a la presencia de un superyó corporal en la hipótesis 6 encontramos ausencia de fantasía, imposibilidad de operar en un pensamiento que no sea el concreto por tanto no aparecen como castigo los remordimientos sino la enfermedad, apuntemos además que los sujetos no se describen con fallas o autoreproches.

En virtud de lo anterior consideramos que la existencia y actualización de enfermedades psicosomáticas, al grado de seguir produciendo enfermedades en el 75% de nuestra muestra, confirma la existencia de un superyó que actúa en forma corporal, castigando en el cuerpo de tal forma que este cuerpo se encuentra imposibilitado para trabajar.

4.5.4 DIMENSIÓN LABORAL:

Las preguntas 8 a 11 nos permiten establecer las funciones y un promedio del tiempo dedicado al trabajo.

Las preguntas 12 a 21 pretenden determinar el tipo de vínculos que se establece con los compañeros de trabajo y con el jefe inmediato, así como el lugar que ocupa la autoridad en el desempeño de su función laboral y el significado que tiene el trabajo para el sujeto.

En las preguntas 22 a 25 el enfoque esta determinado en conocer la distribución de su tiempo a actividades dentro y fuera del trabajo.

Mientras que en las preguntas 26 a 33 observamos en que condiciones se ausenta del trabajo y cuáles son las reacciones que experimenta ante esta situación.