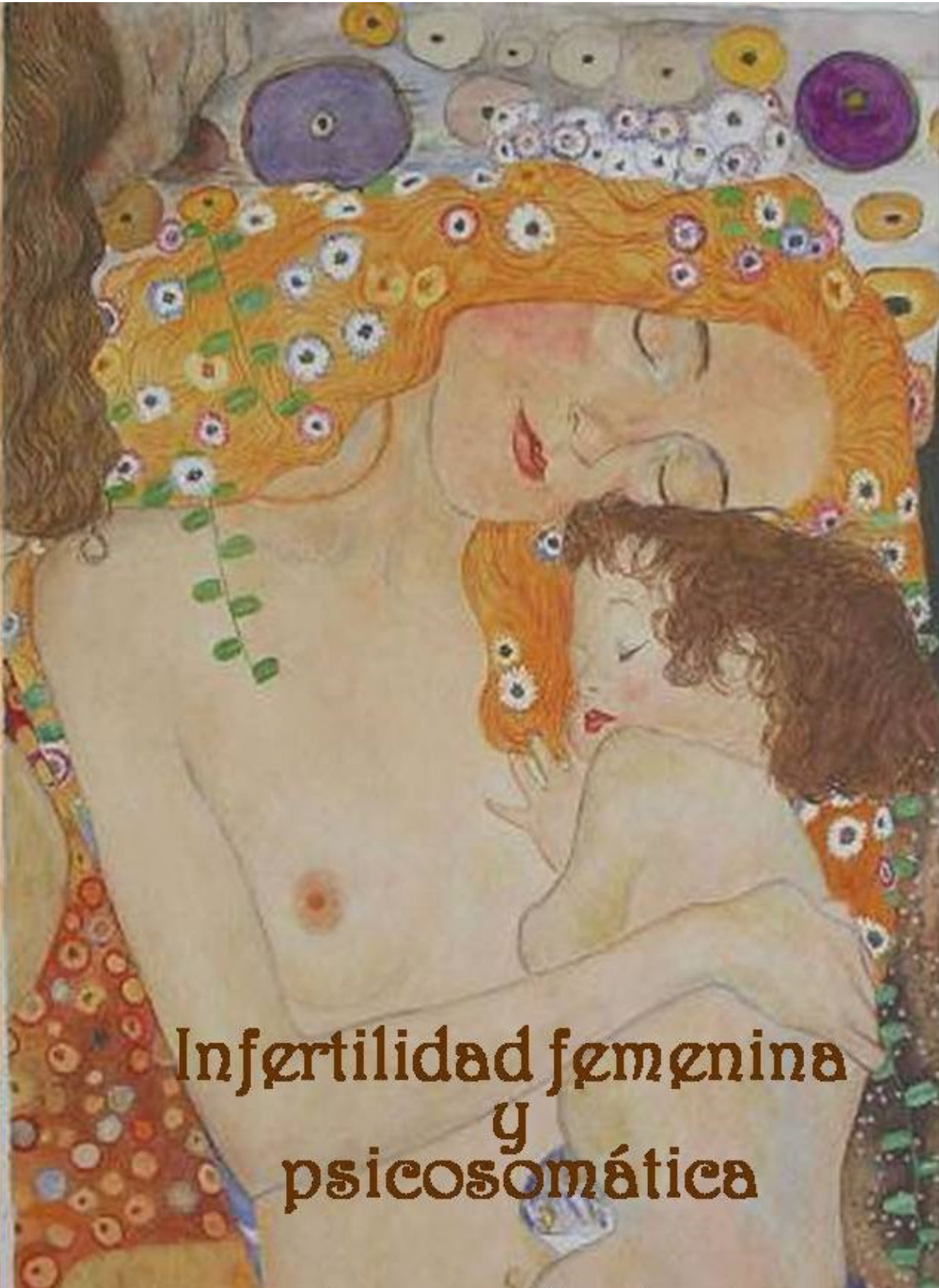


Infertilidad femenina y psicosomática

AGRADECIMIENTO:

A cada una de las mujeres que desnudando sus sentimientos han sido generosas protagonistas de esta investigación

A ellas, que representan fielmente el sufrimiento de tantas otras inundadas por la incertidumbre de lograr su proyecto de maternidad.

A ellas que tanto me han enseñado.

© Copyrighy by
Antonio Carlos Martín
Tel.: 91 401 29 12
e-mail.: acm@correo.cop.es

Portada:
Fragmento de *Las tres edades de la mujer*
de G. Klimit (1908)

1ª edición: Madrid 2007
2ª edición: Madrid 2020
ISBN: 978-978-84-611-5716-7
Depósito Legal: M-8072-2007

Maquetación e impresión:
info@pardetres.net

Infertilidad femenina y psicosomática

Antonio Carlos Martín

ÍNDICE

ABREVIATURAS 11

1. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO 13
   1.1. Introducción 13
   1.2. Psicosomática 21
   1.3. Infertilidad y psicosomática 23

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN: TEORÍAS E INVESTIGACIONES 31
   2.1. Psicosomática 31
   2.2. Infertilidad 43

3. LA INFERTILIDAD FEMENINA 55
   3.1. Definición de infertilidad 55
   3.2. Incidencia de la infertilidad 56
   3.3. Factores de riesgo y causas de la infertilidad en la mujer 57
   3.4. Técnicas de reproducción asistida 60
   3.5. Beneficios, implicaciones y riesgos de las T.R.A. 63

4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: PIERRE MARTY 67
   4.1. Introducción 67
   4.2. Antecedentes y orígenes históricos 69
   4.3. Proceso de organización psicosomática 72
   4.4. Proceso de desorganización. Trastornos psicosomáticos 79
   4.5. Nosología 84
   4.6. Resumen 86

5. NEUROSIS O TRASTORNO PSICOSOMÁTICO 87
   5.1. Introducción 87
   5.2. En cuanto a la organización psíquica 88
   5.3. En cuanto a las defensas 90
   5.4. En cuanto a los síntomas 92
   5.5. Disfunciones neuróticas versus disfunciones psicosomáticas 94
   5.6. Conclusión 95

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS 97
6.1. Introducción 97
6.2. Interrogantes que nos plantesmos 98
6.3. Objetivos 98
6.4. Hipótesis 100
6.5. Objetivo secundario 101

7. MATERIAL 103
7.1. Fuentes primarias 103
7.2. Fuentes secundarias 116

8. MÉTODO 119
8.1. Primera fase 119
8.2. Segunda fase 126

9. RESULTADOS 129
9.1. Puntuaciones comparadas: Tabla 4 129
9.2. Descripción estadística de los resultados 131
9.3. Relación de embarazo (sí/no) con métodos empleados 137
9.4. Correlaciones 145
9.5. I.G.F. e I.G.T. y test de rorschach 150
9.6. I.G.F. e I.G.T. y clasificación PSI 154
9.7. Clasificación PSIC. y rorschach 158
9.8. Embarazo exitoso y Rorschach 159
9.9. Embarazo exitoso y clasificación PSI 160
9.10. Correlación de resultados 161
9.11. Logística global comparada 165

10. CONCLUSIONES 169

11. DISCUSIÓN 179
11.1. F. Moreau 179
11.2. J. Moral de la Rubia 180
11.3. Juan diaz curiel (cap. 2, Apdº 3.16) 181
11.4. J. Ingelmo Fernández 182
11.5. Histeria versus psicosomática 182
11.6. El estrés 184
11.7. Abordajes terapéuticos 186

ANEXO I
CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA 189
1. Estructura fundamental 189
2. Particularidades habituales mayores 191
3. Características actuales mayores 200

ANEXO II
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA APLICAR
LA CLASIFICACIÓN DE PIERRE MARTY 203

ANEXO III
IDEAL DEL YO / YO IDEAL 207

ANEXO IV
CRITERIOS RORSCHACH 209
Criterios para la elección de indicadores del test de rorschach para aplicar a la muestra como rasgos evaluables del grado de mentalización 209

ANEXO V
ÍNDICE DE GRAVEDAD FEMENINO Y FACTOR MASCULINO 213
Criterios de gravedad por patología ginecológica*
(puntuación de "0" a "5") 213
Factor masculino (leve: 1; moderado: 2 ; severo: 3) 213

ANEXO VI
ESTRÉS Y PS. DINÁMICA 215

TABLA 1. PUNTUACIONES DEL RORSCHACH 217

TABLA 2. PUNTUACIONES DE
LA CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA 223

TABLA 3. PUNTUACIONES DE LOS CUESTIONARIOS 227

TABLA 4. PUNTUACIONES COMPARADAS 231

BIBLIOGRAFÍA 237

ABREVIATURAS

ACTH:	hormona corticotropa
A.R.J.:	Artritis Reumatoide Juvenil
BM:	buena mentalización
CBP:	Criterio de buen pronóstico
CG:	Criterio de gravedad
CMP:	Criterio de mal pronóstico
CP:	Clasificación Psicosomática
CRH:	hormona liberadora de corticotropina
D.E.:	depresión esencial
DHEA:	dehidroepiandrosterona
DHEA-S:	sulfato de dehidroepiandrosterona
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM:	Embarazo múltiple
FIV:	fecundación in Vitro
FM:	factor Masculino ó gravedad de patología masculina
FP:	Factor positivo
FR:	Factor de riesgo
FSH:	hormona folículotropa
GH:	hormona del crecimiento
GHRH:	hormona liberadora de GH
HCG:	gonadotropina coriónica humana
HHC:	hipotálamo-hipófiso-córticosuprrarenal
HHG:	hipotálamo-hipófiso-hormona del crecimiento
HHT:	hipotálamo-hipófiso-tiroideo
ICSI:	inyección intracitoplásmica de espermatozoides
I.G.F.:	Índice de Gravedad Femenina
I.G.T.:	Índice de Gravedad Total
IIU:	inseminación intrauterina
IL-2:	interleucina 2
I.P.A:	Asociación Psicoanalítica Internacional.
IPSO-PARIS:	Institut de Psychosomatique de Paris
ISRS:	inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
LH:	hormona lúteotropa
M.M.:	mala mentalización
Ngr.:	hormona liberadora de gonadotropina

PO:	pensamiento operatorio
RA:	reproducción asistida
TRA:	técnicas de reproducción asistida
TRH:	hormona liberadora de tirotropina
TSH:	hormona tirotropa, tirotropina
U.R.A.:	Unidad de Reproducción Asisitida
VIH:	virus de inmunodeficiencia humana

"Y será convertido en piedra
aquél que no redima su destino
en la tierra con su sombra"[1]

1. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

1.1. INTRODUCCIÓN

En las investigaciones sobre la prehistoria se ha podido deducir que las divinidades tenían carácter femenino. A esto tenemos que añadir la importancia de la fertilidad de la tierra para aquellos pueblos cuya subsistencia estaba basada en la agricultura. Las mitologías del Antiguo Oriente (Mesopotamia, Anatolia, Siria) atribuyen a lo femenino el origen de la humanidad, bajo la forma de la Gran Diosa, Madre de los dioses, que pone en marcha la creación del ser humano[2].

La mujer estéril es considerada por la mayoría de los pueblos primitivos como un oprobio para los suyos y ella misma se percibe como maldita[3].

Marie LANGER explica cómo durante muchos siglos —y aún se da en pueblos primitivos— la infertilidad era considerada como un castigo de

[1] Lenau, N., *Anna*.

[2] Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra*, Madrid, Siglo XXI, 1991, p. 97

[3] Tubert, Silvia, op. cit., p. 101

Dios[4]. Esta misma autora decía: "*Anteriormente el vínculo entre el saber y el sufrimiento pasaba por el terreno de las imaginaciones, ahora es a través de una vía más compleja: el mundo sordo de las entrañas".*

Es sabido que en la actualidad algunos temas sobrepasan el marco de la disciplina a la que pertenecen y se transforman en especialmente relevantes gracias a la popularización que facilitan los medios de comunicación y a otros agentes sociales. Eso mismo está ocurriendo con el tema de la infertilidad[5]; sobre todo, por las otras grandes áreas que se han desarrollado colateralmente en nuestra época: nos referimos sobre todo a las *Nuevas Técnicas de Reproducción Asistida* y al fenómeno social de *la adopción*, que ha eclosionado de forma espectacular en nuestros días.

La sociedad moderna transmite la impresión de dominar completamente el proceso de reproducción, desde la concepción hasta el parto. Este sentimiento ha sido tan imbuido que muchas mujeres actualmente creen poder esperar el tiempo que ellas deseen antes de dar el paso para materializar su proyecto de hijo y, una vez puesto en marcha, se angustian rápidamente si no se realiza con prontitud. Quizás este fenómeno no sea ajeno a la dificultad que tenemos en nuestra sociedad para soportar el tiempo de espera, cuando se trata de que nuestros deseos se cumplan y nuestras necesidades se satisfagan. Así la infertilidad se convierte en un drama para un gran número de mujeres que creían dominar a priori este acontecimiento de su vida.

No obstante, el problema de la infertilidad es de todas las épocas. Pero ¿es un problema que ha surgido con la misma intensidad en otros momentos históricos o tiene una mayor presencia en la actualidad? El debate público adjudica una mayor incidencia a la infertilidad en nuestros tiempos, especialmente en los países desarrollados. Si es así, ¿cuál o cuáles pueden ser las causas?

En toda alteración de las funciones o del comportamiento del ser humano, que se observa recurrente, habrá que buscar las causas en aquello que gravita en torno a él: causas ambientales y sociales; pero de ningún

---

[4] Langer, Marie, *Maternidad y sexo,* Buenos Aires, Paidós, 1978, p. 133

[5] El diccionario de la Real Academia Española trata como sinónimos los términos "*esterilidad*" e "*infertilidad*". El American College of Obstetrics and Gynecogists (Huges, 1.971) decidió dar dos significados distintos a los vocablos "*sterility*" e "*infertility*", hasta entonces utilizados indistintamente. Y, en vez de seguir el criterio ya establecido, aplicaron el término *sterility* a la esterilidad irreversible, e *infertility* a la disminución o ausencia de fertilidad, pero sin carácter irreversible.

modo podemos olvidar las causas intrínsecas a la propia naturaleza humana, como es el funcionamiento psíquico individual.

Entonces, si desde el punto de vista de la atención sanitaria, en términos generales, la mejora en los países industrializados ha sido espectacular, algo del área de la propia salud se nos escapa. Y es que, tanto en el tema de la infertilidad, como en otros muchos aspectos de la atención al bienestar de las personas, mucho nos tememos que se haya producido un desfase en los avances médicos. En este desfase es probable que el psiquismo haya sido al menos parcialmente olvidado. Observamos cómo los aspectos psicológicos de cualquier enfermedad, tanto desde su incidencia en ella, como desde la posible etiología, han ocupado un lugar secundario en la terapéutica médica. Y, lo que es aún más grave, a mayor avance tecnológico mayor separación entre lo psíquico y lo biológico, estableciéndose así un dualismo entre teoría y praxis que no tiene parangón en la historia de la humanidad. Como ejemplo, podemos recordar la tendencia actual a catalogar la mayoría de las enfermedades y sus causas en el marco del mapa genético, sin que este apunte sirva para devaluar o menospreciar el extraordinario avance que se está produciendo en esta disciplina.

El desarrollo de la medicina centrada en el órgano, la imaginería moderna y las tecnologías punta van en la misma dirección. Esta dinámica nos lleva a concebir el cuerpo humano como una suma de sistemas biológicos anónimos y regidos por leyes científicas. Y, por tanto, portador de una patología cada vez mejor definida en los síntomas que parcialmente manifiesta, el paciente corre el riesgo de quedar olvidado como un **sujeto completo**. Entendiendo por sujeto completo al sujeto que, además de su cuerpo, está dotado de conciencia y de una memoria. Nos estamos refiriendo a su memoria histórica, a sus avatares vitales que se han inscrito en el psiquismo desde que se nace o, según algunos autores, desde antes de nacer. Por tanto, no debemos despreciar, respecto a este concepto de *sujeto completo* el bagaje de la historia familiar que germina en cada individuo. Si hablamos de memoria en el sentido descrito y de historia introyectada, estamos tocando el concepto de inconsciente.

Por tanto, acercándonos al tema que nos ocupa —la infertilidad femenina-, como patología, se nos presenta en parte y/o a veces bajo el velo de disfunciones implicadas por la memoria y por los recuerdos inconscientes. A poco que aceptemos este principio, la medicina, dirigida exclusivamente al órgano en cuestión y aplicando tratamientos funcionales estimuladores del cuerpo, se nos antoja que es la puesta en práctica de una terapéutica parcial.

En esta línea, las nuevas técnicas de reproducción y su mediatización han abogado por la exclusión de los aspectos psíquicos de la infertilidad,

salvo en aquellos casos en los que, excluyendo cualquiera de los diagnósticos preestablecidos desde las alteraciones fisiológicas, la ausencia de embarazo se determina como *"esterilidad sin causa", "inexplicada"* o *"psicógena*", lo que no deja de ser un diagnóstico por exclusión y, por tanto, "cajón de sastre" donde cabe todo aquello que no ha sido detectado desde la patografía médica.

Este efecto es lógico por varias razones: el progreso terapéutico técnico es una maquinaria microscópica perfecta. Decepciona, cuando fracasa, y este fracaso hace pensar a sus investigadores que existen otros factores aparte de los puramente mecánicos. Además, las nuevas tecnologías contribuyen a atenuar la separación que existía entre esterilidades orgánicas y esterilidades no orgánicas en la medida en que, en un recorrido terapéutico, los mismos tratamientos son propuestos más tarde o más temprano en todos los casos de infertilidad, sea cual sea su origen.

Probablemente no exista una causalidad fisiológica como tampoco una causalidad psicógena pura de la esterilidad. La medicina, que sólo sabe representarse las disfunciones biológicas en un sistema de causalidad lineal, nos empuja hacia la vía contraria. Sin embargo, no nos parece adecuado, después de haber definido las causas tubáricas, las ováricas y las espermáticas de esterilidad[6], definir las causas psíquicas como una, aunque extrema y poco frecuente, alternativa más. Quizás haya algunos casos que así sea. Pero, de una forma más general y envolvente del problema, se pueden más bien postular *factores de riesgo psíquicos de interrupción de la fertilidad7.* Estos factores de riesgo pueden afectar a cualquier parte del proceso, incluso a la predisposición natural de los órganos destinados a tal fin. Es decir, que la interrupción de la fertilidad por factores psíquicos implica una incidencia por activa o por pasiva en el proceso de la generación del hijo o en los órganos y mecanismos biológicos que intervienen previamente o durante la gestación. En esta ampliación de los efectos precursores de la gestación interviene especialmente **el trastorno psicosomático**, constituyéndose éste como una alteración sobre la función en sí o sobre los órganos que intervienen.

Para llegar a esta hipótesis hemos de partir de un postulado teórico-clínico: "la procreación de un niño es el resultado de la puesta en común del capital genético de dos adultos y también de las particulares representaciones inconscientes de ambos". El momento del nacimiento, el mismo parto

---

[6] Nos remitimos al capítulo 3.

[7] Bydlowski, Monique, *La dette de vie*, Ed. Presses Universitaires de France, 1997 Paris, p. 159: *"... facteurs de risque psychiques d'interruption de la fertilité."*

con la violencia de la fractura corporal que conlleva, participa de dichas representaciones específicas más o menos desconocidas o rechazadas por la ciencia.

Sin embargo, que todo un mundo de representaciones específicas acompaña al acontecimiento del parto es indudable ahora y a lo largo de la historia. Como ejemplo muestra podríamos hacer un recorrido por las diferentes costumbres y ritos que en las distintas etapas de la humanidad se han mantenido sobre el tema. Y en estas costumbres parece haber un énfasis especial en desconectar la pulsión sexual de la procreación, aunque nos cabe la interrogación de si tanto énfasis no será el producto de un intento fallido, en muchos casos.

Así, examinando en la historia a través de legados artísticos que plasman las costumbres sobre la especificidad y el mobiliario consagrados al nacimiento, podemos avanzar la hipótesis de que las costumbres señalan que es inadecuado *dar a luz* en la cama y sobre el lugar de la relación sexual, es decir, el de la concepción. Este distanciamiento realizado por un mobiliario específico desexualizaría el nacimiento, y vendría a decir que no hay que relacionar el acontecimiento del parto con el coito fecundante.

De otra práctica, la del nacimiento sobre las rodillas maternales o sobre la silla ginecológica, podemos aproximar esta observación a una época más reciente de dispersión familiar: al final del embarazo, las madres viajan, no importa la distancia, para estar presentes en el parto de sus hijas, les acercan el regazo materno en una proyección regresiva para estar juntas —madre e hija— en este acontecimiento repetido. Por otra parte, hasta hace muy poco tiempo, el nacimiento es un evento que se realizaba entre dos o más mujeres: la parturienta y la/s que la asiste/n. Éstas encarnan una imagen de maternidad ideal, real o sustitutiva; es la representación —en los Evangelios— de María en los consoladores brazos de Santa Ana, imagen frecuentemente representada en la pictografía del mundo cristiano. Ha habido lugares consagrados al nacimiento humano y muebles dedicados a este uso. Todos estos hechos de la historia y de la antropología, en razón de su gran difusión, nos convocan a una serie de coincidencias en estas conductas específicamente humanas, independientemente de las diferentes culturas.

Con esta recurrencia a la historia postulamos la existencia y el concurso de las representaciones mentales, probablemente universales, en el acto necesariamente entrelazado de concebir, gestar y parir. Son representaciones que quedan inconscientes en la mayoría de los casos y abogamos por que los rituales, que los humanos canalizan alrededor del nacimiento, desarrollan funciones defensivas y encubridoras de las representaciones inconscientes. Y, lo que es más importante, que tanto el asomo a la conciencia, como la

inexistencia de dichas representaciones pueden provocar alteraciones en el desarrollo normal de la función reproductora en su conjunto[8].

Por tanto, si en los padres que han de engendrar se da un déficit en representaciones mentales, qué duda cabe que falta algo de lo esencial en el acto de engendrar; y, aunque este algo se refiera exclusivamente a lo psíquico, tendrá repercusiones importantes en su interacción con lo biológico. Porque el futuro niño va a cobrar vida somato-psíquica en una red de representaciones que le preexisten. Pero, a diferencia de las representaciones de palabra, estas representaciones de primitivos acontecimientos vividos están más ocultas en el inconsciente de los padres, se encuentran menos accesibles a la memoria. El niño esperado es portador, desde antes, de las tristezas y dificultades de aquéllos. Las observaciones sobre las curas analíticas adultas muestran a menudo la trasmisión transgeneracional de estas representaciones. El futuro niño es en su completud cuerpo-psique (*sujeto completo*) un "terreno" privilegiado de proyección del capital representativo de cada uno de sus padres, aunque con modulaciones imposibles de prever que van a darle su carácter único y específico, produciendo una identidad propia, diferente a la de sus padres.

De entre las representaciones inconscientes más significativas en la concepción dinámica de la gestación se encuentran las relacionadas con la **deuda materna** que la mujer elabora a través de su deseo de hijo y en el hecho mismo de la gestación[9].

De esta forma, el cuerpo del niño al nacer materializa en sí mismo la deuda materna, encarna esta deuda simbólica.

En la novela de Hofmannsthal *"La mujer sin sombra",* la emperatriz parte en búsqueda de una sombra e intenta despojársela a una pobre mortal y poco inclinada a la maternidad. Como contrapartida, le ofrece adornos y un espejo, porque apenas tiene valor la imagen mortal revestida de oropeles y el reflejo narcisista frente a lo que representa la sombra: una promesa de procreación y, por tanto, de inmortalidad.

Esta deuda de existencia, deuda simbólica a la *Tierra Madre*, que el hijo viene a encarnar, nos lleva a la observación de que por el alumbramiento

---

[8] Como avance al capítulo 5.— *Histeria versus psicosomática*, el asomo a la conciencia generaría una intensificación de la sintomatología (histérica) tendente a taponar dicha afluencia, mientras que la inexistencia o una remisión importante de las representaciones dificultaría en alguna medida (psicosomática) el normal desarrollo de los órganos reproductores o de sus funciones.

[9] Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra*, Madrid, Siglo XXI, 1991

y particularmente por el primer hijo una mujer alivia su deuda respecto a su propia madre[10]. Vemos a menudo que muchas madres recientes dejan más o menos tiempo su hijo a sus propias madres, para que se los cuiden mientras trabajan, para que, en cierto modo se le críe. Por no hablar del fenómeno de los niños cedidos a otra figura materna, que, salvando las particularidades de cada caso, sería el paradigma patológico de pagar la impagable deuda materna a través del hijo con la entrega material y definitiva de éste. Inversamente, el aborto tiene a menudo el sentido de matar a la madre en el interior de sí misma, mezclándose los sentimientos de culpa por la pérdida del hijo, en relación a la muerte simbólica de la madre.

Llevar a término un embarazo conlleva el asumir que el reflejo narcisista se nubla, que la imagen de la juventud que hasta entonces reflejaba se rompa, para dejar entrever otro reflejo, el que presenta a la madre madura y, por supuesto, más próxima a la vejez y a la muerte. Es un punto de inflexión que relaciona por exclusión la gloriosa juventud con el resto de la vida. La esterilidad así abre una puerta a la economía narcisista: mantiene intacta la ilusión de la juventud y evita pasar a formar parte de la condición "mujer". Esta sería la vertiente de goce; pero, como todo síntoma, también está inscrito en un *tantum* de sufrimiento. Así podríamos establecer que la fecundidad es un culto a la inmortalidad, de donde, en su negativo la infertilidad, surge ésta última como angustia de muerte.

Por otra parte, es relativamente reciente el concepto *"deseo de hijo"*. Este concepto tan manido en nuestros días no se planteaba, como algo diferenciado del proyecto de hijo, hace medio siglo, cuando la reproducción estaba únicamente ligada al destino y escapaba en buena medida a la voluntad y a la estrategia. El contexto histórico y social respecto al deseo de hijo, en España y en los países occidentales, ha cambiado completamente desde la popularización de la contracepción química eficaz. Las mujeres pueden no tener hijos hasta que lo deseen. Controlando su contracepción, pueden tener la ilusión de dirigir completamente su tiempo de concebir y, erróneamente, también sus deseos. Pero es cierto que se ha complejizado hasta límites insospechados el concepto *proyecto de hijo*, precisamente por los mecanismos psíquicos conscientes, que han pasado a intervenir eficaz y abusivamente —es nuestra opinión— en una dinámica que antes era inconsciente en gran medida.

La procreación, que es una tendencia universal para todas las especies, en la especie humana este fenómeno está atravesado por un conjunto

[10] Bydlowski, Monique, op.ct.

de dinamismos psíquicos que lo diferencian de la espontaneidad natural de los demás animales. Con la salvedad de que esos dinamismos no parece que faciliten la mecánica de la reproducción, sino que, en múltiples ocasiones, la dificultan.

El mecanismo de tener un hijo sería la traducción natural de la satisfacción a la necesidad sexual en su función colectiva de asegurar la reproducción de la especie. Pero en la especie humana el instinto sexual no es igual a procreación, contra el binomio indisoluble de las otras especies animales. Tan es así que, mientras en otras especies no tenemos dudas de que el individuo con sus conductas defensivas y reproductoras está al servicio de la conservación de la especie, en los seres humanos parecería que es la supervivencia del individuo lo que está por encima de la de la especie. Así, la función individual de procrear conlleva la transmisión de la historia personal y familiar, y en ella intervienen toda una serie de fantasías, representaciones y temores que vehiculizan o, por el contrario, impiden la normalidad en la reproducción.

En *"Mi vida y el psicoanálisis"* S. Freud nos muestra que se trata de un deseo supremo donde pueden culminar todos los demás. Dice que *"… el hijo no adivina jamás la realidad de la unión de los sexos... él la sustituye por las representaciones emanadas de su propia experiencia y de sus propias sensaciones. Normalmente, los deseos del hijo culminan en este designio: traer al mundo un hijo o, de una manera indeterminada, engendrarlo... el mismo joven chico, en su ignorancia, no está excluido de producir el nacimiento."*
Por tanto, *"el deseo de hijo"* es un deseo humano, atemporal, en función del conjunto de representaciones conscientes e inconscientes que intervienen, que no están necesariamente unidas a la satisfacción sexual. Tan es así que una de las múltiples peculiaridades de las TRA[11] es que viene a desmontar cualquier hipótesis en el sentido contrario, puesto que con algunas de las TRA se produce un embarazo fuera de la relación sexual. Pero va más allá de ser las TRA un medio para culminar felizmente el deseo de hijo, porque ésta se genera a partir de demandas conscientes, con intervención sobre el cuerpo, donde la técnica sustituye a la fantasía y donde se procura satisfacer una necesidad que en ocasiones está al margen de las representaciones inconscientes de las que hemos tratado anteriormente.
A medida que el *deseo de hijo* en el ser humano va creciendo de forma integrada, su *soma-psique* se va impregnando de una actitud, en parte consciente y en parte inconsciente, que le lleva a aceptar al hipotético hijo que

[11] Técnicas de Reproducción Asistida

le propone su actitud biológica, común a todas las especies. Y a esa actitud impregnada de aceptación ha de sumar un acto de su voluntad libre —sobre todo libertad interna— y consciente para que el *deseo de hijo* pueda ser considerado como tal en el concurso de la procreación.

Pero este acto psíquico del que emana, el *deseo de hijo* —como afirma M. Bydlowski— se inscribe en un doble registro edípico y narcisista: *en su cliché negativo, determinadas esterilidades conllevan la imposibilidad de tener un niño que exilie a la madre de su propio vértice triangular; en otros casos la fantasía del alejamiento de la juventud, difuminando el espejo narcisista, es lo que impide la procreación*. El reflejo más actual que embarga la conciencia social sobre la maternidad es que en nuestros tiempos es demasiado evidente el temor, a veces pánico, que muchas mujeres jóvenes tienen a perder las supervaloradas formas corporales con el primer embarazo. Este fenómeno, sin duda, ha sucedido siempre, salvando el hecho de que la valoración social del ideal del cuerpo femenino cambia con los tiempos.

1.2. PSICOSOMÁTICA

En la sociedad occidental los grandes avances tecnológicos forman parte de lo cotidiano, lo que facilita el gran salto desde el pensamiento animista y mágico hacia un positivismo exacerbado, limitando considerablemente la mediación de lo más característico del ser humano: **el pensamiento y la palabra**. Estamos convencidos de que en esta limitación de la elaboración mental se encuentra la auténtica *sordera de las entrañas* a la que se refiere M. Langer.

Paralelamente a los avances tecnológicos en relación a la reproducción y el consecuente y complejo fenómeno de la fertilidad/infertilidad, surge y va creciendo un nuevo concepto: **la psicosomática**. De reciente aparición, ya que como sustantivo[12] se empieza a utilizar en 1946, esta nueva concepción incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas, con lo cual cuestiona el positivismo reduccionista que caracteriza a la medicina clásica desde finales del siglo XIX.

S. Freud, entre tantas otras aportaciones a la comprensión de los diferentes aspectos del psiquismo humano, planteó las primeras hipótesis de la psicosomática moderna en su escrito sobre "*La afasia*"[13] (1891) y en su

[12] *Psicosomática* como adjetivo lo había empleado el psiquiatra alemán Heinroth, a comienzos del s. XIX, para caracterizar una forma de insomnio.

[13] Freud, S., *Ueber Aphasie*, S.Freud copyrights Lid. 1891.

"*Proyecto de una psicología para neurólogos*"[14] (1895). Aunque abandonó estas teorías calificándolas de prepsicoanalíticas, posteriormente sucumbe a la tentación de sus orígenes teóricos y hace alusiones significativas a la psicosomática, siendo en la relación a "*Las neurosis actuales*" donde despliega una teoría más cercana a esta nueva disciplina. Por tanto, aunque FREUD parezca no demasiado interesado en la Psicosomática como un tipo de funcionamiento psíquico nosológico e independiente del resto de las psicopatologías, es sin duda el auténtico inspirador; porque, incluso antes de descubrir el sentido simbólico de los síntomas histéricos, aportó una explicación en términos económicos del fenómeno de la *conversión*.

Durante una primera etapa de los estudios sobre psicosomática a mediados del siglo XX, se trató a las patologías propias de esta denominación como aquellas afecciones de origen psicológico que producían lesión de órgano, siendo ésta una fórmula que se aplicó históricamente para solucionar la en ocasiones difícil diferenciación con respecto a los fenómenos de conversión.

El movimiento psicosomático, encabezado por P. Marty[15], que hemos elegido como marco teórico-clínico para el desarrollo de este trabajo, parte de dos perspectivas: la del evolucionismo darwiniano en su versión más avanzada de Jackson y la de la indagación freudiana del funcionamiento mental. Los postulados de esta teorización son la unidad esencial del organismo humano y la jerarquización progresiva de todas las funciones que participan en su organización global[16].

Por otra parte, el concepto de psicosomática tal como está descrito en las clasificaciones psiquiátricas al uso en la actualidad (DSM-IV y C.I.E.-10), donde se generaliza el síntoma como un trastorno generado mediante el concurso esencial de factores psicológicos, nos resulta confusa, al no establecer una clara diferenciación entre hipocondría, histeria y psicosomática, en cuanto sus orígenes y causas directas.

---

[14] Freud, S. *Entwurf einer Psychologye*, 1950. Obras Completas, T. I, Madrid, Bliblioteca Nueva, 1983, p.209

[15] Marty, Pierre, (1918-1993) creó, junto a otros ilustres psicoanalistas franceses, la Escuela Psicosomática de París y fundó en 1978 *L'Institut Psychosomatique*, el primer hospital de la especialidad en el mundo dedicado a la atención psicoterapéutica de enfermos psicosomáticos.

[16] Marty, Pierre, "*Psicosomática del Adulto*", Notas históricas (por Hanna Kamieniecki), p. 11, Avellaneda (BA), Amorrortu, 1992.

1.3. INFERTILIDAD Y PSICOSOMÁTICA

Del abanico clasificatorio de infertilidad femenina hay un grupo de mujeres infértiles altamente significativo que se encuadran en el *diagnóstico de infertilidad inexplicada idiopática, criptogenética o esencial.* Es un diagnóstico por exclusión, tras una gama de pruebas médicas imprescindible. Si bien en las estadísticas más recientes oscilan entre el 3% y el 20%, el porcentaje de las mujeres infértiles diagnosticadas como infertilidad inexplicada, uno de los estudios más fiables —por el número y la variedad económico-social de la muestra— es el de la OMS, que establece este diagnóstico afecto al 16 % de las mujeres infértiles[17].

Esta es la pista que abre nuestras expectativas de encontrar una significativa influencia del funcionamiento psíquico de las mujeres para la mayor o menor dificultad en la tarea médica de lograr el embarazo; pero, además consideramos que la proclividad de determinados sujetos a padecer trastornos psicosomáticos puede determinar alteraciones hormonales y el surgimiento de patologías ginecológicas en las mujeres, que, consecuentemente, facilitarán el camino de la disfunción en el campo de la fertilidad.

Belloch y colaboradores, en 1995, utilizan los términos de la Clasificación CIE-9, entre las enfermedades médicas afectadas más frecuentemente por factores psicológicos (consideradas como psicosomáticas), entre otras señala las siguientes:

— del sistema endocrino: … disfunción hipotalámica, anorexia….
— de embarazo, parto y pauperio: hiperemesis gravídica.

Tomas Ford (1987) nombra entre los síntomas conversivos más frecuentes los siguientes:

— cefaleas…,
— dismenorrea, irregularidades menstruales, amenorrea, hipermenorrea, pseudociesis, parto histérico…

Traemos estos ejemplos como muestra de que, en la literatura médica, es bastante recurrente la indiferenciación entre los síntomas conversivos y los psicosomáticos en las alteraciones relacionadas con la infertilidad femenina.

Actualmente es aceptado por la mayoría de los psicosomatólogos la afección psicosomática en el campo de las disfunciones, aunque éstas no

[17] El estudio incluye una muestra de 5.219 sujetos.

sean producto de afectación directa de órgano, basándose en el diagnóstico diferencial del funcionamiento psíquico del paciente. De cómo el psiquismo interactúa con el cuerpo en unidad inseparable escriben M. Videla, R. Savransky y M. Sas, en relación a la infertilidad femenina:

Ya no nos cabe la menor duda de que la infertilidad femenina se fundamenta en hechos físicos, químicos, hormonales y biológicos. El psiquismo se vale de las relaciones funcionales hipotalámico-hipofisiarias, que regulan el equilibrio endocrino y de su influencia sobre las reacciones neurovegetativas, para expresar en el área orgánica su desacuerdo con la fecundación, por motivaciones múltiples. [18]

Quizás por el alto grado de simbolismo que se juega en los elementos que intervienen en la procreación humana y por lo novedoso de la investigación en psicosomática, hasta hace pocos años se ha tratado el tema de infertilidad femenina —desde las teorías psicoanalíticas y próximas a ésta— como un conflicto histérico. En el desarrollo que hacemos del capítulo 5, '*Conversión* versus *trastorno psicosomático*' veremos cómo diferenciar la influencia de lo psíquico en la infertilidad: es decir el trastorno psicosomático propiamente dicho de la aparición de una sintomatología fruto del retorno de lo reprimido, lo que supone un exceso de sentido con una gran dosis de trabajo psíquico, donde el preconsciente del sujeto juega un papel importante.

Sin embargo, partiendo de la clínica psicosomática citada, existen investigaciones actuales[19] que nos alertan sobre la aparición de procesos psicosomáticos, y en concreto el fenómeno de la infertilidad como producto de otro tipo de mecanismos psíquicos, marcados precisamente por el déficit de representaciones, por un empobrecimiento del preconsciente y por la casi ausencia de trabajo psíquico. En estos casos podríamos aplicar la ecuación simbólica que Silvia Túbert establece[20]: *"La palabra es a la fertilidad lo que el silencio es a la infertilidad"*. Silencio — añadiríamos— en el sentido de ausencia o vacío de palabras. Nuestra investigación trata de asentar un poco más, si cabe, el reconocimiento de esta otra alternativa de diagnóstico de la infertilidad femenina que, directamente relacionado con una etiología psicológica, marcaría unas diferencias importantes respecto al diagnóstico de

---

[18] Videla M., Savransky R. y Sas M., *Esterilidad de la pareja*, Buenos Aires, Trieb, 1984, p. 96

[19] — Moreau F., *A partir de la fecundación in vitro*, Ponencia en el Congreso Hispano-Francés de Psicosomática, Toledo 1992.

— Castellano-Maury Eloisa, *Histeria y adenomiosis*, Rev. de Psicoterapia y Psicosomática, núm. 35-36, oct.1997.

[20] Túbert S., Op.cit. p. 110.

conversión histérica y, lo que es más decisivo, una estrategia distinta desde el abordaje psicoterapéutico. Y, por supuesto, esta diferencia podría ser tenida en cuenta a la hora de aplicar nuevas Técnicas de Reproducción Asistida a una mujer infértil, puesto que las dificultades para lograr el embarazo —aún en la aplicación de estas nuevas técnicas— serían más extremas en determinados casos: cuando el funcionamiento psíquico de la paciente está marcado por un déficit considerable en sus procesos mentales[21].

Toda la historia de los tratamientos de la esterilidad es una lucha contra un sentimiento de impotencia médica, desde los rituales más primitivos hasta la creación contemporánea de fecundación artificial y de asistencia a la procreación. Es alrededor de este sentimiento de impotencia donde encontramos un resquicio para introducir nuestras hipótesis sobre la relación entre la esterilidad y la psicosomática. Unas hipótesis, por otra parte, necesarias en la actual carrera sin retorno que se libra contra la esterilidad. Y lo hacemos convencidos de que resultaría un esfuerzo inútil en mayor o menor medida, si se sigue abordando desde la vertiente puramente mecanicista, ignorando todo aquello de los orígenes o de la facilitación de la esterilidad que se juega en el campo del psiquismo del individuo, a través de su juego de representaciones o de la carencia de éstas.

El Dr. José Rallo, en su artículo *Factores psicosomáticos en la infertilidad y esterilidad conyugales*, tras fundamentar la evidencia del factor psicológico en la disfunción que interfiere la maternidad, reafirma la necesidad de diferenciar un diagnóstico de lo psíquico previamente a la intervención ginecológica[22].

Se afirma frecuentemente que la dolorosa angustia de la mujer que no puede tener hijos es consecuencia de su esterilidad. ¿De su esterilidad?, nos preguntamos. ¿No podría ser que este dolor preexista a la pregunta sintomática?: la esterilidad podría ser el testimonio de este sufrimiento. Puesto que la infertilidad tiene la particularidad de retrotraerse sin cesar a los temas conflictivos de la sexualidad y de la filiación, a la diferencia de los otros males psíquicos que, viniendo a llenar todo el campo de las preocupaciones del sujeto, van a colmar o a camuflar estos conflictos. Por tanto, la cuestión no del todo resuelta aún es si este sufrimiento psíquico es consecuencia de la infertilidad o, si, por el contrario, es un factor causal.

---

[21] Nos remitimos a nuestra hipótesis general, cap. 6.

[22] Rallo. J., *"Factores psicosomáticos en la esterilidad e infertilidad conyugales",* Rev. Psicoterapia y Psicosomática, nº 18-19, Madrid oct.1991, pgs. 121-131

Nuestro postulado de salida de este trabajo ha sido el renunciar al abismo habitual —a nuestro humilde entender artificioso y erróneamente fundamentado— que clasifica las esterilidades en dos grupos: las esterilidades orgánicas, donde un mecanismo fisiológico ha podido ser descubierto, y las esterilidades idiopáticas, enigmáticas, sin causa, en las cuales este mecanismo biológico no ha podido ser puesto al día. Como antes, con la histeria, este diagnóstico se alcanza a posteriori y por defecto. Este segundo grupo se refiere a las pacientes con las que el especialista se siente de un modo o de otro sobrepasado por el problema que en teoría tendría que resolver la llamada ciencia médica. La existencia de este grupo parece real pero los autores raramente pueden aportar la prueba formal.

Por ello, de entrada, renunciamos a esta diferenciación y consideramos la esterilidad como un síntoma en sí mismo, inductor de un sufrimiento y de una demanda que motiva la consulta médica, tanto si dicho síntoma está afianzado sobre una patología médica accesible a una terapéutica somática como si no lo está.

A nadie se le escapa que hoy se habla con más propiedad de parejas infértiles y no de mujer infértil, lo que implicaba un lenguaje reducto del pasado. Por este motivo cualquier investigación sobre la infertilidad femenina resultará siempre parcial e incompleta. Y muy probablemente existan tantos argumentos psicopatológicos para iniciar la investigación por el varón, como los que existen para comenzarla desde la mujer.

Varios son los elementos que nos han llevado a dar prioridad a este trabajo sobre la infertilidad femenina, que bien podría ser completado en un futuro inmediato con el de la infertilidad masculina:

— por una parte, las funciones reproductoras femeninas tienen un mayor compromiso cuantitativo de su propio cuerpo con el hecho de la procreación, siendo, por tanto, más proclive a las interferencias psicosomáticas, en atención a la mayor complejidad biológica de su sistema reproductor;
— por otra parte, el concurso de las representaciones inconscientes de la mujer en el desarrollo del proceso engendrador, incluso desde mucho antes de que llegue el momento de acceder a la maternidad, invitan *a priori* a un análisis más rico de la existencia, en exceso o en defecto, de dichas representaciones, así como de la patogenia que pueden generar, respecto al hecho de la esterilidad;
— además, desde la praxis, y al día de hoy, los hombres -mucho más los de generaciones anteriores a las que acceden actualmente a la paternidad— son remisos a consultar sobre sus propias capacidades

en materia de fertilidad, siendo la dinámica de la pareja infértil, lo que les obliga desde la atención médica, cuando se sumergen en la necesaria exploración. Raramente acceden los hombres por sí y para sí a consultar, salvo en los casos de esterilidad orgánica o de impotencia, aunque parece que las costumbres sociales, también sobre este tema están felizmente cambiando. De hecho, más que el deseo del hijo, hay que hablar —en el hombre— del deseo de ser padre, de fundar una familia con hijos, de identificarse rivalizando con su propio padre. En *Moisés y el monoteísmo* Freud señala que la paternidad es un proceso del pensamiento, por oposición a la maternidad, que se identificaría más bien a la experiencia sensorial. El proyecto del hijo —tampoco en el varón— es sinónimo del deseo de hijo.

A partir de estas reflexiones nos parece oportuno diferenciar entre los conceptos de:

— **deseo de hijo**, que preexiste al embarazo y que hemos desarrollado anteriormente: no siempre coincide con el deseo de embarazo. Algunas mujeres desean estar embarazadas sin que esté presente el deseo de hijo, comportando esta aparente contradicción uno de los efectos perversos de la contracepción eficaz. Muchas mujeres jóvenes de nuestra sociedad *reniegan*[23] la actuación de la naturaleza desde la adolescencia, gracias a la contracepción voluntaria. Pero cuando en algunas de ellas, aún deseándolo y/o proyectándolo, no deviene espontáneamente el embarazo que anhelan, atraviesan por un periodo involuntario de infertilidad que las coloca en una situación de inseguridad ante su capacidad reproductiva, que puede transformarse en angustia, incluso con categoría traumática.
— **proyecto de hijo**: es una idea consciente y a menudo clara. En múltiples ocasiones se planifica gracias a la contracepción moderna. Corresponde a los valores y se construye a partir de los ideales de la familia o del grupo social. Se tiene el proyecto de uno o varios hijos porque se quiere ser padre como nuestros padres lo han

[23] En el sentido dinámico de la defensa psíquica de *renegación*: el sujeto rehúsa reconocer la realidad de una percepción. Laplanche, J. Y Pontalis J.B., *Diccionario de Psicoanalísis,* Título original*: Vocabulaire de la Psychanalyse,* Barcelona, Labor, 1983, p. 363.

sido antes que nosotros, pero se proyecta ser padre aceptando los límites que la modernidad nos impone. Se trata de una categoría consciente.

— **necesidad de hijo**: se confunde a menudo con el deseo. La necesidad del hijo se formula como una petición exigente, incluso agresiva en las pacientes de esterilidad. Se trata de mujeres que no pueden procrear fácilmente y de forma armoniosa. La necesidad de un hijo puede convertirse en una obsesión, reflejo de la urgencia que siempre impone una falla narcisista. Se encuentran en estas mujeres expresiones como *si no tengo un hijo, no merece la pena vivir*, o similares. La trasmisión de este sufrimiento crudo, sobre la falta real, de las parejas cuya necesidad de hijo es insoportable puede explicar la extraordinaria inventiva de los médicos al tratar la esterilidad, intentado técnicas innovadoras de procreación artificial. En la necesidad de hijo predomina el *Yo-ideal* sobre el *Ideal-del-yo*[24].

Desde hace ya algunos años, se ha franqueado un paso entre el deseo del hijo, cuestión natural en el seno de una pareja y la aceptación, incluso el éxito mediático, de las prácticas de asistencia médica a la procreación en caso de infertilidad. La mediatización de estas nuevas técnicas fabrica, por otro lado, una nueva realidad en la cual cada uno quiere creer. Nuestra *sociedad del espectáculo*[25] crea así una realidad diferente, halagadora por el éxito de las técnicas y prometedora para el público. Se da una retroalimentación en el binomio médico-paciente, porque este éxito conforta una ideología médica biomecánica, reduciendo la infertilidad a una pura disfunción del aparato reproductor. Esta tendencia, que es paralela a la idea contemporánea de dominio que intenta reducir el azar y los riesgos, es compartida a la vez por los médicos y por los pacientes.

No creemos que exista un perfil psicológico que defina a una mujer o pareja estéril. Al contrario, la esterilidad como síntoma, la esterilidad-sufrimiento, viene a inscribirse en un contexto biográfico singular en cuyo marco toma un particular sentido sin poder adjudicarse el fenómeno a una explicación unívoca, puesto que infiere un compromiso psíquico

[24] Nos remitimos al capítulo 12, anexo III

[25] Expresión de G. Debord

entre un deseo consciente, desear un hijo, y otros deseos inconscientes contradictorios.

Este postulado hace que el síntoma de la esterilidad, incluso si lo redujéramos a infertilidad de tipo psicológico, entre en un campo más amplio que el de la histeria y se abra una vía de diagnóstico individual a partir de los últimos logros en la investigación de los trastornos psicosomáticos.

"Es perdiendo su sombra cuando se le devuelve
a la tierra su deuda de existencia."

(Hugo von Hofmannsthal)

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN: TEORÍAS E INVESTIGACIONES

2.1. PSICOSOMÁTICA

Al revisar la literatura existente sobre la teoría y la clínica psicosomática, hemos constatado un desacuerdo crónico entre las diferentes posiciones teóricas en relación a este concepto básico. Por ello nos ha parecido ineludible intentar enmarcar los distintos postulados teóricos y destacar sus diferencias, para poder centrar nuestro trabajo en unas coordenadas concretas, alejándonos en lo posible de confusos posicionamientos.

Pero cualquier análisis o investigación que realicemos sobre la teoría y la práctica del fenómeno psicosomático nos va a presentar una complejidad difícil de superar, debido a la multiplicidad de disciplinas que intervienen en el asunto y la heterogeneidad de campos implicados.

Por este motivo es fundamental que entendamos que el abordaje de la psicosomática desde la aportación de la psicología deberá ser tenido en cuenta como muy importante pero nunca en clave de exclusividad, en relación a los demás aspectos que interactúan, como son la medicina, la genética, la antropología, la incidencia social, etc.

La expresión *enfermedad psicosomática* fue introducida por Félix Deustsch en 1922, para designar a las enfermedades que S. Freud había denominado *neurosis actuales* o *viscerales* en oposición alas *psiconeurosis*. Las primeras son explicables por la acumulación de tensión psicofísica, mientras

que las últimas son comprensibles por la existencia de conflictos psicológicos inconscientes.

2.1.1. Teorías prefreudianas:

a) PLATÓN decía que un error extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu. Esta postura la retomó y reelaboró el hilomorfismo[1] de ARISTÓTELES, según el cual cuerpo y alma formarían una sola sustancia. Las intuiciones de estos dos pensadores clásicos hubieran podido desarrollar una patología psicosomática, pero los médicos griegos y entre ellos GALENO fueron fieles al naturalismo del *corpus hipocratium* por lo que sólo pudieron ver la enfermedad como un desorden de la naturaleza, quedando las ideas de PLATÓN y ARISTÓTELES como postulados filosóficos.

b) El cristianismo amplió el concepto *hombre* hacia la espiritualidad y la trascendencia. LAÍN ENTRALGO afirma que esta corriente introdujo la espiritualización de la *philantropia*, algo que se había iniciado ya con los médicos alejandrinos. Pero los médicos cristianos, educados en el fiel seguimiento de la medicina de GALENO, aunque ampliaron el modo de tratar al hombre enfermo, no desembocaron en un tipo de enfermedades consideradas psicosomáticas, al seguir elaborando la patografía desde el supuesto de la mera alteración corporal.

c) Un tercer momento fue el cambio desde la *Episteme Aristotélica* al *conocimiento notativo de la Nueva Ciencia*, tarea que se inicia en la Medicina con SYDEHAM. La clara distinción en la medicina medieval de una teoría y una práctica empezó a estar borrosa, al ir preocupándose el médico cada vez más por indagar cuál era la causa de la enfermedad, preocupación que se concreta a partir de la Nueva Ciencia[2]. Pero sucedió que el médico fue siendo cada vez más patólogo y ello modificó no sólo su preocupación por la práctica sino también el modo de entenderla. A partir de ese momento la anamnesis médica se centrará en la búsqueda de los signos de la enfermedad olvidando el lado psicológico, aunque solamente fuera

[1] Teoría escolástica que trata de resolver el problema ontológico postulando dos principios esenciales de cada ser real: la materia y la forma.

[2] Se inicia con la interrelación de una disciplina con las ciencias adyacentes.

como acto terapéutico. Cada vez más, la terapéutica será una práctica sometida a la teoría científica.

2.1.2. FREUD y el Psicoanálisis: Hay que esperar a la obra de Freud y a la creación del movimiento psicoanalítico para que se considere la importancia de los momentos biográficos del paciente y consecuentemente, que los factores psicológicos tomen la categoría de etiopatogénicos en el enfermar.

FREUD y la psicosomática: el fundador de Psicoanálisis se mostró ambivalente y aparentemente indeciso en cuanto a la adjudicación de un papel importante de las causas psíquicas en la formación de los trastornos fisiológicos, que no fuera a través de los fenómenos histéricos. Quizás la sobrevaloración de éstos, que desde el principio constituyeron el tema estrella para él, le impidió un abordaje más decidido del fenómeno psicosomático. Pero también es cierto que la dialéctica crítica, presente en aquellos momentos, con sus colegas médicos no le facilitó precisamente una entrada triunfante en los trastornos psicosomáticos, lo que, sin duda, hubiera añadido un elemento más de fricción a la inercia gremialista de condena de las novísimas aportaciones de FREUD. No obstante hizo incursiones suficientes como para que otros lo desarrollaran, a partir de sus ideas y terminologías. Y hay que considerar mérito suyo la apertura de este campo que tomó auge algunas décadas después, lo que podemos comprobar en algunos de sus escritos, auténticos postulados precursores de la psicosomática:

a) Los afectos pasan a ser con frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso, con alteraciones anatómicas registrables, como de enfermedades de otros tejidos orgánicos: Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos"..."cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas[3].
b) El exceso de excitación interna, como resultado de una sobrestimulación, es un fenómeno disruptivo de la homeostasis del individuo también a nivel corporal: *Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que llamaremos suma de excitación. En todo individuo, para la*

[3] Freud, S. Psicoterapia. Tratamiento por el espíritu (1.905)

conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales y su empequeñecimiento por vías motrices. (1893. AE, 3, pág. 37).

c) En su *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895) postuló explicaciones neuroanatómicas y bioquímicas (somato-físicas) para los fenómenos psicológicos que observaba. Su propósito era equiparar los procesos psíquicos a estados cuantitativamente determinados de partículas materiales específicas. Sin embargo, su interés gradual por el análisis psicológico de los fenómenos ejerció una gran fascinación intelectual sobre él y "el neurólogo Freud fue sustituido por el psicólogo" (Strachey, AE, 14, pág. 158).

d) En *"Estudios sobre la histeria"* (1895), incluso antes de descubrir el significado simbólico de los síntomas en las pacientes histéricas, señala que los síntomas somáticos son el resultado de la transformación de una excitación endógena en una inervación somática. Lo expresa de la siguiente manera:
La suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal (AE, 2, pág. 133)

e) En esa misma época, en la explicación de las *neurosis actuales*, Freud descubre genialmente cómo la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental. Indica que el término "actual" connota la ausencia de la mediación encontrada en la formación sintomal de las psiconeurosis (a modo de condensación o desplazamiento, por ejemplo) y también la falta de la mediación simbólica de la represión.

f) En el *"Manuscrito E"*, apartado "Cómo se origina la angustia" escribe:
Así también en la neurosis de angustia interviene una especie de conversión, igual que en la histeria (nueva similitud entre las mismas), sólo que en la histeria es la excitación psíquica la que adopta una vía falsa, en dirección exclusivamente somática, mientras que en la neurosis de angustia es la tensión física la que se halla impedida de encontrar una descarga psíquica y, en consecuencia, permanece en la vía física.

g) En su escrito de 1.905 *"Psicoterapia (tratamiento del espíritu)"* afirma:

Los procesos de la voluntad y de la atención son así mismo susceptibles de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un gran papel como estimulantes o inhibidores de enfermedades orgánicas... Al considerar los dolores, que por lo común se incluyen entre las manifestaciones somáticas, siempre debe tenerse en cuenta su estrechísima dependencia de las condiciones anímicas.

h) En 1910, en el artículo *El trastorno psicógeno de la visión en la concepción psicoanalítica* encontramos un posicionamiento respecto a la que después sería la Psicosomática, cuando afirma:
El psicoanálisis no olvida que lo anímico reposa sobre lo orgánico... Cuando un órgano que sirve a ambas pulsiones (sexual y del yo) intensifica su función erógena, son de esperar en general modificaciones de la excitabilidad y de la inervación que se manifestarán como trastorno la función del órgano al servicio del yo.
Esta nos parece la más nítida aproximación a la concepción actual de los mecanismos psíquicos de la psicosomática, en tanto en cuanto integra lo psíquico y lo orgánico y en tanto en cuanto resalta el exceso de excitación pulsional como generador o facilitador de disfunciones de órgano, que previsiblemente deberían estar al servicio del yo, pero que, a causa de la interferencia "sobreexcitación" dejan de cumplir su cometido.

i) Los escritos de *La Afasia, Proyecto de una psicología para neurólogos, Las neurosis actuales.*

j) También en sus Conferencias de introducción al psicoanálisis en 1916-1917, revelaba una relación implícita entre el lugar que daba a las neurosis actuales y el estatuto del narcisismo en su teoría de la libido:
No me extrañaré si un día me entero -dice en su "Conferencia XXVI: Teoría de la libido y el narcisismo"— *que el poder patógeno constituye efectivamente un privilegio de las tendencias libidinales y que la teoría de la libido triunfa, tanto a lo largo de las más simples neurosis actuales, como de la alienación psicótica más grave del individuo*.

k) José RALLO, Francisco MARTÍ y J. Carlos MINGOTE hacen un interesante recorrido por los distintos escritos en los que S. FREUD

refleja su actitud ante la medicina psicosomática, culminando con los procesos psicosomáticos en la propia persona de FREUD[4].

2.1.3. Ludolf VON KREHL, de la *escuela de Heidelberg*, en Alemania, se ocupa desde los años veinte de los componentes psicogénicos de las enfermedades orgánicas. En la atención al herido o enfermo en el frente de batalla, lejos de los medios técnicos diagnósticos y ante la urgencia de atender al enfermo con la máxima eficacia posible, dirige su actitud hacia la "persona" del enfermo no a su mero organismo. Hacia su existencia experimentadora, sufridora y superadora de la dolencia.

2.1.4. ALEXANDER y la teoría de especificidad de los conflictos: La escuela de Chicago, con DUNBAR y ALEXANDER como grandes exponentes, cuyo rasgo más destacado es el intento de relacionar distintos cuadros clínicos con ciertos perfiles psicológicos.

Los autores de la escuela de Chicago se encargaron inicialmente de apartar la atención del problema histérico conversivo y empezaron a centrarse en las alteraciones de los órganos del sistema vegetativo como verdaderas enfermedades psicosomáticas que equipararon con una serie de perfiles de personalidad y conflictos psicológicos específicos. Este movimiento realizó las primeras investigaciones sistemáticas en este campo, partiendo de una transposición del fenómeno de la conversión al de la patología de los órganos ("neurosis de órgano"). La polémica inicial de si la conversión histérica sucede tan solo en el marco de actuación del sistema nervioso central o acontece además en el sistema vegetativo fue resuelta a favor de lo que defendía ALEXANDER, es decir, que la musculatura de inervación voluntaria sería asiento de síntomas de conversión de tipo histérico mientras que el sistema visceral neurovegetativo sería la sede de las enfermedades psicosomáticas.

2.1.5. En 1945, James HALLIDAY definió la enfermedad psicosomática como *"un trastorno corporal cuya naturaleza sólo puede ser entendida si se tienen en cuenta la concurrencia de alteraciones emocionales y físicas"*. Señaló seis características de las enfermedades psicosomáticas:

a) Presencia de un factor precipitante emocional (acontecimiento vital estresante).

---

[4] RALLO, J., MARTÍ, F., MINGOTE, J.C., *"Freud y la medicina psicosomática",* Rev. de psicoterapia y psicosomática nº 23-24, Madrid, 1.993, p. 109-115.

b) Tipo de personalidad vulnerable.
c) Diferente razón sexual (mayor incidencia en mujeres que en hombres).
d) Frecuente asociación de varias enfermedades psicosomáticas.
e) Antecedentes familiares positivos para ellas.
f) Manifestaciones fásicas relacionadas cronológica-mente con situaciones estresantes.

Para Halliday, el concepto de enfermedad picosomática constituye una categoría etiológica unificadora que permite agrupar diferentes enfermedades y que proporciona un nuevo modelo de pensamiento, de investigación y de tratamiento. El problema radica en la falta o insuficiencia de instrumentos adecuados de evaluación clínica, psicopatológica y neurobiológica de estas alteraciones.

2.1.6. P. E. SIFNEOS y el constructo de alexitimia: Íntimamente unido al desarrollo de las teorías psicosomáticas del presente siglo está la irrupción de concepto alexitimia y su aplicación —a veces excesivaa los pacientes con este tipo de trastornos: una de las importantes consecuencias de las observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicosomáticas clásicas fue la aparición del constructo alexitimia. Hemos visto que para teóricos del psicoanálisis como ALEXANDER o DUNBAR, cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático. A principios de los años cincuenta, HORNEY informó de sus experiencias con un tipo de pacientes propensos a desarrollar síntomas psicosomáticos, que calificó como difíciles al abordaje psicoanalítico por su falta de *conciencia emocional*, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

SIFNEOS acuñó el término griego alexitimia (que significa etimológicamente *sin palabras para los sentimientos*) para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicosomáticos en la consulta. Aunque este autor no creó un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organizó en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicosomáticos[5].

[5] Lo hizo público en un congreso de psicosomática, en 1.972, celebrado en Inglaterra.

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos. TAYLOR y cols., basándose en otras revisiones, resumen las características alexitímicas más sobresalientes:

a) Dificultad en identificar y describir sentimientos.
b) Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
c) Proceso imaginario empobrecido, evidenciado por la escasez de fantasías.
d) Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Estas características de la presentación clínica han sido subrayadas repetidamente hasta la actualidad por numerosos investigadores de diferentes orientaciones con sorprendente unanimidad de criterios.

2.1.7. FERENCZI y WINNICOTT: La idea de *disociación psicosomática* tiene sus raíces en el *Spaltung* freudiano, pero fundamentalmente se origina en las ideas de FERENCZI, retomadas por WINNICOTT. Enfatiza que la vivencia afectiva y vincular normalmente ocurre en *psiquis* y *soma* simultánea y sincrónicamente, y trata de comprender el fenómeno psicosomático a partir de los distintos mecanismos disociadores de esta integridad. Frecuentemente los autores que proponen este tipo de teorización otorgan al concepto de *trauma*, como elemento disociador, un lugar relevante en su compendio conceptual sobre la psicosomática.

2.1.8. Pedro LAÍN ENTRALGO: Ha caracterizado a su antropología de "científico-metafísica". Muchas de sus conclusiones están basadas en un estudio de la historia de la medicina y la filosofía. Toma como punto de partida al filósofo Xavier ZUBIRI. El hombre es sustantividad esencialmente psicoorgánica. La historia de la medicina da razón histórica al momento presente de la ciencia médica. El hombre es de *modalidad enfermable.*

2.1.9. GARMA y su teoría sobre la elección de órgano: En la escuela Argentina su pionero y principal mentor es Ángel GARMA. También destacan Arnaldo RASCOVSKY, con un trabajo interesante de 1946 -*"Interpretación psicodinámica de la función tiroidea"*-, y toda otra serie de autores que les siguieron a lo largo de los años hasta cuajar como institución en el Instituto Psicosomático de Buenos Aires, que sigue funcionando en la actualidad.

Podríamos decir que, al menos en sus comienzos, estos autores entendían el síntoma psicosomático al modo de la histeria.

Las interpretaciones que GARMA da a la úlcera, emanan de FREUD.

Las interpretaciones de GARMA no están dirigidas a la etiología del síntoma, sino al significado que ulteriormente se le da y que asociativamente tiene que ver con el conflicto originario con la madre. Trabajar en este conflicto tiene un efecto benéfico sobre la economía psíquica del paciente y consecuentemente sobre las tensiones que están en el origen de la úlcera. Por eso suelen producir una mejoría en el paciente.

2.1.10. ROF CARBALLO: Retoma el modelo psicobiosocial que propone G.L. ENGEL para la medicina psicosomática y, con sus obras *"Patología psicosomática"* (1.955) y *"Teoría y práctica psico-somática"* (1.984), da un aldabonazo a la más fiel corriente defensora de la integración entre lo biológico y lo psicológico.

2.1.11. BION: A partir de su teoría de las funciones de la personalidad, particularmente desde su postulado teórico de la *función alfa*, plantea una aproximación a lo que P. MARTY definirá como *pensamiento operatorio*. Considera a los pensamientos como genética y epistemo-lógicamente previos a la capacidad de pensar: *"En las etapas más tempranas del desarrollo, los pensamientos no son más que impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas (protopensamientos) relacionadas con la experiencia concreta de 'una cosa en sí misma' "*

Y desde una perspectiva vincular, entiende la psicosomática como una falla en los procesos mentales y ubica esta falla en la traducción que necesariamente ha de darse en el pasaje por el otro -la función *reverie* de la madre-. De este modo, lo que se manifiesta como fenómeno somático es aquello que excede, por no poder acceder al proceso de psicologización.

2.1.12. H. SEYLE y el *"stress"* (1950-60): A partir de los cambios que se producían en distintos órganos por acción de substancias liberadas por la suprarrenal, descubrió el síndrome general de adaptación. Este conjunto de síntomas y signos describía lo que ocurría en organismos que tenían que sostener una lucha, que, si se prologaba en un máximo de alerta, desembocaba en la Enfermedad General de Adaptación.

En 1956, en el II Congreso Iberoamericano de Medicina en Buenos Aires, SEYLE plantea un panorama general de la etiopatogenia de las enfermedades de adaptación.

A partir de la guerra de Corea, en los grandes hospitales se comenzó a valorar en ciertas corrientes médicas el papel psicológico en la etiología, modulación y pronóstico de las enfermedades orgánicas. En aquellos momentos, para muchos autores, la teoría de SEYLE, en cuanto a las consecuencias de estímulos excesivos y negativos, fue uno de los primeros intentos dentro del campo médico de la integración psique-soma.

2.1.13. PIERRE MARTY: Tenemos la línea representada por la Escuela de París, iniciada por P. MARTY, M. FAIN, M. De M'UZAN Y C. DAVID, como pioneros, a los que han seguido otros muchos autores, gran parte de ellos congregados en torno al IPSO. Esta escuela rompe el molde preexistente y entiende el enfermar somático como la consecuencia de una conjunción de factores de orden genético, ambiental, hábitos de vida y también de fallos estructurales del aparato psíquico en su trabajo de mentalización[6].

P. MARTY desarrolla su teoría de la enfermedad psicosomática a partir de fundamentos psicoanalíticos; basándose en un amplio concepto de la economía psicosomática, incluye la economía psíquica y la evolución somática del individuo. Todo ello partiendo de una posición evolucionista. Entiende el concepto de traumatismo en un sentido más amplio de lo habitual, como disruptivo del afecto, cargado de excitación, que incide como factor desestabilizador y desorganizador en el proceso mental. *(Los acontecimientos y las situaciones que se nos presentan, más o menos importantes en apariencia, tocan nuestra afectividad y desencadenan estas excitaciones que conviene descargar o eliminar)*[7]

2.1.14. JEAMMET y la integración: Intenta acabar con el dualismo psique-soma, poniendo de manifiesto que el ser humano es psicosomático por definición y que la enfermedad ha de ser considerada como producto de esa interacción de múltiples factores, que siempre implican aspectos psicológicos y somáticos.

En 1982 definió el trastorno psicosomático: *"Se acepta como psicosomático a todo trastorno somático que comporta en su determinismo un factor psicológico que interviene, no de una manera contingente como pudiera*

---

[6] Trataremos extensamente la teoría psicosomática de P. Marty en el capítulo *4.— Fundamentos teóricos.*

[7] MARTY, P., *Mentalisation et Psychosomatique,* París 1991, Laboratores Delagrange, 1991, pag. 53, colección "Les empêcheurs de penser en rond".

ocurrir en cualquier afección, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad"[8]

2.1.15. Henry EY (1984): Para este autor la medicina psicosomática no es una parte de la medicina, sino que pretende y debe ser una nueva concepción de la medicina, a partir de la cual se considera la enfermedad desde una perspectiva multicausal y con interconexiones entre diversos factores.

2.1.16. LIPOWSKI (1986)[9]: En la siguiente tabla se esquematizan los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden afectar al estado físico, según el modelo de Lipowski. En el primer apartado se reúnen la mayoría de los factores, tradicionalmente registrados dentro del campo de la medicina psicosomática[10].

Factores psicológicos que afectan al estado físico
1. Psicofisiológicos. 1.1. Reacciones fisiológicas a variables psicológicas. 1.2. Mecanismos biológicos reguladores asociados en variables psicológicas y conductuales: psiconeuroendocrinología, psiconeuroinmunología, psicofisiología cardiovascular. **2.** Efectos de las enfermedades mentales concurrentes sobre el curso y evolución de las enfermedades médicas. **3.** Factores conductuales de riesgo para enfermar: — Variables de personalidad. — Conductas adictivas — Conductas de riesgo (accidentes, secuelas) — Conductas violentas. — Seguimiento inadecuado de las prescripciones médicas — Situaciones vitales estresantes.

[8] Hernanáez y Carrascal, 2000.

[9] Lipowski Z.J. "Psychosomatic Medicine: past and present III: current research" Canadian Journal Psychiatry 1986, 31: 14-21.

[10] Mingote Adán, J.C. (compilador) *Factores psicológicos que afectan a la salud.*

En el punto nº 2 se recogen los efectos de los distintos trastornos mentales sobre el curso de las enfermedades médicas. La sección tercera incluye los principales factores conductuales de riesgo para una variedad de enfermedades conductuales, como los cambios vasculares, el cáncer y el SIDA.

Según Lipowski, los postulados básicos del enfoque psicosomático en medicina son:

a) La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre los dos.
b) Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico pueden repercutir en todos los demás niveles.
c) El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
d) Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
e) La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y la eficacia del tratamiento.

2.1.17. VAN DE LOO (1993): Considera a la medicina psicosomática un sistema que consta de diferentes subsistemas (factores psicológicos, sociales y físicos), los cuales están jerárquicamente organizados, y donde los subsistemas inferiores están integrados con los subsistemas más superiores, formando una unidad compleja, de tal manera que se podría decir que el todo es más que la suma de las partes.

2.1.18. D'ALVIA y el narcisismo: Rodolfo D'ALVIA en un desarrollo próximo a P. MARTY implica a al narcisismo, a la historia evolutiva del sujeto inmerso en la especie a la que pertenece y a la economía psíquica en el devenir de los trastornos psicosomáticos. Y para desarrollar su argumentación establece tres áreas que interrelacionan en el funcionamiento psicosomático: el área de la mente, área del mundo externo y área del cuerpo[11].

[11] D'Alvia, R., *"Narcisismo, patología de riesgo y enfermedad somática"*, Rev. de psicosomática y psicoterapia, nº 23-24, Madrid 1993, p. 121-129.

2.2. INFERTILIDAD

2.2.1. FREUD y la infertilidad: Se puede apreciar cómo Freud en todas las referencias que hace al problema de la esterilidad en la mujer lo cataloga como un síntoma histérico, inscrito en las neurosis de angustia, provocadas en la mayoría de los casos por la culpa del deseo y/o por la seducción en épocas infantiles por parte de una figura paterna.

a) Si bien, en sus *Estudios sobre la histeria*, de 1895, FREUD apunta, sin llegar a desarrollarlas, ciertas connotaciones psicosomáticas que van más allá de los fenómenos histéricos. En el *Caso de Elisabeth von R*., al abordar la génesis de la histeria de conversión, dice: "*El hecho de que la hiperalgesia se presentara principalmente en los músculos nos daba también que pensar*".
b) Para explicar las disfunciones sexuales y reproductoras de la mujer en su momento histórico, Freud parte de la moral sexual imperante como desencadenante del mecanismo de defensa de represión y lo hace en su artículo *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. Establece tres estadios para referirse al malestar de la mujer en la cultura.
    — Estadío de libertad integral de la actividad sexual.
    — Estadío de represión del conjunto de las pulsiones sexuales con excepción de lo que concierne a la reproducción.
    — Estadío en que la reproducción es autorizada como pulsión sexual[12].
c) En esta misma línea, se pregunta FREUD si no estaría relacionado el nacimiento ilegítimo de Leonardo con la esterilidad de Donna Albiera, su primera madrastra[13].
d) FREUD escribe de pasada sobre el tema de la esterilidad como un síntoma histérico al referirse a *Los sueños sobre la muerte de personas queridas*[14] en alusión a la relación de identificación de Shakespeare con su propio personaje Hamlet.

---

[12] Túbert, S., *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria,* Madrid, Ed. El Arquero, 1988, pág. 161

[13] Freud, S., *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*. Cap. IV (1910), Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972, p.1603

[14] Freud, S., *Interpretación de los sueños* (1988), cap. V, apdo. f). Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, T. II,1983, p. 509.

e) También en referencia a la otra gran tragedia Shakesperiana[15], trata la esterilidad de lady Macbeth como fruto de la maldición que "*las hermanas del destino"* en su conjuro establecieron como el castigo infringido a Macbeth, castigo basado en la "ley del talión".
f) Al escribir sobre Moisés[16], resumiendo la técnica de Galton sobre el mito del héroe, dice que
"El héroe es hijo de ilustrísimos padres, casi siempre hijo de reyes…. Su concepción es precedida por dificultades, como la abstinencia, la esterilidad prolongadas o las relaciones secretas de los padres, debidas a prohibiciones y otros obstáculos exteriores".
g) En sus conclusiones sobre las neurosis de angustia[17] escribe sobre la prevención de las neurosis y sobre las consecuencias de la no profilaxis de éstas, entre las cuales estaría la histeroneurastenia en la mujer con blenorragia y esterilidad.
h) En "*El manuscrito A*"[18] continúa refiriéndose a las neurosis de angustia y a tratar como un problema histérico los casos de mujeres estériles, entre otros.
i) En la carta 52 a Fliess[19] resume en un esquema el funcionamiento psíquico en la relación de generaciones, respecto a la seducción de un adulto sobre una niña y la esterilidad como consecuencia:
   — 1ª generación (seductor): perversión
   — 2ª generación (seducida): histeria y, en consecuencia, esterilidad.

2.2.2. Marie LANGER[20]: LANGER —de la escuela kleiniana— habla de cómo la ambivalencia es determinante en la infertilidad femenina y dice que la niña desea y odia al mismo tiempo al objeto, por lo que desea poseerlo y destruirlo. Marie Langer en su libro *"Maternidad y sexo"* (1988) propone dos

---

[15] Freud, S., *Los que fracasan al triunfar* (1916)

[16] Freud, S., *Moisés y la Religión monoteísta* (1934), cap. I, Obras Completas, 1975 T. IX, p. 3442

[17] Freud, S., *Manuscrito B: etiología de las neurosis*; cap. II (1893), Obras completas, T. IX, Madrid, Biblioteca Nueva, 1975, p.3477

[18] Freud, S., *Manuscrito A. Problemas* (1.897), Obras completas, T.IX, Madrid, Biblioteca Nueva, 1975, p.3476

[19] Freud, S. Manuscrito K, *Carta*, 52 (6-12-1896),Obras Completas, T. IX, Madrid, Biblioteca Nueva 1975, p.3555

[20] Langer, M. *Maternidad y Sexo*

cuestiones: la primera es que los conflictos inconscientes con la maternidad influyen en la elección marital, y por lo tanto perturba la posibilidad de concebir o de llevar a término un embarazo. Y la segunda es que las angustias intensas o crónicas influyen seriamente sobre la fertilidad femenina.

2.2.3. Helene DEUTSCH[21]: Concreta su idea sobre la interrelación entre esterilidad y aspectos psíquicos en estas líneas:

"La esterilidad denominada psicógena, como trastorno funcional, ha sido estudiado por modernos métodos de investigación como de origen neurohormonal, sin embargo es muy notable que el síntoma de esterilidad persista frecuentemente a pesar del tratamiento de la alteración hormonal, pues seguramente éste continúa siendo sostenido por energías psíquicas"

2.2.4. El Dr. Karl Julius ANSELMINO: ANSELMINO (también citado por Langer) en su libro *"Embarazo logrado después de una esterilidad no tratada y de larga duración"* (1947), en base a su experiencia práctica y entrevistas de historiales clínicos, concluye que la mayoría de mujeres provenía de familias neuróticas y conflictivas, además en la vida marital podían apreciarse también estado de tensión, como podían ser conflictos de pareja, dificultades económicas, mujer desempeñando trabajo muy exhaustivo, etc.

2.2.5. Dinora PINES: Así mismo, en Inglaterra, D. Pines planteó en diversos informes que *"si bien existía un fuerte impulso biológico a reproducirse, también podía existir ambivalencia. La relación entre la madre y la hija era un factor importante que afectaba la respuesta de una mujer a su impulso biológico... Los hombres y las mujeres con una historia de relaciones tempranas difíciles con su madre eran particularmente vulnerables a sufrir un menoscabo de la autoestima, cuando debían enfrentar su propia fertilidad"*[22], lo cual coincide en esencia con el planteamiento de Joan Raphael-Leff (1995).

---

[21] Deutsch, Helene, *La psicología de la mujer*, Tomo II, Buenos Aires, Losada, 1970.

[22] Pines, Dinora, *"Infertilidad, bubrogancia y las nuevas técnicas reproductivas. Perspectivas psicoanalíticas",* Revista de Psicoanálisis, APA. 52 (3), Estados Unidos, 1995. pp: 936 — 942.

2.2.6. Mailing MENDIZÁBAL: En México, M. Mendizábal propone la infertilidad como un trastorno de la feminidad, debido a trastornos tempranos en el vínculo con la madre[23].

2.2.7. Cathie SILVESTER: En su trabajo *La vie, en ce jardin*[24] nos dice que la fecundidad, y su negativo la infertilidad, se sitúan en una encrucijada: por una parte entre diversas disciplinas y por otra entre lo individual y lo colectivo. Las dificultades en el éxito de la concepción se sitúa también entre una encrucijada de dos temporalidades:

— el presente de una infertilidad insistente y repetitiva, con el distanciamiento de los ciclos y sus recaídas en la desesperanza,
— el pasado de una historia singular con sus determinaciones particulares, con sus significantes propios referidos a una sucesión de generaciones.

2.2.8. Silvia TÚBERT: S. TÚBERT publicó en 1.991 su libro *Mujeres sin sombra [maternidad y tecnología],* en el que desarrolla un acople muy interesante del problema de la infertilidad como un proceso que se desarrolla simultáneamente en el plano corporal y en el simbólico, donde inscribe a la mujer en la sucesión de generaciones. Y se plantea una reflexión sobre la influencia que las nuevas técnicas de reproducción ejercen en una supuesta normalización ante las disfunciones reproductoras. Se pregunta —con Freud*"si no estaremos convirtiendo la ciencia en una nueva ilusión sustitutoria de las ilusiones religiosas"*.

2.3. INVESTIGACIONES

2.3.1. Fuentes: Para acceder al mayor número posible de investigaciones hemos consultado a través de los siguientes medios:

— BASE DE DATOS "MEDLINE"
— Base de Datos PSYCLIT
— Base de datos TESEO (del Ministerio de Cultura y Universidades): Tesis de todas las universidades de España.

---

[23] Mendizábal, M., *"Infertilidad, feminidad y transferencia",* en *Feminidad y Masculinidad,* Vol. 3 FEPAL, 1994, pp: 402 — 408.

[24] Silvestre, Cathie, *La vie, en ce jardin*, Rev. Topique, núm. 43, 1989.

— Base de datos Centro de Bibliotecas de Universidades Catalanas
— Base de Datos del Colegio Oficial de psicólogos PSICODOC
— Revista Psychosomatic Medicine
— Revista Aperturas
— Revista Psicoterapia y Psicosomática
— Revista Francesa de Psicoanálisis
— Revista Francesa de Psicosomática
— Revista Iberoamericana de fertilidad
— Revista Actualidad Psicológica
— Revista del Instituto de Estudios de Psicosomática y Psicoterapia Médica.
— Base de datos American Pychoanalytic Association (PSICOMUNDO)

2.3.2. K. J. ANSELMINO: M. Langer hace referencia a cómo el doctor ANSELMINO[25], médico de una gran clínica de obstetricia, averiguaba de cada paciente si había pasado por periodos largos de esterilidad. En los casos afirmativos hacía una anamnesis somática y psicológica minuciosa, para establecer los factores causantes de esa esterilidad. En sus casos clínicos de tratamientos de mujeres con problemas de esterilidad temporal relata un funcionamiento psíquico de tipo histérico de estas pacientes. Basa la disfunción en los sentimientos de rivalidad con la madre y de culpa, como una forma de desplazamiento del conflicto hacia sí mismas[26]. Por tanto, su dificultad para llevar a término el embarazo tiene que ver con la angustia que genera sus conflictos y no con un funcionamiento psíquico deficitario en su bagaje de representaciones.

Esta es la infertilidad, de origen psicológico más susceptible de ser reversible, puesto que un tratamiento psicológico adecuado, o un cambio significativo en su vida relacional pueden facilitar la superación de sus sentimientos de culpa y por tanto de su angustia, lo que dejaría limpio el camino para un posible embarazo exitoso.

2.3.3. FREYBERGER: Introdujo el término *alexitimia secundaria* a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, en trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante sus procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los

[25] Langer, M., op. cit. p.135

[26] Langer, M., op.cit., p.137-152

aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos. En general podríamos decir que sufren un deterioro temporal en sus funciones cognitivas y afectivas. En realidad nos parece un concepto similar al *pensamiento operatorio* de MARTY.

2.3.4. LEWIN: Más al hilo de nuestra investigación está la referencia que M. LANGER hace a LEWIN que, en *Sugestions for the psychological study of sterility in women,* insiste en la necesidad de investigar las causas psicológicas de la esterilidad; y la misma autora cita a ROBBINS, para distinguir en el plano psicológico y psicosomático dos tipos de mujeres estériles:

"La mujer infantil y la masculina, de carácter dominante, criterio que concuerda con el del endocrinólogo Marañón —continúa LANGER-. Ambas padecen de insuficiencia ovárica, teniendo como base la primera una hipoplasia primitiva de la hipófisis y la segunda una hiperfunción de los parénquimas endocrinos virilógenos, que conduce un proceso de luteinización del ovario"[27].

2.3.5. Therese BENEDEK Y RUBENSTEIN[28]: Iniciaron la búsqueda de una formulación de las leyes que gobiernan las respuestas de la mujer a las fluctuaciones de sus hormonas, durante el ciclo sexual e hicieron una correlación ovárica y los procesos psicodinámicos que motivan la conducta sexual, usando el método de frotis vaginal y temperatura basal.

2.3.6. Eloisa CASTELLANO-MAURY[29]: En su trabajo *Histeria y adenomiosis* concluye:

"No son los casos clínicos los que faltan, pero nuestras conclusiones son todavía prematuras. Sólo diré que la aplicación a algunas de estas pacientes de la Clasificación Psicosomática de Pierre Marty nos ha aclarado muchos puntos oscuros. Son observaciones finales a la presentación de una investigación, a través de la cual se trata de demostrar las coincidencias y las diferencias que se observan entre pacientes —mujeres con adenomiosis— que presentan un funcionamiento psíquico de tipo operatorio y las que reflejan una organización histérica".

---

[27] Langer, M., op.cit., p. 155.

[28] Videla, M., op.cit. pág. 98: Therese Benedec y Rubenstein, *"Some emotional factors in infertility"*, Psicología Médica, nº 5, 1953

[29] Castellano-Maury, E., *"Histeria y adenomiosis"*, Rev. Psicoterapia y Psicosomática, núm. 35/36, oct.1997, pág. 23.

2.3.7. Françoise MOREAU[30]: F. MOREAU y cols. llevaron a cabo una investigación con 18 pacientes con patología tubárica, en el Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, a partir de la siguiente hipótesis: *"Cuando la mentalización31 es mejor, mejores son las posibilidades de ovulación, fecundación, anidación y, por tanto de embarazo"*. Utilizaron como instrumento predictor la *Clasificación Psicosomática de Pierre Marty*. Aunque, como ellos resaltan, los resultados son más bien orientativos, dado el bajo número de sujetos que componía la muestra, es cierto que los resultados estadísticos fueron significativos.

2.3.8. Pedro PÉREZ: *La no-palabra, modulación de las emociones y ambigüedad*[32]: P. PÉREZ realizó un estudio con una muestra inicial de 153 pacientes psicosomáticos y, utilizando el Rorschach como instrumento de medida, comprobó que estos pacientes tienen un funcionamiento mental pobre en representaciones y en asociaciones.

2.3.9. J. Ingelmo FERNÁNDEZ: "*Factores psicológicos como determinantes de la esterilidad femenina primaria*"[33]. J. I. FERNÁNDEZ realiza su tesis doctoral investigando las diferencias en los criterios para el diagnóstico de la esterilidad psicosomática femenina. Presenta una muestra de 63 mujeres diagnosticadas de esterilidad primaria de más de dos años de duración y utiliza como instrumentos de evaluación entrevistas y tests proyectivos (Rorschach, T.A.T. y Figure Drawing Test).

Concluye que se pueden establecer dos formas básicas de esterilidad femenina psicosomática: la esterilidad que aparece en mujeres cuyo funcionamiento mental es de índole psicótica y la esterilidad que aparece en

---

[30] Moreau, F., *A partir de la fecundación in vitro,* Toledo, Congreso hispano francés de Psicosomática, 1992.

[31] Pierre Marty se refiere al concepto *mentalización* como el grado de riqueza de las representaciones mentales, lo cual tiene que ver con la cantidad y la calidad de éstas.

[32] Pérez, P., *La no-palabra, la modulación de las emociones y la ambigüedad*, presentado en III Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XI Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P., S. Miguel de Tucumán (Argentina, 9/9/99)

[33] Fernández, J. I., *Factores psicológicos como determinantes de la esterilidad femenina primaria*, Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, 1981.

mujeres cuyas pautas vinculares son de tipo neurótico. Establece estas conclusiones a partir de criterios tanto clínicos como dinámicos[34].

2.3.10. Francisco Javier DÍAS SILES: "*Características psicológicas en mujeres con opso-amenorea según el trastorno endocrino"35*. F. J. DÍAZ SILES realiza una Tesis Doctoral con una muestra de 172 mujeres que presentan esta alteración ginecológica.

Se relacionan los resultados del *Cuestionario Ginecológico, el T.A.T. de Murray, y anamnesis biográfica*, con las variables de *estado civil y actividad sexual, trastorno menstrual y tipo endocrino*. Además se comparan con los resultados obtenidos en un grupo de mujeres bien regladas y con fertilidad probada.

De la relación establecida entre estos parámetros el autor concluye:

— Las mujeres con amenorreas secundarias presentan una mayor inestabilidad psíquica y emocional.
— Las mujeres con hiperprolactinemias son el grupo que presenta una mayor alteración de tipo psicológico.
— La etiología de estos trastornos menstruales es de origen multifactorial.
— Algunos factores psicológicos son causa del trastorno menstrual y otros son consecuencia de este trastorno.

2.3.11. DANIEL M. CHAMPAGNE: *"Psiconeuroendocrinología de la infertilidad"36,* del psicólogo D. M. CHAMPAGNE: citando a SANDÍN, dice que

«Existe suficiente evidencia de que los estímulos y procesos psicológicos (...) puedan actuar sobre la actividad hormonal y modificarla sustancialmente « (1 p.13). ¿Cómo de «sustancial» es este cambio? Las investigaciones no sólo muestran que los niveles pueden caer fuera del rango normal, sino que en algunos casos puede producirse la práctica desaparición de ciertas

---

[34] En el capítulo 11.— DISCUSIÓN, retomaremos estas conclusiones y estableceremos un paralelismo con las obtenidas en la presente investigación, discriminando aquellos aspectos en los que disentimos.

[35] Díaz Siles, F. J., *Características psicológicas en mujeres con opso-amenorrea según el trastorno endocrino,* Tesis Doctoral, Universidad de Granada, 1.987.

[36] Champagne, D. M. *"Psiconeuroendocrinología de la infertilidad",* Rev. Soc. española de fertilidad, Año 10— Vol. 4.

sustancias por la acción del estrés. Estos cambios drásticos no son locales, sino que se difunden por todo el sistema endocrino y por todo el sistema nervioso. ... Con todo esto, se pone de manifiesto que cualquier efecto hormonal puede tener consecuencias directas e indirectas sobre una multitud de órganos, funciones, actitudes y emociones".

Elabora una lista —ayudándose de otra anterior de SANDÍN— de los síntomas psicológicos con relevancia para la infertilidad: Ansiedad, tensión, irritabilidad, hostilidad, nerviosismo, depresión, confusión, labilidad emocional, insomnio, inquietud psicomotora, hiperactividad, excitabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, deterioro cognitivo, lentitud mental y verbal, letargo, indiferencia, apatía, paranoia, cambios de personalidad, síntomas de esquizofrenia, pérdida de la libido (especialmente en hipopituitarismo, acromegalia (GH elevada), y con andrógenos reducidos), disfunciones sexuales (especialmente en hiperprolacti-nemia).

Las hormonas están sin duda —afirma— implicadas en la activación, inhibición o modulación de mecanismos centrales del sistema nervioso relacionados con patrones de conducta y emociones específicas: así, el cortisol elevado causa una deficiencia de progesterona y estradiol, hormonas esenciales para la procreación. Por otro lado, una retroalimentación negativa impedida del cortisol puede causar un exceso de testosterona, progesterona y/o estrógenos, con lo cual forma un fundamento para trastornos de la menstruación.

Esta revisión se orienta sobre el estrés sufrido anterior al momento en que uno se da cuenta de que hay problemas con la fertilidad. El estrés produce cambios endocrinos diversos y significativos, que a su vez pueden afectar a la fertilidad de la persona o de la pareja. Son especialmente relevantes para la fertilidad, los cambios producidos en los niveles de sustancias suprarrenales y en sustancias gonadotropas que pueden provocar tanto una merma parcial o total de la producción de hormonas esenciales para la ovulación o la concepción, como unos desfases hormonales que pueden causar abortos tempranos recurrentes u otras causas de infertilidad efectiva.

2.3.12. Monique BYDLOWSKI: En su escrito recopilatorio —*La deuda de la vida (La dette de vie)*— relata su experiencia clínica, de incalculable valor terapéutico, en el Servicio de Obstetricia del hospital de Clamart[37]. En este servicio, que atiende a mujeres con problemas de fertilidad, realizan un seguimiento individualizado integrando el trabajo del psicoanalista y el del

[37] Bydlowski, M., *La dette de vie,* 2ª ed. 1998, Presses Universitaires de France, Paris.

ginecólogo. Hacen un acople entre la intervención médica y la escucha del psicólogo.

2.3.13. J. MORAL DE LA RUBIA: *"Estudio de la constelación alexitímica en el Rorschach y el análisis de los sueños"*[38]. En esta tesis doctoral J. Moral de la Rubia hace un estudio exhaustivo de alexitimia como concepto y como síntoma psicosomático. Además el hecho de haber sido utilizado el test de Rorschach en esta investigación nos ha ayudado a dar un trato adecuado a los rasgos de personalidad que este instrumento aporta como más pertinentes para nuestro estudio.

En el este trabajo, se calcularon y validaron dos funciones discriminantes de alexitimia, una con el Rorschach, y otra, con el Análisis del Sueño, que utilizó como una nueva aproximación a la alexitimia. A su vez, se definió una escala con variables del sueño.

Para valorar alexitimia se usó dos medidas: TAS-20 y SAT-9. Ambos tuvieron que ser adaptados a población española, replicándose los estudios originales.

Se concluye que los resultados apoyan la hipótesis de déficit de simbolización en la alexitimia y que ésta es causante en gran medida de los llamados trastornos psicosomáticos.

2.3.14.1 Carmen IRIBARNE y Cols.: En su trabajo *"Alteraciones emocionales en mujeres infértiles*[39]**"** analizan la salud mental de una serie de mujeres (75), que habían abortado espontáneamente.

Se utilizó una entrevista clínica estandarizada y se aplicaron los siguientes tests psicométricos: escala de ansiedad y depresión para enfermos médicos (HAD), escala de psicopatología clínica general (SCL-90 R) y escala de alexitimia de Toronto (TAS-26).

Se concluyó que, cuando existe la experiencia de una pérdida real y emocional tras un cierto tiempo de embarazo, los efectos psicológicos desagradables y la repercusión sobre la salud mental de la mujer pueden ser

---

[38] Moral de la Rubia, J., *El estudio de la constelación alexitímica en el Rorschach y el análisis de sueños,* Tesis doctoral, U.A.H. 1.997

[39] Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A.C., Ruiz Balda, J.A., de la Fuente, P., *"Alteraciones emocionales en mujeres infértiles* Investigación realizada en la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.) del Hospital "DOCE DE OCTUBRE" de Madrid y publicado en Rev. Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.

mayores que cuando se trata de la frustración del deseo maternal, pudiéndose provocar con mayor frecuencia el aborto espontáneo.

2.3.14.2 Los mismos autores en el trabajo "*Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles*[40]*"* analizan la salud mental de un grupo de 75 mujeres que habían abortado espontáneamente: Grupo experimental en relación con la de un Grupo Control formado por 52 mujeres, de igual edad que, sin gestaciones previas, también consultaron y fueron atendidas en la Unidad de Reproducción Asistida, con el objetivo de obtener un hijo vivo. Se realizó una entrevistas clínica y se aplicaron los siguientes tests psicométricos: Escala de impacto de un acontecimiento estresante, Índice de reactividad al estrés, Estrategias de afrontamiento y Cuestionario de duelo. En el G.E. se encontraron mayores alteraciones emocionales que en el G.C. a través de los tests antes mencionados.

2.3.15. AKLIN & BERNAT (Alexitimia y el test de Rorschach): Estos autores han establecido relaciones muy interesantes entre el test de RORSCHACH y la psicosomática en estudios de pacientes alexitímicos que se han investigado con este método (1.987). Se ha hecho partiendo de la base de que es la alexitima una de las características mundialmente aceptadas como elemento esencial en los pacientes que padecen trastornos psicosomáticos y fundamentándose en la imagen del cuerpo proyectada en las respuestas del test.

2.3.16. Juan DIAZ CURIEL (1992): *"Estudio de la alexitimia en pacientes con artritis reumatoide juvenil: evaluación a través del test de RORSCHACH"*

La artritis reumatoide juvenil es una de las enfermedades crónicas de la infancia y adolescencia caracterizada por una inflamación sinovial crónicas de etiología desconocida y en cuya génesis y exacerbación de síntomas pueden influir los elementos bio-psico-sociales y que tiene repercusiones tanto en el sujeto que la padece como en el entorno familiar. Entre las influencias de la A.R.J. en la personalidad de los niños y/o adolescentes que la padecen se estudia la alexitimia secundaria. La alexitimia se define tanto

---

[40] Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Ruiz Balda, J.A., de la Fuente, P., "*Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles",* Investigación realizada en la Unidad de Reproducción asistida (U.R.A.) del Hospital "DOCE DE OCTUBRE" de Madrid y publicado en Rev. Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.

desde un punto de vista psicoanalítico como psicobiológico, encontrándose puntos de conexión y validez nomotética como para alcanzar el grado de constructo y ser evaluado.

Se ha utilizado el test de psicodiagnóstico de RORSCHACH como instrumento de evaluación de las características de alexitimia de los sujetos con A.R.J. se seleccionan 16 variables del sumario estructural de EXNER que pueden medir tanto las características de fantasía, afecto, cognición-percepción y recursos adaptativos de los pacientes, agrupándose en tres categorías:

a) cluster de afecto.
b) inhibición del mundo del pensamiento y de la fantasía.
c) preocupación corporal y contención afectiva, que permiten una mayor agrupación de las características de alexitimia del estudio experimental de los 39 sujetos seleccionados con A.R.J.

Las hipótesis planteadas en la investigación giran todas sobre el estudio de la alexitimia y tienen en cuenta tanto la edad de los sujetos como el tiempo transcurrido desde que apareció la enfermedad y el momento de la evaluación, el grado de capacidad funcional, grupo clínico al que pertenecen, etc.

3. LA INFERTILIDAD FEMENINA

3.1. DEFINICIÓN DE INFERTILIDAD

El diccionario de la Real Academia Española trata como sinónimos los términos "esterilidad" e "infertilidad", definiéndolas como "Cualidad de estéril; Incapacidad del macho para fecundar; Incapacidad de la hembra para concebir". Sin embargo posteriormente la comunidad médica decidió dar dos significados distintos a los vocablos "esterilidad" e "infertilidad", hasta entonces utilizados indistintamente. Y en vez de seguir el criterio ya establecido, aplicaron el término "esterilidad" a la esterilidad irreversible, e "infertilidad" a la disminución o ausencia de fertilidad, pero sin carácter irreversible.

Hoy en día, aún muchos utilizan ambos términos como sinónimos, sin embargo, lo correcto es referirse a la infertilidad para aquellas parejas que tienen dificultades en lograr el embarazo, pero que potencialmente pueden lograrlo. En cambio la esterilidad se refiere a la imposibilidad de tener hijos, por causas irreversibles, como la extirpación de ambos ovarios, o del útero.

El fenómeno que ocupa parte de esta investigación es la infertilidad, es por ello que, además, podemos diferenciar médicamente entre:

a) **Infertilidad primaria** – Se refiere a una pareja que ha mantenido relaciones sexuales por lo menos un año sin usar ningún método de control de la natalidad sin haber logrado un embarazo, y no tiene antecedentes de embarazos previos.

b) Infertilidad secundaria - Se refiere a aquellas parejas que han logrado un embarazo a término o no (aunque haya sido una pérdida reproductiva), y que en sucesivos intentos no logran un nuevo embarazo.

3.2. INCIDENCIA DE LA INFERTILIDAD

Cuando la pareja cree que ha llegado el momento de tener un hijo, una de cada 10 parejas en edad reproductiva encuentra actualmente dificultades para lograrlo[1], cifra que guarda relación en España con el 18.5 %[2]. La OMS ha calculado que más de 80 millones de personas alrededor del mundo sufren de infertilidad[3].

Hoy en día, la tendencia de las parejas es la de intentar la primera gestación una vez conseguidos tanto los objetivos personales como socioeconómicos, esto conlleva una mayor infertilidad asociada a la mayor edad de la mujer.

No existe diferencia en la infertilidad de las mujeres entre veinte y treinta y cuatro años (oscila entre el 9 y el 13%). Sin embargo, en mujeres de treinta y cinco-treinta y nueve años, se estima en el 25% y en de las de cuarenta años o más en el 27% aproximadamente[4].

La Red de Medicina Reproductiva y Molecular Procrearte ha calculado que un tercio de la aparición de problemas de fertilidad son por causa de la mujer, un tercio por causas masculinas, y el tercio restante de causas combinadas en la pareja y sin causa aparente[5].

Actualmente se considera la infertilidad como un problema de pareja. Esto sugiere que cada individuo posee un potencial o capacidad de fertilidad, dado por la suma de varios factores; por lo cual la posibilidad de fecundar de

---

1 Fuente: Red Latinoamericana en Reproducción Asistida, Chile, 2003.
En: www.redlara.com

2 Fuente: Ondasalud, España, 2003.
En: ondasalud.com/edicione/noticia/0,2458,5125,00.html

3 Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Estados Unidos, 2002. En: http://www.who.int/reproductive-health/infertility/

4 Fuente: Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), citada por Sociedad Española de Fertilidad, España, 2003.
En: http://www.sefertilidad.com/infobasica/infogeneral/breve.php

5 Fuente: Red de Medicina Reproductiva y Molecular Procrearte, Argentina, 2003. En www.procrearte.com

una pareja resulta de la suma del potencial fértil de cada componente de la misma. Esto permite que, en una pareja en la que el hombre por una leve alteración en la producción espermática no puede fecundar, sí lo haga con una mujer de alto potencial fértil.

3.3. FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE LA INFERTILIDAD EN LA MUJER

Existen cuatro factores que influyen en la fertilidad en la mujer, los cuales sirven además como criterios diagnósticos:

3.3.1. Factor Cervical. El cuello del útero es el canal de comunicación entre la vagina (donde llegan los espermatozoides tras la eyaculación) y el útero con las trompas de Falopio, donde se encuentra el óvulo después de la ovulación. Se habla del factor cervical cuando existen alteraciones anatómicas y/o funcionales del cuello del útero, que interfieren con la correcta migración espermática en su intento por acercarse al óvulo. Como alteraciones anatómicas se consideran procesos obstructivos como pólipos, quistes, etc., o bien traumatismos ocasionales o quirúrgicos que produzcan desgarros, fístulas o incontinencia de sus orificios interno y externo con la consiguiente alteración funcional del mismo. La propia calidad del moco cervical puede ser un obstáculo o, por el contrario facilitar el progreso de los espermatozoides

3.3.2. Factor Uterino. El útero es la cavidad que contendrá y permitirá el transporte espermático, la implantación, el desarrollo del feto y el parto. Cuando se habla del factor uterino se consideran dos categorías: Las **Causas uterinas propiamente dichas**, que implican malformaciones uterinas, que son las alteraciones en su desarrollo (por ej.: el útero tabicado, útero hipoplásico, etc.), los miomas (tumores benignos en el útero), y las sinequias o adherencias uterinas, por las cuales se adhieren las paredes del útero alterando su cavidad; y las **causas de origen endometrial**, las cuales incluyen infecciones que producen la endometritis (inflamación del endometrio), y que pueden ser originadas por diferentes tipos de gérmenes, como por ejemplo la Chlamydia, Mycoplasma ó gérmenes comunes, como el estreptococo o el gonococo y los pólipos, cuya presencia obstaculiza y/o impide la correcta implantación embrionaria en el útero).

3.3.3. Factor Tuboperitoneal. Este factor está determinado por las alteraciones a nivel de las trompas y del espacio tubo-ovárico, que dificultan

la captación ovular y por lo tanto el encuentro de los gametos. En este factor las causas de la alteración pueden ser infecciosas o no infecciosas. El primer grupo, por causas infecciosas, es el de mayor incidencia, produciendo diferentes tipos de salpingitis o inflamación de las trompas[6], con la consecuencia esperada que es la oclusión total o parcial de las mismas; pero además también pueden producirse adherencias tuboováricas, alterando la motilidad de las trompas y la captación ovocitaria. Dentro de las causas no infecciosas la más importante es la endometriosis que afecta a los ovarios y a la que se asocia un síndrome adherencial relevante que no sólo engloba a las trompas sino a toda la cavidad pélvica, según los diferentes estadíos[7].

3.3.4. Categorías: Causas uterinas propiamente dichas:

***Malformaciones:**
Útero doble: dos cuerpos uterinos y dos cérvix.
" septo total: Existen dos cuerpos uterinos y un cérvix.
Útero septo parcial
" " arcuatum.
***Patología Orgánica:**
Miomas: Subserosos, Intramurales o Submucosos , que influyen en diferente grado según el número, tamaño y localización de los mismos.
Adenomiosis: Existencia de implantes endometriósicos entre las fibras del miometrio.
Sinequias y/o Adherencias uterinas: consecuencia de legrados de repetición o tras haber padecido una tuberculosis genital.
Pólipos
Otros.

3.3.5.-Factor Endocrino-ovárico: Este factor refiere acerca de las posibles alteraciones en el ciclo menstrual y requiere la evaluación de la producción de ovocitos y hormonas. Algunas alteraciones en las diferentes etapas del ciclo menstrual pueden dar lugar a ciclos anovulatorios que se reflejan en alteraciones menstruales

---

[6] Los gérmenes más frecuentemente implicados son: Chlamydia trachomatis, Micoplasma, Estreptococo y Gonococo**.**

[7] GALLARDO, E., REMOHÍ, J., PELLICER, A., *La donación de ovocitos en mujeres con endometriosis,* CMR-1995, Vol. 1. nº 2

El primer paso es diferenciar una anovulación circunstancial de una crónica, que es la causante de la esterilidad. Existen diferentes tipos de anovulación, la OMS las clasifica en grupos:

Grupo I: definido por la presencia de una disfunción del hipotálamo y la hipófisis, esta glándula poco estimulada por el Hipotálamo[8] produce poca cantidad de gonadotrofinas (FSH y LH), por lo que el ovario no se estimula. Este cuadro se denomina hipogonadismo hipogonadotrófico.

El **Grupo II:** presenta una alteración de la secreción hipotálamo-hipofisaria con niveles de gonadotrófinas normales, pero con alteración de la relación que existe entre las cantidades de LH y de FSH. Dentro de este grupo encontramos a las pacientes con Poliquistosis ovárica, que se caracterizan por ovarios aumentados de tamaño; con micropolifolículos de entre 8 y 10 mm. en su diámetro mayor y manifestaciones clínicas de aumento de andrógenos (hormonas masculinas), como el hirsutismo (aumento del vello) y acné.

Fuera de estos factores, el Instituto Valenciano de Infertilidad, ha publicado que las causas de la infertilidad se podrían dividir en dos grandes áreas: la **infertilidad de carácter social**, que tiene que ver con el retraso de la búsqueda de descendencia (se busca ser padre o madre cada vez a edades más tardías) y el estrés al que están sometidos el hombre y la mujer de hoy. Y la **infertilidad de tipo médico**, se refiere a cuadros como la obesidad extrema, anorexia nerviosa, enfermedades graves, alteraciones tiroideas, abuso de drogas y medicamentos, alcohol, tabaco y quimioterapia[9].

Además, es necesario nombrar a aquella población que, luego de ser estudiada exhaustivamente, se la define como **Infertilidad Sin Causa Aparente**. La OMS, contando con una muestra total de 5219 sujetos ha publicado que este diagnóstico se da al 16% de las mujeres infértiles, lo cual constituye una parte considerable de la población total de mujeres que se atienden médicamente por infertilidad[10]. Este diagnóstico es considerado por el personal médico, y usualmente por la pareja, como una gran frustración, pues al no poder ubicar una causa, es difícil organizar un plan de tratamiento. Se calcula que el 10 al 15% de las parejas que consultan presentan

---

[8] Amenorrea de origen hipotalámico asociada a un estrés importante y crónico tanto alimenticio (anorexia-bulimia) como físico (competidoras de las diferentes categorías de gimnasia, nadadoras, velocistas) y /o psíquico.

[9] Instituto Valenciano de Infertilidad, España, 2002. En: www.ivi.es

[10] Organización Mundial de la Salud (OMS), Estados Unidos, 2002. En: http://www.who.int/reproductive-health/

este diagnóstico. Algunos médicos, pueden aconsejar a parejas jóvenes "no hacer nada" y esperar el embarazo, ya que se sabe que un porcentaje de estas parejas se embarazarán naturalmente sin ningún tratamiento[11]. Sin embargo Apfel y Keylor (citados por Zalusky en "Infertility in the age of technology")[12] opinan que el término "infertilidad psicogénica" es cuestionable ya que no ayuda en el tratamiento, aduciendo que es anacrónico su empleo, pues no contempla la verdadera complejidad del problema, por lo cual debería ser retirado.

3.4. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

3.4.1.- Antecedentes y evolución: Es durante el transcurso de los años 60 cuando se inventa la píldora anticonceptiva, lo cual constituyó un gran acontecimiento, pues permitió que se iniciara la discusión acerca de la libertad que tienen las mujeres de decidir cuántos hijos desean tener. Al abrirse el debate sobre el tema de la concepción, es que aquellas mujeres que no podían concebir hablaron más acerca de su problema, y paralelamente, los científicos empezaron a desarrollar tratamientos dedicados a la infertilidad. De manera que, así como el uso generalizado de los métodos anticonceptivos permitió la separación entre las relaciones sexuales y la reproducción, las TRA permiten acceder a ella prescindiendo absolutamente de la sexualidad (Rodríguez, 1996).

Para enfrentar la infertilidad empezaron a utilizarse fármacos que actuaban sobre la ovulación, así como técnicas quirúrgicas para resolver lesiones en las Trompas de Falopio. Esto fue un hito en la evolución de los tratamientos de la infertilidad, pues hasta la revolución farmacológica de la post-guerra, sólo se disponía de limitadas posibilidades como tratamiento.

Tuvieron que pasar diez años para que, en Inglaterra, el científico Edwards y el Ginecólogo Steptoe consiguieran un asombroso avance en el tratamiento de la infertilidad, la fertilización extracorpórea, luego del nacimiento de Louise Joy Brown, el primer "bebé probeta". Se trató de la primera Fecundación In Vitro (FIV), en el año 1978. Hoy en día la FIV es una técnica ampliamente aceptada a nivel mundial para evitar la infertilidad.

---

[11] Red de Medicina Reproductiva y Molecular – Procrearte, Argentina, 2002. En: www.procrearte.com

[12] Sharon Zalusky en Journal of the American Psychoanalytic Association. Estados Unidos, 2000:48 (4), pp 1541 – 1562.

A partir de este descubrimiento se han venido desarrollando nuevos avances, como la Transferencia Intratubárica de Gametos, donación de óvulos, microinseminación, congelación de embriones, etc.

La ciencia médico-biológica señala como el mayor desafío para el fututo el mejorar y perfeccionar las técnicas existentes.

Hay que tener en cuenta, además, que las tasas de éxito varían considerablemente, entre el 10 % y el 40 %[13]. Actualmente, el Dr. Quispe Prado, en Lima, corrobora la cifra[14].

En relación a esto, es importante señalar que la literatura biomédica valora por separado la consecución de una implantación y la consecución de un nacimiento, pues la implantación, independientemente del logro de un recién nacido, se considera un éxito de la técnica.

Es por esto que actualmente están en discusión los alcances éticos de la investigación de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), ya que cuestiona acerca del objetivo real de la misma. Es tal el debate acerca de las implicancias éticas, que las opiniones de los investigadores varían unas a otras. Por ejemplo, algunos reconocen que la pasión por investigar no tiene freno, es por eso que proponen un tiempo de cese, de manera que se abra el espacio necesario para una reflexión ética, antes que la tecnología se siga desarrollando según su propia lógica. En cambio, otros investigadores opinan que es necesaria la creación de un organismo de control que autorice a los laboratorios la creación el banco de semen, los óvulos y los embriones humanos congelados, ya que se están abriendo campos de la medicina de cara a lograr vías de solución hasta ahora imposibles para la terapéutica de determinadas patologías

Es así que se encuentran posiciones diversas al respecto, que oscilan entre el reconocimiento de la importancia de los avances médicos (y consecuentemente un mayor interés en el tema y el progreso de las investigaciones), y el miedo a las posibilidades perversas de la utilización de estas técnicas.

3.4.2. Las Técnicas de Reproducción Asistida. Luego de un exhaustivo examen diagnóstico, que precise el nivel de anomalía que no permite

---

[13] Fuente: Keim Stocco, Ch. – "Un hijo... ¡de otra manera!". Suiza, Ediciones Azote Liquide, 2001, pp: 60 - 63.

[14] En Conferencia "Infertilidad y Reproducción Asistida" por Dr. José Santos Quispe, dictada en la Clínica Ricardo Palma. Diciembre 2002.

la posibilidad de conseguir un hijo, se consideran distintas opciones de tratamiento**:**

Abundando en lo ya esbozado, decir que, a lo largo de las últimas décadas se han ido consiguiendo diferentes avances técnicos que han logrado aumentar las tasas de nacidos vivos:

a) Inducción de la Ovulación y relaciones sexuales dirigidas.
b) Fecundación In Vitro (F.I.V.):Indicada en los casos de Patología Tubárica, consiste en la estimulación ovárica; punción y extracción de los ovocitos; contacto con los espermatozoides seleccionados de la muestra de semen obtenida por masturbación; cultivo en medios adecuados hasta que se forman los embriones y transferencia de los mismos intraútero.
c) Microinyección espermática de ovocitos (I.C.S.I.): Indicada cuando el semen es de muy baja calidad; sigue el mismo proceso de la F.I.V. hasta la obtención de los ovocitos, que son sometidos a través de esta técnica, uno a uno, a la microinyección de un espermatozoide de los mejores de la muestra de semen obtenida.
d) Transferencia Intratubárica de Gametos: Técnica poco utilizada, se realiza cuando está indicada una laparoscopia y, elegido para la misma , el momento idóneo del ciclo se ubican en el interior de la trompa los ovocitos obtenidos por punción ovárica y los espermatozoides de la muestra de semen; también se ha realizado a través del útero por cateterismo de la trompa, donde se dejan los gametos, en el lugar donde normalmente se produce la fecundación. La indicación más frecuente es la Esterilidad sin causa aparente.
e) En ausencia de gametos por parte de algunos o ambos de los miembros de la pareja, se recurre al semen y/o a ovocitos de donantes; ya más cuestionado y, cuando la patología uterina es la causa, se recurre a "un útero de alquiler", lo que también está provocando algunos problemas legales por las consecuencias que en ocasiones provoca el cambio de actitud de las mujeres que ponen a disposición su útero, en el sentido de resistirse a renunciar a la maternidad después del proceso de gestación.
f) Intervenciones Quirúrgicas:
   — Intervención en las Trompas de Falopio: se realizan para eliminar adherencias ó con el fin de lograr una cirugía de reconstrucción de conductos, ambas se realizan principalmente por medio de una laparoscopia.

— Intervención en el útero: Se realiza con la finalidad de paliar algunas anomalías uterinas, como la presencia de pólipos, fibromas, sinequias, malformaciones, etc.

g) Tratamientos Hormonales

— Restablecimiento del ciclo ovulatorio "normal" con ayuda de hormonas se administra la hormona FSH (Hormona folículo-estimulante), que es aquella que controla cada mes el desarrollo de los folículos ováricos, con el fin de que se produzcan óvulos para ser fecundados. Ó se administra la hormona LH (hormona luteinizante), cuya descarga provoca la liberación de estrógenos, y por consiguiente estimula la conclusión de la maduración del ovocito.

— -Suplencia de una insuficiencia del cuerpo amarillo: Se realiza mediante la administración de progesterona.

h) Inseminación Artificial Homóloga (IAH)

Se trata de la selección en el laboratorio de los espermatozoides móviles y normales, extraídos de semen fresco de la pareja o de un donante, para introducirlos directamente en la cavidad uterina mediante un catéter. Se puede aprovechar los momentos que se suponen fértiles de la mujer o, previo a la inseminación se puede requerir una estimulación ovárica, de manera que las posibilidades de éxito de la fecundación son mayores.

Estos son los procedimientos más comúnmente utilizados para solucionar médicamente la infertilidad, los cuales han sido utilizados y mejorados con el paso del tiempo, con el objetivo de adaptarse a las nuevas dificultades que surgían en los diferentes casos. Es por eso que se han ido desarrollando nuevos procedimientos, los que se caracterizan por ser más especializados, y porque presentan una mayor posibilidad de manipular las células más primitivas que conforman al ser humano, en los momentos más cruciales en su formación.

3.5. BENEFICIOS, IMPLICACIONES Y RIESGOS DE LAS T.R.A.

En el contexto de la Reproducción Asistida, como en todo tipo de técnica de intervención, pueden hallarse beneficios y también riesgos; los cuales dependen de múltiples variables, provenientes tanto del paciente, como de las técnicas(propiamente)

3.5.1. Como beneficio podemos ubicar rápidamente el que los Tratamientos de Reproducción Asistida significan una nueva esperanza a aquellas parejas

que años antes se resignaban a lo que su biología les deparaba como destino. Así por consiguiente la consecución de un embarazo es considerado por la parejas como el beneficio-objetivo, el cual es el deseo manifiesto de la pareja que consulta al especialista. Ello no significa necesariamente el éxito en el nacimiento de una nueva vida, ya que tienen que transcurrir los 9 meses para el nacimiento.

3.5.2. Finalmente, los riesgos son también una posibilidad. Desde lo físico se pueden enumerar diferentes cuadros:

a) **Síndrome de Hiperestimulación ovárica** (OHSS) – Se estimula el ovario con la finalidad de obtener varios ovocitos, y así cumplir con la primera etapa de la FIV, la cual se logra cuando se consigue la maduración de varios folículos y, por lo tanto ovarios más grandes. En algunos casos los folículos pueden ascender hasta 20 a 22, y provocar una hiperfunción de los ovarios. Este cuadro se ubica en 3 grados, que dependen de la severidad del mismo. Las manifestaciones suelen ser: dolor abdominal, sensación de plenitud y aumento del diámetro abdominal, además puede formarse líquido en la cavidad abdominal (ascitis), y excepcionalmente puede provocar alteraciones metabólicas que requieran hospitalización para su control.
b) La **aspiración folicular** es de fácil manejo. Se suele aplicar una sedación para mayor comodidad y tranquilidad de la mujer durante el proceso. No obstante existen los riesgos de la analgesia –muy infrecuentes- y los riesgos en muy bajo porcentaje de hemorragia e infección inherentes a la punción y aspiración de los folículos.
c) Actualmente se ha llegado al consenso de **transferir** solamente dos embriones para evitar el riesgo de embarazo múltiple y la gran prematuridad asociada a estos casos.
d) **Embarazo ectópico:** es posible que, a pesar de haberse cumplido con todos los procedimientos, el embrión emigre del útero a las trompas, donde podría evolucionar en un embarazo tubárico o ectópico. Con el cumplimiento de controles regulares, y por consiguiente un tratamiento inmediato, es posible que las complicaciones se reduzcan al mínimo.
e) **Aborto:** si bien un porcentaje de los embarazos espontáneos termina en aborto, se considera que los embarazos conseguidos por medio de las TRA tienen mayor riesgo de terminar en un aborto.

Sin embargo, a parte de las implicancias inherentes a la manipulación tanto del cuerpo de la mujer como del embrión, hay que considerar que la edad de las mujeres que se someten a las TRA es generalmente más avanzada que las que quedan embarazadas espontáneamente. A pesar de esto, un embarazo conseguido por TRA se desarrolla generalmente con más seguimiento desde el principio que un embarazo natural.

4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: PIERRE MARTY

4.1. INTRODUCCIÓN

El movimiento psicosomático, encabezado por Pierre MARTY[1] está basado en una teoría integradora y una concepción monista de la interrelación entre lo somático y lo psíquico. Para ello parte de los postulados del evolucionismo darwiniano y de la teoría freudiana del funcionamiento mental. Los postulados de esta teorización son fundamentalmente dos:

a) La unidad esencial del organismo humano en un todo somatopsíquico y
b) la jerarquización progresiva de todas las funciones que participan en su organización globalmente entendida.

El modelo de P. MARTY permite esclarecer la continuidad e interacción de los diversos funcionamientos somáticos y del funcionamiento psíquico. Afirma que la psicosomática parte del psicoanálisis y que éste es un

[1] Pierre MARTY (1918-1993) creó, junto a otros ilustres psicoanalistas franceses, la Escuela Psicosomática de París y fundó en 1978 *L'Institut Psychosomatique*, el primer hospital de la especialidad en el mundo dedicado a la atención psicoterapéutica de enfermos psicosomáticos con el concurso de equipos interprofesionales.

instrumento indispensable de la investigación y de los tratamientos psicosomáticos[2]. La forma o el estilo del funcionamiento mental de cada individuo explica su organización psicosomática. En realidad podríamos decir que el modelo de P. MARTY incluye en su economía psicosomática a la metapsicología freudiana, sin por eso convertirse en una teoría filial de ésta[3].

Ante los postulados neurobiológicos en la teoría sobre la alexitimia, de SIFNEOS, y frente la teoría esencialmente caractereológica de la escuela de Chicago, encontramos el modelo de P. MARTY como el único fundamentalmente monista y psico-somático, por las siguientes razones:

— porque la causalidad que determina el advenimiento de una somatización no es ni fisiológico ni psicológico;
— porque esta causalidad se refiere a otro orden de fenómenos que engloban la fisiología y la psicología bajo el dominio de la biología: se trata de los fenómenos de la evolución en su acepción más amplia.

Allí donde FREUD declaró que los procesos mentales reposaban sobre procesos orgánicos, pero que los psicoanalistas debían detenerse en la frontera entre ambos procesos, P. MARTY establece un modelo basado en el monismo somatopsíquico. Se trata de un monismo integrador. Esto significa que se refiere tanto a la naturaleza material de los fenómenos como a sus propiedades, es decir a sus modos de funcionamiento. Desde este punto de vista, P. MARTY ha considerado siempre que la frontera entre funcionamiento psíquico y funcionamiento somático era artificial y arbitraria. Para él las cualidades psíquicas y somáticas están ligadas indisociablemente en razón de su incrustación en los acontecimientos evolutivos.

Por tanto, el modelo teórico-clínico de P. MARTY se trata:

a) de un <u>modelo biológico</u>, en cuanto a que estudia los procesos generales de la evolución que van más allá del individuo y cubren un gran espectro de la filogénesis y de la ontogénesis del individuo; desde este punto de vista P. MARTY ha visto siempre la

---

[2] En la praxis todos los miembros del I.P.S.O. son psicoanalistas pertenecientes a alguna de las asociaciones psicoanalíticas inscritas en la I.P.A.

[3] C. Smadja, para explicar esta interrelación teórica, al tiempo que una independencia entre ambas disciplinas, ponía como ejemplo a la Física y Einstein: "*Cuando los físicos estudian los fenómenos físicos corrientes del mundo terrestre, no necesitan utilizar otras coordenadas que las de la física newtoniana clásica; cuando estudian el universo, tienen que cambiar de paradigma y utilizar las coordenadas de la física relativista de Einstein*"

psicosomática como una sucesión de momentos de la evolución y no como un vínculo entre cuerpo y espíritu;

b) de un modelo enteramente monista, alejado tanto de las tendencias biologistas como de las psicologistas;

c) de un modelo vitalista: los procesos de transformación y de construcción del conjunto de la economía psicosomática están animados por un potencial vital, cuya calidad y cantidad varían según los individuos, los avatares de la vida y la edad;

d) de un modelo que se inscribe enteramente en una concepción Jacksoniana de la evolución, ya que la continuidad evolutiva (y contra-evolutiva) funda la evolución individual y los distintos acontecimientos psicosomáticos de la vida; y la lógica evolutiva se antepone a cualquier lógica de funcionamiento en la interpretación de los fenómenos de somatización.

En conclusión, el modelo de P. MARTY es un modelo constructivista, ya que se basa en la noción de un dinamismo biológico constructivo, determinado y jerarquizado. De este modo, los acontecimientos de afección psicosomática en el curso de la vida siguen una vía de deconstrucción, inversa a la de la evolución individual.

4.2. ANTECEDENTES Y ORÍGENES HISTÓRICOS:

4.2.1. Para introducir la elaboración teórica de nuestro material, estudiamos, de entrada, las concepciones freudianas aplicadas a los términos de *trauma* y de *neurosis traumática.*

El **trauma** o traumatismo psíquico designa un acontecimiento de la vida del sujeto definida por su intensidad, por la incapacidad en la que se encuentra de responder adecuadamente, por el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos de economía, el trauma se caracteriza por una afluencia de excitaciones que es excesiva en relación a la tolerancia del sujeto y a su capacidad de dominar y de elaborar psíquicamente esas excitaciones.

El psicoanálisis ha retomado así, transponiéndolo en el plano psíquico, los tres significados que están implicados en el término mismo de trauma, que son el choque violento, la fractura psíquica, y la consecuencia sobre todo el organismo. S. FREUD ya precisó que la noción de trauma nos remite a un concepto económico*:*

"Llamamos así una experiencia vivida que aporta en un breve espacio de tiempo un crecimiento tan fuerte de la excitación de la vida psíquica que su eliminación por los medios habituales y normales fracasa, cosa que no puede dejar de entrañar problemas en el funcionamiento energético".

Otro punto que, por tanto, debe ser subrayado, es el de la susceptibilidad propia del sujeto. Para que haya traumatismo en sentido estricto, para que una experiencia se muestre en la psiquis como un cuerpo extraño e inabordable, las condiciones objetivas que van a dar cobertura al acontecimiento en su valor traumático deben estar presentes. La susceptibilidad propia del sujeto está aquí constituida por la disponibilidad psíquica al embarazo, verdadera "transparencia" psíquica de esta época de la vida de una mujer. Es sabido que la disponibilidad desde los estamentos conscientes de la mujer puede ser muy variada en cada individuo, pero se nos escapa qué incidencia tiene su inconsciente sobre dicha disponibilidad a quedarse embarazada y/o a que, una vez logrado, éste siga su curso natural hasta un parto feliz.

4.2.2. Los psicoanalistas franceses MARTY y De M'UZAN publicaron en 1963 siete casos clínicos (entrevistas) de pacientes cuya fantasía adolecía de una pobreza considerable, evacuando un discurso muy pegado a la realidad a través de una rigidez que impedía casi en su totalidad la interacción con procesos imaginarios. Ello era reflejo de una peculiar forma de pensar, que ellos denominaron **Pensamiento Operatorio.**

4.2.3. Casi simultáneamente SIFNEOS (en 1967), en un estudio intenso de varios pacientes, que realizó desde el psicoanálisis, destacó la pobreza de sus afectos, tanto en el entendimiento de éstos como en la expresividad de los mismos, el muy limitado vocabulario que manejaban, la falta de destreza en sus relaciones interpersonales y la falta de sensibilidad en general. No sabían expresar cómo se sentían y observó una importante tendencia a la sobreactuación como sustituta de la expresión de sus emociones.

4.2.4. Basándose en estas observaciones NEMIAH Y SIFNEOS, en 1970 estudiaron veinte entrevistas grabadas con el objetivo de aproximarse al contenido de sus pensamientos y a la expresión de sus afectos. En un 80% de los casos encontraron una importante dificultad para expresar emociones, cualidad asociada a la abrumadora carencia de fantasías, lo cual les acercaba sensiblemente a las observaciones de MARTY y De M'UZAN.

4.2.5. SIFNEOS aplicó a este fenómeno el concepto de Alexitimia[4] (1.972) y creó su cuestionario *"Beth Israel Questionnaire"* (1.973) como un instrumento con el que mediría el grado de alexitimia de un sujeto. Y NEMIAH planteó, desde la neurofisiología, una hipótesis con la que explicar la etiología de la alexitimia (1.975), que desarrolló en investigaciones basadas en la interrupción de la comunicación líbico-neocortical.

4.2.6. De este modo, los autores que se ocuparon de la psicosomática en la segunda mitad del siglo XX tratan de salir de la dualidad enfermedades-enfermos, mediante un esfuerzo conceptual de integración de los diferentes planos en cuestión, y substituyen la referencia axial psicológica por una nueva referencia *relacional*. Para ellos se trata de definir, por un lado, el conflicto en su relación con los enfermos y, por otro, en su relación con la enfermedad.

Este modelo permite, integrar los dos términos de la alternativa sin oponer uno al otro, situándolos en dos planos diferentes; por otro lado, cambian el eje de referencia conceptual, al resituar el hecho psicosomático en una dimensión relacional a la vez intrasubjetiva e intersubjetiva, reanudándose de este modo con el sentido original y principal de la corriente psicoanalítica. En la historia de la teoría psicosomática este acontecimiento en el campo del pensamiento es fundador de nuevas vías de investigación que condujeron a nuevas concepciones. Era un marco teórico *en latencia* esperando para ser utilizado. Sin duda, la convicción de FREUD en el descubrimiento del papel supremo de la sexualidad en las alteraciones neuróticas, interviene en el mantenimiento de las neurosis actuales y de su puesta en latencia teórica. Recordemos las tres hipótesis que hasta 1.920 fundan el marco teórico de las neurosis actuales:

— los síntomas somáticos de la neurosis actual están ligados a los efectos directos de la sexualidad sobre los órganos y sistemas de órganos;
— el funcionamiento mental de la neurosis actual está caracterizado por la ausencia o la deficiencia de mecanismos psiconeuróticos;
— la neurosis actual representa el núcleo de toda psiconeurosis.

---

[4] Consideramos que el concepto de a*fasia emocional*, utilizado por FREUD en 1891 pudo ser una referencia para SIFNEOS.

4.2.7. P. MARTY crea la Clasificación Psicosomática, como método nosológico de exploración clínica, con el compromiso de diagnosticar el grado de Mentalización de un sujeto[5].

4.3. PROCESO DE ORGANIZACIÓN PSICOSOMÁTICA

Toda nuestra vida emocional se ha construido a partir del encuentro entre las pautas instintivas y afectivas, que se han conformado desde la filogénesis de la especie y la experiencia emocional temprana, que ocurre en medio de lo que llamamos función materna. Se trata de organizadores de la función materna, estructurante del psiquismo humano, y en ella se completa o se impide, se modela e individualiza, el programa genético para afectos y pulsiones. A través de la función materna y con ella la función de paraexcitación, alcanzan sentido las excitaciones elementales, que son registradas empáticamente por la madre y devueltas al bebé como procesos mentales, adquiriendo significado —a través del trabajo del preconsciente— en la vida mental.

El camino científico de P. MARTY y el método con que lo recorrió para culminar en la clasificación estaban señalados desde antiguo. Él se había demarcado un campo, la enfermedad somática en la individualidad de la persona, y hacia él se aproximó a través de un trabajo de investigación específica: la investigación clínica, con la base de su formación médica, neuro-quirúrgica, psiquiátrica y psicoanalítica.

Su primer libro, *La investigación psicosomática* (París, 1963), que ya expresa la fuerza de ese interés y la amplitud de su horizonte, representa una síntesis primera de un activo y extenso periodo de observación y de discusión sobre la clínica de numerosos enfermos somáticos. Emprende este trabajo junto con los coautores del libro, sus amigos psicoanalistas Michel De M'UZAN, Cristian DAVID y Michel FAIN, en el medio hospitalario, a través de consultas y tratamientos. En este libro, mediante la presentación de siete historias clínicas realizadas por él mismo, tiene la oportunidad de presentar en lo vivo de una experiencia sensible, un método de investigación, así como los problemas que plantea, de donde surge una semiología original, producto de una clínica específica que se corresponde con la especificidad de su objeto.

---

[5] Cap. 7.— MATERIAL, y Cap. 12.— ANEXO I.

4.3.1. Los organizadores, de R. SPITZ: Uno de los modelos de compresión, que sirven de referencia a la escuela de París, había sido establecido en los años cuarenta y cincuenta por Rene SPITZ. SPITZ es ampliamente citado por MARTY, en especial con respecto al desarrollo de la alergia y la relación de objeto alérgica, como una consecuencia de la ausencia de lo que SPITZ llamó **el segundo organizador**[6], esto es, la falta de reacción de angustia ante el extraño en el octavo mes de la vida. Pero también tenemos que poner en relación la noción de **depresión esencial** de MARTY con la de depresión anaclítica —hoy en discusión— de SPITZ, y la noción de desorganización progresiva con la descripción de SPITZ **del marasmo**, que conduce al bebé a la muerte, intoxicado por sus propias excitaciones. Este sería el resultado de no recibir en el primer año de vida el contacto y el intercambio afectivo suficientemente adecuado, para descargar, organizar y dar sentido a las experiencias emocionales. Se trataría del fracaso extremo de la función materna.

4.3.2. Sistema de fijaciones y regresiones: Rescata la noción de **fijación** del universo conceptual freudiano, ya que FREUD consideraba las fijaciones como repliegues de la libido a antiguas posiciones, y MARTY la extiende a las funciones somáticas, situándola como nuevo elemento epistemológico en su teorización y en su clínica.

El término **regresión** no es aquí empleado en el sentido de movimiento hacia atrás, sino en el sentido de reorganización alrededor momentos de un estadío evolutivo anterior. Así podemos comprender el fenómeno de fijación en su relación con una regresión que constituye su núcleo.

En este recorrido cobrarán gran importancia las posibilidades vitales, dejadas como marcas por las experiencias vividas con un plus de satisfacción, en las distintas zonas erógenas y el sistema de fijaciones/regresiones somático constituido antes de la aparición del funcionamiento mental. La ausencia de un buen sistema de fijaciones dificulta la elaboración de las excitaciones en el camino regresivo de la energía libidinal y favorece la

---

[6] Spitz toma de la "embriología" el término *"organizadores"* para referirse a ciertas estructuras que se desarrollan en un determinado punto donde se juntan diversas líneas de desarrollo. ***Organizador***, en el campo de psíquico, tiene que ver con la respuesta que el sujeto da a la reorganización completa de una estructura física. Es un periodo crítico en que las corrientes del desarrollo se integran al proceso de maduración. Así llamó ***primer organizador*** a la respuesta de la sonrisa, alrededor del tercer mes de vida. Y ***segundo organizador*** a "la angustia del 8º mes"

pérdida de su capacidad de representación psíquica y su elaboración mental y afectiva[7].

Éstos son dos conceptos que en psicosomática funcionan ineludiblemente unidos.

La *regresión,* entonces, fija ese momento o escalón evolutivo, formándose así, de forma progresiva, lo que llamamos cadena de *fijaciones*.

El trabajo defensivo del quehacer psicosomático está sembrado de cadenas de fijaciones que tienen una doble función: frenar la desorganización y, a partir de la estabilidad evolutiva que aportan, reorganizar los procesos evolutivos mentales y biológicos.

Las fijaciones pueden tener diversos orígenes:

— filogenéticas: evolutivas y propias de la especie;
— hereditarias: como su nombre indica, se adquieren por esta vía de los padres y de otros miembros familiares;
— ontogenéticas: propios del desarrollo mismo del individuo y, por tanto, adquiridas durante la primera infancia a través de la función materna y establecidas con el concurso del investidura del entorno socio-familiar.

Cuando este trabajo defensivo fracasa, puede llegar a la desinvestidura de las representaciones, agotando las posibilidades del trabajo mental y abriéndose las compuertas de la desorganización somática.

El sistema de fijaciones, por tanto, está formado por *escalones,* que se han ido formando en el crecimiento del sujeto humano, a tenor de situaciones placenteras largamente repetidas.

4.3.3. El Preconsciente haría la función del gran sabio que llevamos dentro de nosotros, en tanto en cuanto dispone de un amplio banco de datos sobre nosotros mismos. Es el que organiza la vida desde el *mare magnum* pulsional emanado del inconsciente y también de estímulos del mundo real, realizando permanentemente tareas de integración de las experiencias nuevas, a partir de las pulsiones provenientes del ello y de nuestros estímulos somáticos actuales.

---

[7] Rolla Peretto, C., *El sentido del síntoma psicosomático,* II Jornada de Avances en Medicina Psicosomática, Madrid 2004.

Un déficit de preconsciente consiste en la incapacidad más o menos duradera o permanente para este poder integrar en nuestro psiquismo las energías pulsionales con la capacidad humana de representarlas.

Al nivel que puede, está operando constantemente, porque le es exigido desde la excitación interna y desde la estimulación externa. El preconsciente implica la potencialidad de formaciones de pensamientos latentes, verbalizables pero no verbalizados, y capaces de dar lugar a imágenes oníricas, utilizando los contenidos representativos de cosas del inconsciente. En relación a lo que se habla, es infinito lo que no se habla. Por tanto el preconsciente es inmenso en cuanto a su potencialidad, pero puede estar muy bloqueado o limitado en su expresión y funciones de transferencia a la consciencia.

4.3.4.— Las representaciones mentales[8]: Las representaciones consisten en una evocación de las primeras percepciones que se inscribieron dejando huellas mnémicas. La inscripción de las percepciones y su ulterior evocación están, en la mayoría de las ocasiones, acompañadas de tonalidades afectivas agradables o desagradables.

El preconsciente indica el lugar de las representaciones y de las ligaduras entre sí de tales representaciones. El psicoanálisis considera las representaciones de cosa y las representaciones de palabra.

Las representaciones de cosa recuerdan realidades vividas del orden sensorio-perceptivo. Dan lugar a asociaciones sensoriales y perceptivas, así como a asociaciones de comportamientos (hacer las cosas en un determinado orden, por ejemplo). Pueden estar ligadas a afectos, pero no se presentan ellas solas a asociaciones de ideas, no mostrándose apenas movilizables por el aparato psíquico.

Las representaciones de palabra se producen a partir de la percepción del lenguaje de los otros, desde el más elemental hasta el más complicado. En un principio de orden sensorial, las representaciones de palabra son aún representaciones de cosa. Abandonan progresivamente el estado de representaciones de cosa durante el desarrollo individual.

Nacen de la comunicación con la madre, después mantienen y organizan las comunicaciones con los otros individuos, permitiendo progresivamente la comunicación con uno mismo: las reflexiones internas.

---

[8] MARTY,P., *Mentalisation et Psychosomatique,* París 1991, Laboratores Delagrange, 1991, pag. 55, Colección "Les empêcheurs de penser en rond". Tr. P. y J.A. Artalytia 1997.

Las representaciones de palabra constituyen la base esencial de las asociaciones de ideas.

Como regla, las representaciones de palabra se ligan a las representaciones de cosa para formar el sistema preconsciente.

MARTY lo explica con el siguiente ejemplo: *Una "muñeca", que en un principio es sentida como una cosa visible y palpable por el bebé, toma progresivamente el valor afectivo de un "niño" y, más tarde, en el adolescente y en el adulto, el sentido metafórico de una "mujer sexuada". El conjunto está inscrito en el preconsciente.9*

Hay que saber que, en un sentido inverso, durante eventuales formas patológicas de desorganización del preconsciente, las representaciones de palabra pueden reducirse a representaciones de cosa, perdiendo la mayor parte de los componentes afectivos, simbólicos y metafóricos que habían adquirido durante el desarrollo.

Si hablamos de representaciones, estamos hablando de contenidos o elementos del preconsciente fundamentalmente. Por eso se habla en psicosomática del *"espesor del preconsciente"* en cuanto a esa cantidad y esa calidad de sus representaciones disponibles para poder desarrollar un adecuado trabajo psíquico.

Podríamos decir que, si para FREUD la estancia psíquica fundamental en su teorización y trabajo clínico era el inconsciente, para MARTY es el preconsciente.

4.3.5.— Mentalización: Como concepto esencial paradigmático de su teorización aplicada a la clínica, MARTY maneja el término de **mentalización**, que se convierte en un elemento básico del diagnóstico del funcionamiento del psiquismo humano aplicable a los procesos psicosomáticos.

Es fundamental, desde la clínica de P. MARTY, en cualquier investigación sobre psicosomática, tanto a nivel individual o colectivo poder llegar a establecer si estamos ante un sujeto *"bien mentalizado"*, de *"mentalización incierta"*[10], o *"mal mentalizado"*. Este criterio va a ser fundamental para establecer el grado de riesgo que en un determinado momento de su vida tiene

---

[9] N. P. de p. anterior

[10] Aunque en todos los escritos sobre mentalización, a una de las tres categorías se la denomina como *mentalización incierta*, a partir de ahora, nosotros utilizaremos en este trabajo el concepto como *"mentalización media"*, para evitar elementos de confusión o indeterminación en la aplicación estadística de los datos.

un sujeto de generar trastornos psicosomáticos y de qué gravedad pueden llegar a ser éstos.

Cuando hablamos de MENTALIZACIÓN nos estamos refiriendo a la cantidad y calidad de las representaciones mentales que un sujeto tiene en cada momento de su vida. Insistimos en *"cada momento"*, porque puede variar en positivo y en negativo, y de hecho así ocurre, en cada uno de nosotros: tenemos que recordar que esta teoría postula que en los seres humanos los movimientos son bidireccionales (movimientos de vida y movimientos de muerte) en el sentido de la construcción psíquica o mental y en el sentido contrario, de la deconstrucción. Es decir que lo que se ha construido, debido a los avatares de la vida puede emprender el camino de vuelta, de la deconstrucción. En un lenguaje más próximo podríamos hablar de movimientos de organización y desorganización psíquica. Cuanto más bajo se caiga en este proceso de deconstrucción, más agotados quedarán los recursos psíquicos y, por tanto más posible será traspasar los límites de incidencia entre la psique y el soma, afectando a éste directamente y formándose el trastorno psicosomático.

P. MARTY dice que la *mentalización* comprende a la vez tres cualidades fundamentales del preconsciente:

— espesor del conjunto de las formaciones representativas,
— fluidez de las ligaduras entre las representaciones,
— permanencia habitual del funcionamiento.

El concepto MENTALIZACIÓN es un término que, para quienes parten de una conceptualización dinámica, pudiera crear, en principio, cierta confusión, porque hay otro concepto que es el de simbolización, con el que coexiste tangencialmente.

Pensemos en un ejemplo, para diferenciar entre uno y otro concepto: imaginemos los materiales que se necesitan para la construcción de una casa: ladrillos, arena, cemento, hierros, madera, etc.; pueden ser bastante diversos. Estos elementos pueden ser muchos o pocos y pueden ser de buena calidad o de mala calidad. Como ocurre con las representaciones mentales. Pero, además de la cantidad y calidad de estos elementos, nos queda otra cuestión: es cómo los vamos a integrar, de qué forma los vamos a combinar. El hormigón de los cimientos requiere, supongamos, una mezcla de 1/3 de cemento, 1/3 de arena de río y 1/3 de piedra rodada y además hay que colocar barras de hierro estratégicamente; pero, si cambiamos las proporciones, resultarán unos cimientos que aportarán escasa seguridad a la construcción; y esto, independientemente de que los materiales utilizados sean de buena

calidad y que incluso tengamos abundancia de ellos. O, si tenemos cuidado en alinear bien los ladrillos, la construcción será más segura que si los alienamos anárquicamente.

Puede ocurrir lo contrario: con materiales de baja calidad se pueden combinar adecuadamente y construir casas que perduren en el tiempo y que sean útiles para vivir en ellas. Todos conocemos la construcción de adobes (tierra, agua y paja), que durante siglos ha primado en grandes áreas rurales de la geografía española. Ahora bien, contratiempos naturales de cierta entidad pueden dar al traste con esta pobre construcción. En el ser humano, cualquier trauma, cualquier pérdida, etc. puede desorganizar un psiquismo, si en su formación han intervenido unas representaciones pobres.

Los materiales de nuestro ejemplo serían equiparables a las representaciones y estarían disponibles en el almacén de nuestro preconsciente. Ahora bien, ¿disponibles para qué? Disponibles para realizar con ellas un trabajo psíquico de condensación y desplazamiento, un trabajo donde la metáfora sea posible, un trabajo de simbolización.

¿Esto quiere decir que, si, tenemos una buena mentalización, unas representaciones ricas cuantitativa y cualitativamente, la simbolización será mejor? Puede ser mejor, pero no necesariamente. Un pensamiento paranoide, generalmente, tiene muchas represen-taciones, y el trabajo psíquico que realiza es exhaustivo, inmenso; la cantidad de representaciones que entran en juego en un delirio paranoico es rica; pero ¿cómo se combinan, cómo se integran?: ¿simbolizando?, ¿metaforizando? Indudablemente no. Con unos materiales representacionales de elevada calidad el individuo también puede construir el edificio de su psiquismo con técnicas de una precariedad absoluta, como ocurriría con el ejemplo planteado.

Por el contrario, con una cierta pobreza de su preconsciente, puede combinar adecuadamente los escasos elementos de los que dispone y salir airoso.

Los médicos también valoran la función de las representaciones en un paciente cuando éste les relata la historia de su enfermedad. Esta historia puede ser pobre, poco representativa, y tener únicamente en cuenta los hechos sintomales y sus fechas de aparición; por el contrario, puede ser rica si cada hecho patológico (aunque sea con ayuda del investigador) es asociado a los acontecimientos afectivos de las épocas correspondientes.

Dicho de otro modo, cuando P. MARTY acuña el concepto de *mentalización*, lo explica como el trabajo que el preconsciente hace en su tarea de proporcionar representaciones a lo que emerge del inconsciente y al juego de imaginarización que realiza con esas representaciones, y, cuanto mayor éxito obtenga en este proceso de mentalización, más coherente y sana puede

ser la labor de simbolización propiamente dicha. Pero esto no implica que siempre exista una correlación positiva entre mentalización y simbolización.

4.4. PROCESO DE DESORGANIZACIÓN. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Cuando la libido -o también podríamos decir la pulsión— pierde su potencialidad de convertirse en el trabajo psíquico de mentalización, queda reducida al valor de excitación para el aparato mental, que tratará de ligarla, representarla, y, si no lo logra, recorrerá en dirección regresiva el aparato comportamental para luego terminar, en su dinámica de deconstrucción, en una somatización, si tampoco aquí es detenida.

El déficit de representaciones, materia prima de los procesos mentales, se acompaña de un sobreinvestidura de la acción y una fragilidad extrema a las heridas narcisistas. Tener un conflicto supone para determinadas personas un fracaso y, por tanto, una herida narcisista de la que hay que evadirse a través de una acción específica o no (procedimientos autocalmantes). La falta de elaboración de los afectos somete al individuo a un estatus traumático permanente.

4.4.1. Causas que provocan la desorganización: El trauma: a partir de lo expuesto en el apartado anterior podemos comprender un déficit en el funcionamiento psicosomático basado en las carencias psicoevolutivas, pero cómo entender que en un sujeto bien organizado incluso en el área mental y, consecuentemente, bien mentalizado, pueda darse la circunstancia, como de hecho sucede con frecuencia, de que emprenda un proceso de desorganización —primero del aparato mental— que le aboque a padecer enfermedades psico-somáticas graves, llegando incluso la muerte.

La causa principal de que un sujeto bien organizado inicie un proceso desorganizador suele ser la aparición de traumas en el devenir vital de la persona.

Desde la economía psicosomática, la noción de trauma tiene una mayor extensión que en la psicología general o en el psicoanálisis en particular, refiriéndonos con la acepción de trauma a una amplia gama de acontecimientos internos y externos que, de alguna manera alteran el *statu quo* del sujeto y que pueden comprender desde el fallecimiento de un ser querido o la amputación de un miembro a frustraciones sostenidas en el tiempo de la vida diaria que, por la precariedad en los recursos psíquicos del sujeto, afectan sobremanera al equilibrio psicosomático.

Las situaciones traumáticas arrojan sobre el individuo un plus de excitación. La irrupción de un exceso de excitación imposible de tramitar a nivel mental por el sujeto, provoca un movimiento de regresiones que, dependiendo de la contingencia de la cadena de fijaciones, podrá reorganizarse o no. Siendo la consecuencia de esta última alternativa la desligadura de representaciones y, por tanto el abandono progresivo del trabajo mental logrado con anterioridad.

4.4.2. Elementos que cooperan en el proceso de desorganización: Aún sin terminar de resolver el dilema de si prevalece su carácter de causa o de efecto, existen una serie de elementos del psiquismo que podemos afirmar están presentes en este proceso:

a) ALEXITIMIA (alejado / del afecto): P. MARTY y sus colegas encontraron en sus ya primeras investigaciones que los pacientes con mala mentalización, carecían de manifestaciones afectivas de sus conflictos y en su cotidianidad, evidencia de que el afecto no ha sido ligado o se ha desligado de la excitación.
b) YO IDEAL (frente al IDEAL DEL YO)[11]

IDEAL DEL YO: *"Término utilizado por FREUD en su segunda teoría del aparato psíquico: instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, con sus substitutos y con los ideales colectivos. Como instancia diferenciada, el ideal del yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse"*[12]. Está directamente relacionado con el *superyo*.

YO IDEAL: *"Formación intrapsíquica que algunos autores, diferenciándola del 'ideal del yo', definen como un ideal de omnipotencia forjado sobre el modelo del narcisismo infantil"*[13].

c) Angustias difusas: como su nombre indica, surgen sentimientos de angustia inespecífica y no ligada a ningún objeto.

---

[11] Para la realización de este trabajo hemos elaborado una tabla de diferentes criterios relacionados con esta polaridad y lo hemos aplicado en la evaluación de este rasgo en la Clasificación Psicosomática. Apdº 7.1.1.d) y Cap. 12, Anexo III.

[12] Laplanche y Pontalis, Dicc. de Psicoanálisis

[13] N.p.p. anterior

4.4.3. Consecuencias y riesgos potenciales de una desorganización psicosomática:

a) Pensamiento operatorio: Es la desorganización más amplia de principios vivos (con sus respectivas funciones). El P.O. es calificado así por su falta de ligaduras con sus fuentes inconscientes y por su cualidad fundamental de duplicado de la acción. Este pensamiento es, más que un vehículo del material psíquico simbólico, un modo relacional particular sostenido por un mecanismo que los autores designan bajo la denominación de *reduplicación* proyectiva, procedimiento según el cual el sujeto desconoce su propia singularidad y la del otro, a quien le atribuye el mismo sistema de valores operatorios que el propio[14]. El P.O. remite a la Depresión Esencial como uno de sus elementos constitutivos del mismo. Se establece cuando sucesos traumáticos desorganizan un cierto número de funciones psíquicas, desbordando las capacidades de elaboración mental.
b) Sueños: P. MARTY pronunció en Murcia, España, en 1984, la conferencia *"El soñar"*. Concede un importante valor a la forma especialmente y también al contenido de los sueños como fenómeno coadyuvante al diagnóstico. Los sueños nocturnos son un fiel reflejo de la calidad de las representaciones de un sujeto en un momento dado. A veces estos sueños consisten solamente en representaciones de cosas cotidianas, sin apartarse de la realidad de los actos realizados en la vida diurna o en previsión de realizar. No generan apenas asociaciones de ideas. Otras veces, en cambio, incluso a partir de imágenes simples, son capaces de abrir la vía a múltiples asociaciones de ideas, cargadas de afectos y de símbolos, prestándose entonces, más allá de su contenido manifiesto, al descubrimiento de su contenido latente, de su significado real.

P. MARTY diferenció cualitativamente el soñar, en función de su clasificación psicosomática. De esta forma dividió los sueños en varias categorías jerarquizadas en función de la complejidad del trabajo psíquico que se realiza.

---

[14] FAIN, M. y MARTY, P. (1964), *Perspectiva psicosomática sobre la función de las fantasías,* Revue Française de Psychanalyse, XXVIII,, págs. 609-22.

— sueños operatorios: son sueños que reproducen casi literalmente escenas del día anterior o que escenifican con excesiva materialidad lo previsto para el día siguiente. La ausencia de deformación de la realidad y su apego a ella, impiden la intromisión de otras representaciones propias del trabajo onírico; suele ser habitual en los sueños de actividades profesionales;
— sueños repetitivos: si son repetitivos en el fondo y en la forma (no aquellos sueños que repiten sobre un tema, pero se desarrollan en escenarios y con elementos diferentes);
— sueños crudos: denominados de esta forma por R. DEBBRAY, porque aparecen escenas directas de la realización de los fines pulsionales, como son dominio, potencia agresiva oral y anal, potencia genital; es como una fotografía del ello, con sus manifestaciones pulsionales puras; éstos son los característicos de quien está en pensamiento operatorio.
— No hay sueños: salvada la posibilidad de que el sujeto reprima el recuerdo de los sueños, esta ausencia corresponde a un aislamiento de los procesos inconscientes; esto significa que las excitaciones pulsionales no pueden atravesar el clivaje hacia el preconsciente, pudiendo abrirse paso por otras vías alejadas de la representación y la elaboración onírica.

c) Depresión esencial: P. MARTY escribe que la depresión esencial precede al pensamiento operatorio, y lo expresa de esta forma: *"Nos hemos acostumbrado a designar por* 'pensamiento operatorio' *un* estado *del pensamiento. Ahora bien, los acontecimientos de desorganización se encuentran muy a menudo detenidos en su progresión, gracias a la intervención de regresiones reorganizadoras. Corresponden a* 'crisis'*, a pasajes, que pueden ser de gran sufrimiento, de la vida de ciertos neuróticos con este carácter. Consideramos que, en estas condiciones, la etiqueta de* 'depresión' *sugería una eventual reversibilidad mientras que el término* 'pensamiento operatorio' *implicaba más bien una cronicidad incierta"*[15]. En el nuevo campo teórico-clínico que concibió, P. MARTY hace dos reagrupamientos: el primero consiste en ligar la depresión esencial y el pensamiento operatorio como dos vertientes del mismo fenómeno, —*la desorganización más grande de los principios vivos del*

[15] Marty P, M'Uzan M., "*La pensée opératoire*", Revue Française de Psychanalyse 1963; 27 (suppl)

aparato mental—; el segundo consiste en ligar depresión esencial, pensamiento operatorio y conductas operatorias en una nueva entidad clínica que llama *vida operatoria*. Un ejemplo paradigmático del discurso que refleja de forma nítida la vida operatoria es el siguiente extracto del libro *Pensamientos para mí mismo*, de Marco Aurelio:

"De la misma manera que se pueden representar los platos escogidos diciendo: he aquí el cadáver de un pez, de un ave o de un cerdo; el vino de Falerno como el jugo de un racimo; la toga praetexta, pelo de oveja remojado en sangre de molusco. Siempre que las cosas te parezcan excesivamente dignas de confianza ponlas al desnudo y perderán, despojadas de toda ficción, aquello que las vuelve venerables".[16]

En este punto es imprescindible hacer una diferenciación entre depresión clásica[17] y depresión esencial. En la primera normalmente nos encontramos con que hay asociado un objeto o la pérdida de éste y genera sufrimiento psíquico evidente, concomitante a una variada sintomatología; la depresión esencial es asintomal, no está ligada a representaciones de pérdida de objeto y se caracteriza por una falta de energía vital generalmente no detectable por el sujeto. También se llama *depresión blanca*.

En enero de 1966, en la introducción del VIII Seminario de perfeccionamiento[18], P. MARTY presenta su comunicación sobre la depresión esencial. La definió como una modalidad original de depresión que obtiene su originalidad de ese hecho, fundamental para él, que era el descenso del nivel del tono libidinal sin ninguna contrapartida económica. Su diagnóstico reposa primero en un conjunto de elementos semiológicos negativos que se resumen en la fórmula de una *depresión sin expresión*. Es esta inexpresividad lo que la diferencia teóricamente de otras formas clínicas de depresiones, neuróticas o psicóticas. Pero no se puede fundar un diagnóstico positivo

---

[16] Citado por M. DE MIGUEL en *"Histeria y Psicosomática",* Rev. de Psicoterapia y Psicosomática, Madrid, oct. 1997, p.121.

[17] Utilizamos este calificativo precisamente para distinguirlas y evitar la confusión.

[18] *"La depresión esencial se representa como una desaparición de la libido tanto narcisista como objetal, y esto sin compensación económica, como no sea la fragmentación funcional. Ella constituye, así, una de las manifestaciones clínicas más importantes de la presencia del instinto de muerte"*

exclusivamente por una serie de signos negativos, es decir ausentes. MARTY da prioridad al elemento afectivo sobre el elemento intelectual en su examen de las consecuencias de la desorganización.

d) Somatizaciones y disfunciones: Un proceso de desorganización psicosomática coloca al sujeto que lo padece en el riesgo de padecer alteraciones fisiológicas a tres niveles:
   — disfunciones,
   — algias y
   — lesiones de órgano.

Los dolores no explicados médicamente y, sobre todo, las disfunciones vitales, como es el caso de nuestro trabajo, corren el riesgo de ser interpretadas como un fenómeno histérico. Va a ser una investigación realizada desde los criterios de la organización psicosomática individual la que nos va a encauzar hacia el camino del diagnóstico. Por este motivo hemos desarrollado un capítulo dedicado a diferenciar entre estas dos alternativas posibles desde el funcionamiento psíquico en el proceso de la enfermedad somática (cap. 5).

4.5. NOSOLOGÍA

A partir de su desarrollo teórico-clínico, P. MARTY aporta a la psicopatología la siguiente nosología básica, fundamentada en dos postulados conceptuales que son la economía psíquica y la evolución individual:

4.5.1. Las neurosis mentales: Son la expresión de fijaciones relativamente tardías en la evolución individual (propias del *complejo de edipo* freudiano), y reposan sobre una organización sólida de la segunda fase anal (que para P. MARTY sería el punto de inflexión que diferenciaría el paso entre el funcionamiento en la primera tópica freudiana y el funcionamiento en la segunda tópica), y esto implica que dichas neurosis constituyan un feliz obstáculo a la progresión contraevolutiva de las desorganizaciones postraumáticas. Cuando éstas se presentan, las reorganizaciones progresivas (expresadas en los síntomas) lo hacen en forma de reforzamientos o puesta en marcha de actividades mentales patológicas que tienen lugar en el interior de la vida psíquica del individuo (síntomas histéricos, fóbicos y obsesivos) sin que, en principio, se produzca el desbordamientos del cuadro mental.

4.5.2. Las neurosis de carácter: Que se llaman así por presentar rasgos de carácter (es decir, formaciones reactivas de defensa tanto contra las pulsiones como contra los síntomas neuróticos mentales), y ocupan un lugar intermedio entre las anteriores y las neurosis de comportamiento. Se acercan a las neurosis mentales en cuanto a las fijaciones tardías que podemos encontrar en ellas, pero se distinguen de las mismas en que, a pesar de las apariencias, no reposan en una organización sólida del segundo estadio anal; del mismo modo tiempo que el funcionamiento de la primera tópica es irregular en el tiempo.

4.5.3. Neurosis de comportamiento: Son resultantes de fijaciones poco sólidas y consagran en particular el fallo de la organización genética anal y remiten a sistemas arcaicos en los que precisamente las organizaciones mentales están poco elaboradas. Los comportamientos y las conductas parecen salir casi directamente de los instintos por el intermediario del sistema sensorio-motor, sin apenas modificaciones mentales y sin representaciones accesibles a la conciencia. Tales comportamientos y conductas difieren radicalmente de las actuaciones que emergen de lo reprimido (y que contienen una actividad fantasmática eventualmente accesible) tal y como se manifiestan en los otros tipos de neurosis.

Hay en los pacientes psicosomáticos una dependencia de lo externo que les hace particularmente vulnerables a los traumatismos, que les llevan a desorganizaciones progresivas que comenzando por lo mental, en forma de "depresiones esenciales", "pensamiento operatorio" y "vida operatoria", terminan en desorganizaciones somáticas, a veces peligrosas para la vida de estos sujetos.

De lo expuesto podemos establecer un cierto orden en la fragilidad psicosomática. Las más resistentes a la desorganización psicosomática serían las estructuras neuróticas y psicóticas, a una cierta distancia, las perversiones y caracteroptías, con el intermedio de las estructuras *borderline*, que participan de aspectos de las caracteropatías y perversiones, pero a la vez se ven amparados por defensas psicóticas frente a la herida narcisista, a veces muy eficaces. Por último tendríamos a los sujetos comportamentales y operatorios, verdaderos robots en estado permanente de neurosis traumática y, consecuentemente, en mayor riesgo de padecer desorganizaciones psicosomáticas.

4.6. RESUMEN[19]

a) El modelo psicosomático de P. MARTY es un modelo biológico, en el sentido de procesos generales de la evolución, que, por tanto, van más allá del individuo y que cubren un gran espectro de la filogénesis y de la ontogénisis. Desde esta premisa, P. MARTY ha considerado la psicosomática como un momento de la evolución y no como un lazo entre cuerpo y psique.
b) Es un modelo integralmente monista, desde su concepción del monismo somato-psíquico.
c) Es un modelo vitalista, ya que los procesos de trasformación y de construcción del conjunto de la economía psicosomática están animados por un potencial vital, cuya calidad varía según los individuos y según las vicisitudes de la existencia y de la edad.
d) Es un modelo que se inscribe plenamente dentro de una concepción de la evolución. La continuidad evolutiva (y contra-evolutiva) es básica en la evolución individual y en los distintos fenómenos psicosomáticos de la vida. La lógica evolutiva se antepone a cualquier otra lógica de funcionamiento en la interpretación de los fenómenos de somatización.

[19] Calatroni, M.T.de, *P. Marty y la psicosomática,* E.Amorrortu, B.A. 1998, p— 204

5. NEUROSIS O TRASTORNO PSICOSOMÁTICO

5.1. INTRODUCCIÓN

A día de hoy es relativamente fácil encontrarnos escritos, comunicaciones, incluso manuales y clasificaciones de psiquiatría donde se tratan bajo el signo de la indiferenciación los síntomas histérico-conversivos, los hipocondríacos y los trastornos psicosomáticos[1]. Consideramos que esta confusión se genera a partir de la valoración aislada de las manifestaciones corporales y físico-funcionales, independientemente del funcionamiento mental que enmarca cada una de ellas, unido esto a la arraigada disociación entre psique y cuerpo, que entendemos se erige como una defensa psíquico-colectiva habitual y generalizada en la sociedad occidental.

No vamos a entrar aquí a hacer una comparación o análisis de la hipocondría —de origen y sintomatología bien definida— respecto a la histeria y a la psicosomática, pero sí nos vemos en la necesidad de dedicar un capítulo a relacionar, para mejor diferenciar, la conversión histérica de los trastornos

[1] Clasificación DSM-IV: Trastornos somatomorfos: Trastorno de somatización (F45.0), Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1), Trastorno de conversión (F44.x), Trastorno por dolor (F45.4), Hipocondría (F45.2), Trastorno dismórfico corporal (F45.2), Trastorno somatomorfo no especificado (F45.9)

psicosomáticos, ya que esta concreción forma parte nuclear de los objetivos que nos planteamos en esta investigación[2].

Entendemos que la sintomatología histérica se genera a partir de un proceso de sobreinvestidura de determinadas partes corporales y del cuerpo erógeno en general, durante la infancia, al dictado de los mecanismos psíquicos de la condensación y el desplazamiento, predominando este último sobre el anterior. Cuando en el capítulo 1 reflexionábamos sobre la tendencia a separar, para desexualizar, el mobiliario y los lugares del alumbramiento de los utilizados en la relación sexual, de alguna forma estábamos señalando una serie de costumbres sociales preventivas y evitativas de funcionamientos histéricos en relación al hasta hace pocos años inseparable binomio sexualidad-procreación. Probablemente en la especie humana sea esta estrategia defensiva la que determina la tendencia citada a distinguir y separar la pulsión sexual de la procreación. Así en la religión católica nos encontramos con el rito de la *purificación*, como si no fuera negociable que de un *acto impuro* deba surgir la vida en su mayor pureza.

Tendríamos que decir que, por el contrario, en los trastornos psicosomáticos las funciones biológicas son frenadas a partir de los traumas afectivos en su desarrollo temprano e impiden una adecuada inmersión en los avatares edípicos, es decir, en los procesos propios de la neurosis; o bien esas funciones ya logradas se desorganizan por los efectos de traumas posteriores, dependiendo del sistema de fijaciones y de su interrelación con los movimientos regresivos[3].

5.2. EN CUANTO A LA ORGANIZACIÓN PSÍQUICA

FREUD, en su carta FLIESS Nº 52 (6-12-96), afirma:

"Estoy cada vez más convencido de que lo esencial de la histeria es que consiste en el resultado de la perversión del seductor; que la herencia se presenta cada vez más como una seducción por el padre.... Tendríamos así un cambio entre las generaciones.

1ª Generación: perversión.

2ª Generación: histeria y, en consecuencia, esterilidad"

---

[2] Nos remitimos al capítulo 6.

[3] Capítulo 4: hemos explicado en qué consisten estos conceptos teóricos-clínicos.

Después modificaría este postulado eliminando la relación directa entre perversión *de facto* y trastorno histérico, pero continuó defendiendo la fantasía de seducción de la paciente como desencadenante de la histeria conversiva y funcional. Es decir que, en cualquier caso, imprimió una relación causa-efecto en la cual el exceso de sentido y la consiguiente defensa psíquica de represión juegan un papel importante en el establecimiento de la histeria como el funcionamiento psíquico que mediatiza en la disfunción de la esterilidad.

En la histeria, el cuerpo en su variedad topográfica es investido durante la primera infancia y con las vicisitudes del desarrollo edípico se van generando sucesivas representaciones a través de los mecanismos de condensación y desplazamiento.

Sin embargo, no podemos pasar por alto que Freud diferenció cuatro tipos de histeria, siendo la *histeria de defensa* y la *histeria hipnoide* más afines a la *histeria de conversión*, mientras que la *histeria de retención* y la *histeria traumática* (definida por Charcot) se aproximan a lo que posteriormente desarrolló P. MARTY como trastornos psicosomáticos[4].

En la psicosomática, las funciones biológicas son afectadas por traumatismos afectivos en su desarrollo temprano. Por tanto se adjudicaría la formación de trastornos psicosomáticos precisamente a un mecanismo diferente, en gran medida contrario al de la histeria, porque estos traumatismos surgen en el ser humano de una sobredosis de excitación interna que bloquea la generación de representaciones, revirtiendo esta excitación no canalizada hacia el órgano en cuestión. El desequilibrio puede provenir del plus de excitación o de la pobreza del sujeto en la fabricación de representaciones o bien del compendio de ambas cosas. En palabras de P. MARTY, (1990):

"Las deficiencias en la organización del preconsciente del adulto están ligadas casi siempre a una situación de indisponibilidad afectiva de la madre respecto del niño y tal situación no permite que se instale en éste un sistema de representación acompañado de afecto que demuestre ser capaz entonces y después de suministrar al funcionamiento su sustancia funda-mental"[5]

El inconsciente asume una parte de su función respecto a las excitaciones internas y externas, es decir las registra, pero no consigue el intercambio necesario con el preconsciente, no acaban de convertirse en representaciones

[4] LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B., *Diccionario de psicoanálisis.*

[5] N. a p. de p. nº 87

representativas, llegando a la cualidad de ideativas que abriría un umbral para la simbolización.

5.3. EN CUANTO A LAS DEFENSAS

En la histeria se produce una exacerbación de las defensas, especialmente de la **represión:** mecanismo neurótico por excelencia, tiene por función impedir el conocimiento de los deseos y del conflicto que desencadenan, relegándola al inconsciente con la ayuda de la contrainvestidura llevada a cabo por el preconsciente; es así como la representación involucrada es reprimida y el afecto que estaba ligado a ella es desplazado hacia otras representaciones. Así surge el síntoma conversivo como retorno de lo reprimido. En esta línea, FREUD, refiriéndose a su paciente *Elisabeth von R*. afirma que se produce una forma característica de alteración de la marcha por conversión de este mecanismo y explica que *"Podía únicamente admitirse que la enferma había establecido una asociación entre sus dolorosas impresiones anímicas y los dolores físicos que casualmente había sufrido en la misma época, y empleaba a partir de este momento en su vida mnémica la sensación somática como símbolo de la psíquica."*[6]

En el trastorno psicosomático el mecanismo de defensa fundamental es el de **rechazo** —que tan concienzudamente estudió C. PARAT—; a diferencia de la represión, no implica actividad inconsciente y es promovida por la herida narcisista. Está tomado del concepto **supresión**[7]: se basa en un trabajo en el nivel del yo consciente, dirigido a hacer desaparecer el afecto, manteniendo la representación neutralizada en el nivel del preconsciente. Consiste, pues, en un esfuerzo voluntario y deliberado de apartar y tener a distancia las representaciones conscientes y preconscientes. Esto ocurre en un primer momento, cuando la desarticulación entre el afecto y la representación se hace efectiva. Esta representación experimentada como neutra, puede entrar de nuevo en la conciencia, que la trata con indiferencia.

En los pacientes psicosomáticos encontramos una incapacidad para elaborar mentalmente los afectos y para procesar los conflictos, puesto que han sido rechazados los contenidos mentales. Así, el déficit de representaciones, materia prima de los procesos mentales, se acompaña de una

---

[6] FREUD, S. *"Estudios sobre la histeria"* (1895), Historiales clínicos (1895), caso nº 4. El subrayado es del doctorando.

[7] PARAT, C., *"Sobre la supresión"*, París, Rev. Francesa de Psicosomática, 1991.

sobreinvestidura de la acción y una fragilidad extrema del yo y de la construcción del narcisismo, que completan lo que llamamos *pensamiento operatorio* o *vida operatoria*. La aparición de un conflicto, ante su impericia para reprimirlo —por falta de recursos mentales-, es para el individuo un fracaso que genera directamente una herida narcisista traducida en una situación traumática. Así, **el rechazo** se basa en un trabajo en el nivel del Yo consciente, dirigido a hacer desaparecer el afecto, manteniendo la representación neutralizada en el nivel del preconsciente.

Más bien encontramos en el trastorno psicosomático un déficit del sistema defensivo del psiquismo del individuo. Un déficit que permite el desmantelamiento de lo más organizado del sistema mental y cronológicamente lo logrado en último término.

Pero al utilizar el concepto "déficit defensivo" no nos estamos refiriendo a una necesaria carencia de defensas. Esto es, si al déficit se ha llegado por medio de un precario sistema defensivo o porque faltó cierto grado de construcción defensiva. Diríamos que encontramos en diferentes grados la suma de un déficit y una defensa, pero es una defensa diferente, en este caso, de la represión. La defensa, así pues, estaría dirigida a evitar el significado, y es propia de los sujetos alexitímicos y afectados por pensamiento operatorio. Esta estrategia defensiva, *que podríamos llamar esfuerzo de desconexión de sentido*[8], es similar a la que encontramos en las neurosis traumáticas. En ellas un acontecimiento intensamente perturbador, y reconocido como tal por quien lo ha sufrido y por los que le rodean, pasa a ocupar su atención en exclusiva. Las características tan claras del hecho en cuestión, una explosión, un accidente, etc., evidencian su naturaleza traumática y tranquilizan a quien lo padece y a quienes lo rodean, sobre el supuesto de que saben lo que le ocurre al paciente. En cambio no queda explicada la razón, por la que otras personas que han resultado igualmente afectadas, no hayan sido traumatizadas por la experiencia.

Es evidente que quien sufre el trauma, ha vivido con una carencia de recursos para elaborar la excitación que le ha generado el acontecimiento en cuestión, y es justamente esa carencia la causa de que sea traumático para él. Pero, en una situación de *pensamiento operatorio*, dirá que eso sólo significa lo evidente y no otra cosa. La consecuencia, es que el individuo en pensamiento operatorio vive una especie de estatus traumático, por la falta de tramitación y elaboración de las excitaciones inconscientes, que, en un estado insuficiente de representaciones, no pueden ser tramitadas mentalmente, y

[8] De Miguel, M., Op. ct.

sobrepasan el terreno de lo mental, sin otro recurso que el de manifestarse a través del cuerpo; en un proceso reversible de deconstrucción de aquellas excitaciones sin acomodo en el psiquismo se canalizan de forma negativa para la salud del paciente, por la vía de la afección del cuerpo.

La consecuencia psicopatológica correspondiente a los mecanismos psíquicos donde las defensas giran en torno a la represión de deseos inconscientes, son lo que P. MARTY llama neurosis mentales (obsesiones, histerias, fobias y las marcadas por el masoquismo, como neurosis de fracaso, neurosis de destino, etc.). Mientras que la puesta en funcionamiento de la defensa de *supresión9*, propia de los trastornos psicosomáticios, nos sitúan sobre la pista de las neurosis de carácter o de comportamiento[10].

5.4. EN CUANTO A LOS SÍNTOMAS

No vamos a pretender establecer una línea divisoria nítida entre síntomas histéricos y trastornos psicosomáticos, ya que esta tarea sería tan imposible como delimitar patologías psíquicas puras, sin el solapamiento y la interrelación con otras que estamos acostumbrados a encontrarnos en la actividad diagnóstica y en el trabajo terapéutico y que tantos quebraderos de cabeza nos proporciona en el trabajo clínico en general.

Pero sí que tenemos que decir que disentimos del viejo axioma que diferenciaba, como síntoma psicosomático, aquél que produce lesión corporal, del histérico, en el que no es manifiesta la lesión; tampoco estamos de acuerdo en que refieran a éste último las disfunciones de forma exclusiva.

Una muestra de lo que afirmamos es que, por una parte, no podemos asignar y emitir una interpretación supuestamente terapéutica a todo síntoma somático que aparece en el horizonte, puesto que podríamos inocular un plus de excitación allí donde no hay elementos que los representen para canalizarlo ni capacidad en recursos psíquicos para ello; pero, por otra parte, tampoco podemos negar la existencia de cierta capacidad de trabajo mental siempre que estemos ante un trastorno psicosomático propiamente dicho.

Entonces, para una mejor distinción, partimos de los extremos, y, avanzando en dirección centrípeta, los síntomas pueden ir acercándose y confundiéndose. Por este motivo consideramos tan importante establecer unos

---

[9] Calatroni, M. T. de (compiladora), *Pierre Marty y la psicosomática,* B.A. 1998, Ed. Amorrortu.

[10] De acuerdo con la nosología psicosomática de P. MARTY.

criterios, y con ellos unos instrumentos, que nos muestren el camino de una nosografía precisa en las tareas de diagnosis[11].

Dentro de la definición clásica de síntoma psicosomático, en el diagnóstico diferencial con la histeria, incluimos la falta de significado del síntoma como elemento central. Y, mientras en la histeria el cuerpo se convierte en el escenario de la representación de una fantasía inconsciente, el síntoma somático no representa nada desde la imaginería del sujeto que lo padece. Por ejemplo, la paciente histérica exhibirá su pierna rígida y paralizada, que inconscientemente ha identificado con un pene, cuya falta no soporta. De hecho, FREUD Y CHARCOT llegaron a llamar a la histeria *"enfermedad por representación"*.

La ausencia de lesión anatómica es otra característica histórica —no definitiva— de la histeria, a diferencia del síntoma psicosomático, donde sí aparece lesión o trastorno funcional de los órganos regidos por el sistema vegetativo; pero también encontramos disfunciones sin lesión en los trastornos psicosomáticos.

En la histeria está involucrado el sistema nervioso de la vida de relación. Se suele decir, como referencia neuroanatómica, que los histéricos son trastornos supratentoriales, esto es regidos desde las funciones mentales superiores, frente a los trastornos psicosomáticos, regidos por los núcleos de la base del encéfalo, centro de la vida vegetativa[12]. En el síntoma histérico, por tanto, no se aprecia lesión de órgano y, desde el punto de vista médico no se encuentra etiología más allá de la psicológica.

En el trastorno psicosomático encontramos lesión de órgano o bien disfunciones. Esto último es lo que nos trae mayores problemas a la hora de diferenciarlo del síntoma histérico, si nos atenemos a la disfunción fisiológica sin atender al proceso mental que lo ha generado.

Así, la somatización —como síntoma— aparecerá como destino corporal de las excitaciones provenientes de la actividad inconsciente que no encontró ligadura a representaciones en el preconsciente.

---

[11] En el Cap. *6.— Objetivos e hipótesis* presentamos entre los objetivos secundarios de esta investigación el de seleccionar un método de diagnóstico diferenciada de la histérica *versus* psicosomática, a partir del funcionamiento psíquico del paciente, sin desestimar las manifestaciones sintomales, pero más allá de éstas.

[12] DE MIGUEL, M., *El sentido del síntoma psicosomático,* II Jornadas de Avances en Medicina Psicosomática, Madrid, 2004.

Por tanto nos movemos entre los fenómenos conversivos generados por la represión secundaria y los síntomas psicosomáticos producto de las desorganizaciones en sujetos de peor mentalización.

En este punto debemos hacer mención a aquellos síntomas que parecen participar de ambos componentes —histérico y psicosomático-. En estos casos, es impropio negar, que trastornos que cursan con lesión, funcionan como una conversión histérica, apreciándose con claridad el mecanismo de desplazamiento. Y, sin embargo, es constatable el proceso infeccioso —por ejemplo-, funcional, febril o autoinmune, más allá de una fantasía, también presente. Nos parece muy acertado el concepto repescado por M. DE MIGUEL de *Histerificación Secundaria*[13], que muy probablemente es un reflejo de los movimientos pendulares que se observan en múltiples ocasiones en la economía psíquica de las personas.

5.5. DISFUNCIONES NEURÓTICAS VERSUS DISFUNCIONES PSICOSOMÁTICAS

Si por disfunción entendemos el negativo de actividad fundamental o secundaria esperable en el normal desarrollo de la vida, la disfunción será una alteración de algún área funcional de la actividad humana.

Entre otras causas que generan disfunciones, nos fijamos en dos: aquellas de etiología neurótica y las que tienen un origen psicosomático. De hecho, nos resultará más fácil distinguirlas cuando la disfunción en cuestión venga precedida de una lesión de órgano, adjudicándola una causa psicosomática. Pero —y aquí puede venir la confusión— no toda aquella disfunción que no está precedida de la lesión de órgano es el efecto de una alteración de carácter neurótico. Solo será posible detectarlo a través de un diagnóstico psicológico individual de quien lo sufre. Podremos determinar cuál es la causa de dicha disfunción a tenor del funcionamiento psíquico detectado en el paciente.

---

[13] DE MIGUEL, M., *"El sentido del síntoma psicosomático",* II Jornadas de Avances en Medicina Psicosomática, Madrid, 2004. Lo habían utilizado previamente FREUD y FERENZCI y M. FAIN.

5.6. CONCLUSIÓN

Encontramos estos postulados de diferenciación -*neurosis* versus *trastorno psicosomático*— en la nosografía "La Clasificación Psicosomática" de P. MARTY.

Y lo que este autor y su escuela denomina BUENA MENTALIZACIÓN de un sujeto tendría una relación directa con los procesos neuróticos, donde los mecanismo de condensación y desplazamiento con la intervención de la defensa de represión juegan un papel prioritario; por el contrario, la MALA MENTALIZACIÓN será el reflejo de un funcionamiento psíquico desorganizado debido a la ausencia o el agotamiento de las representaciones y el mecanismo defensivo de **supresión** o **rechazo**, desde el criterio de la economía mental, que coloca al sujeto en riesgo de padecer trastornos psicosomáticos.

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. INTRODUCCIÓN

Revisando la literatura sobre el tema de nuestra investigación, aumenta la sospecha de que existe la idea, bastante generalizada, de que los aspectos psicológicos de la infertilidad femenina están fundamentados en la controversia del deseo de tener al hijo[1] relacionado con el juego de representaciones en el intercambio consciente/preconsciente. Sin embargo, nosotros defendemos que esta apreciación diagnóstica de la infertilidad está enmascarando otros aspectos del funcionamiento psíquico que conlleva el fracaso del embarazo, y que están relacionados también con el déficit y el empobrecimiento de representaciones psíquicas, que afectan deficitariamente[2] al deseo inconsciente.

La gran dificultad y paradoja que nos encontramos, al iniciar una investigación sobre los aspectos psicológicos de la infertilidad, estriba en que, siendo la procreación una función con tantos elementos simbólicos, con tanto sentido en el devenir psíquico de los seres humanos, lo que aquí tratamos de resaltar de la infertilidad como disfunción es precisamente lo que tiene de "sin-sentido", de ausencia de elaboración mental. Porque, como hemos visto

[1] Mirta Videla y colg, en su explicación del aborto espontáneo, clasificado como un tipo de infertilidad psicógena, enumera hasta 17 causas en las que las motivaciones conflictivas y el origen del funcionamiento dinámico del deseo inconsciente pueden determinar el fracaso del embarazo. Op.cit. pág. 94

[2] Considero necesaria la redundancia.

en el cap. *5.- Trastorno psicosomático o neurosis*, son los componentes histéricos de la personalidad los que, mediando un exceso de sentido, pueden bloquear la función reproductora. Sin embargo, lo que tratamos demostrar es que las carencias en la elaboración psíquica y, por tanto el déficit de sentido, también pueden ser una fuente de patologías que afecten directamente a dicha función o que incluso sean generadoras de disfunción, sin afección de órgano propiamente dicha.

Varios e importantes autores del psicoanálisis escriben sobre psicosomática integrando esta sintomatología en el marco de los conflictos histéricos, incluidos los casos de Freud, -como es *el caso Dora*-. Por este motivo, para un amplio abanico de psicoanalistas, hablar de trastornos psicosomáticos equivale a hablar de la incidencia que la histeria tiene en algunos pacientes para la formación de enfermedades psicosomáticas[3]. De ahí surge nuestra necesidad de diferenciar la etiología en la conversión y en los trastornos psicosomáticos.

6.2. INTERROGANTES QUE NOS PLANTESMOS

a) ¿Existe relación directa entre la propensión a sufrir alteraciones y enfermedades ginecológicas y la pobreza de representaciones psíquicas, pobreza que sería el reflejo de un déficit en todas aquellas funciones mentales que engloba el concepto de mentalización, de acuerdo con la teoría psicosomática de P. MARTY ?
b) ¿Es posible diferenciar —desde la organización psíquica de un individuo— causas de origen psicosomático y causas relacionadas con la histeria en los múltiples casos de infertilidad femenina?
c) Una vez establecida esta diferenciación, ¿es posible que los casos de infertilidad en los que se detecte un déficit de representaciones y, por tanto, su incidencia negativa en los procesos biológicos, presenten una mayor resistencia a las nuevas técnicas de reproducción asistida que aquellas pacientes cuya disfunción esté basada en mecanismos mentales de carácter histérico?

6.3. OBJETIVOS

a) Por lo tanto, nuestro primer objetivo y cabecera de este trabajo es delimitar lo que consideramos trastorno psicosomático,

[3] Mirta Videla, op.cit., pág. 19.

diferenciándolo de la sintomatología histérica. Esto, a partir de la fundamentación teórica basada en las aportaciones teórico-clínicas de Pierre MARTY, deberá quedar establecido con la mayor claridad posible en los resultados estadísticos de nuestra investigación. Desde el punto de vista teórico, ya lo hemos tratado en el capítulo anterior.

b) Demostrar que la desorganización mental que aboca a un sujeto a funcionar en *"pensamiento operatorio"* conlleva ciertas desorganizaciones de los aspectos fisiológicos, que, en el caso de la infertilidad femenina, puede ser determinante para el éxito o fracaso del embarazo.

A veces es difícil delimitar las diferencias en los casos concretos que se tratan porque se mezclan elementos de una y otra patología. Nos ayudarán a discriminar los siguientes trabajos:

a) C. DEJOURS[4] en su artículo *"Enfermedades somáticas"* hace un interesante desarrollo de la interacción entre *origen y sentido* en las enfermedades psicosomáticas.
b) M. de MIGUEL[5], a partir de la presentación de un caso clínico que participa de síntomas somáticos y de síntomas histéricos, analiza las diferencias que nos pueden ayudar a diagnosticar con unos criterios más seguros.
c) M. UTRILLA[6], a partir de su trabajo con niños autistas, hace un análisis de la cadena "percepción representación/no representación y soma" que nos puede aclarar los caminos por los que transitan las investiduras perceptivas y si éstas tienen un desarrollo constructivo en el devenir del psiquismo.

Ayudados de los tres instrumentos de diagnóstico de la personalidad que utilizamos en la investigación (Rorschach, Clasificación Psicosomática de P. MARTY y Batería de Cuestionarios de alexitimia y estrés), se evalúan

---

[4] Dejours, C., *"Enfermedades somáticas, ¿Un sin sentido?",* Rev. De Psicoterapia y Psicosomática, núm. 35/36 (oct.97), pág. 7

[5] Miguel AISA, M. de, *Histeria y psicosomática*, Rev. de Psicoterapia y Psicosomática, núm. 35/36 (oct.97), pág. 119.

[6] Utrilla, M., *¿Daño oculto o abandono de la percepción?. Relaciones entre histeria y psicosomática*, Rev. Psicoterapia y Psicosomática, núm. 42 (jul.1999)

las diferencias de funcionamiento psíquico de las pacientes que componen la muestra y se discriminan quiénes son capaces de llevar a cabo la elaboración mental de acuerdo con los grados de *buena mentalización, mentalización media y mala mentalización* en cada una de ella, sirviéndonos de las pruebas citadas.

Esta clasificación, a la que hemos llegado con los instrumentos que describimos en el siguiente capítulo, divide la muestra en dos grupos de mujeres infértiles, considerando que uno de ellos –el formado por pacientes con *buena mentalización* o con *mentalización media*- presenta como elementos psíquicos intervinientes en la infertilidad la existencia de un funcionamiento neurótico; y otro grupo -el que presenta una mala mentalización[7]- consecuentemente, un grado considerable de pensamiento operatorio, traducción de un déficit importante en su funcionamiento psíquico.

Se ha establecido –en colaboración con la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.) del Hospital Universitario DOCE DE OCTUBRE, en la que se ha obtenido la muestra- un proceso de seguimiento de los diferentes tratamientos de reproducción asistida que se ha aplicado a cada sujeto de la muestra y, sobre todo, de los resultados de estos tratamientos. Este seguimiento se ha llevado a cabo durante un periodo mínimo de dos años y máximo de dos años y medio, a partir de la exploración de cada sujeto.

6.4. HIPÓTESIS:

6.4.1. Hipótesis general: "De las mujeres diagnosticadas de infertilidad, aquellas en las que se observa un funcionamiento psíquico correspondiente a una MALA MENTALIZACIÓN, presentarán una mayor dificultad, estadísticamente significativa, para lograr el embarazo con la aplicación de TRA, que aquellas en las que se observe un grado de BUENA o MEDIA mentalización en su funcionamiento mental".

6.4.2. Hipótesis específicas:

1. Es posible establecer una asociación de resultados estadísticamente significativa entre los instrumentos diagnósticos "*Clasificación Psicosomática de P. MARTY*" y el "*El test de Rorschach*" en cuanto al grado de mentalización de un sujeto, como estructura de funcionamiento mental (relacionar C-3 y C-5 de tabla 4); [120 sujetos]

[7] "Mentalización": nos remitimos al cap. 4.

2. Es posible establecer una asociación de resultados estadísticamente significativa entre los sujetos con *buena mentalización o mentalización media* y el embarazo exitoso (relacionar C-4 y C-9 de tabla 4)
3. Es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre el grado de mentalización y la tendencia a generar patologías ginecológicas (relacionar C-4 y C-6 de tabla 4)
4. Es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre el grado de mentalización, a partir del método diagnóstico *"Test de Rorschach"* y el logro o fracaso de embarazos mediante la aplicación de TRA (relacionar C-3 y C-9); [110 sujetos].
5. Es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre el grado de mentalización, a partir de los métodos diagnósticos, una vez correlacionados *"Clasificación Psicosomática de P. MARTY y test de RORSCHACH"* y el logro o fracaso de embarazos mediante la aplicación de TRA (relacionar C-4 y C-9 de tabla 4);
6. Es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de alexitimia y el riesgo de enfermar (relacionar C-14 y C-6 de tabla 4) [120 sujetos]

No es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre el estrés como causa y el riesgo de enfermar (relacionar C-15 y C-6 de tabla 4) [120 sujetos]

6.5. OBJETIVO SECUNDARIO

Aproximarnos a la creación de un instrumento de medida psicológica indicativo de la previsión de éxito o no en la aplicación de TRA con las pacientes infértiles, siendo este instrumento una combinación de la Clasificación Psicosomática de P. MARTY[8] y determinados ítems del Test de RORSCHACH[9].

[8] Cap. 12, anexos I y II

[9] Para nuestra investigación hemos elegido 29 items, que se clasifican y fundamentan en los cap. 7 y12, anexo IV.

7. MATERIAL

7.1. FUENTES PRIMARIAS:

Se han aplicado tres tipos de pruebas psicológicas a todos los sujetos, 120 pacientes del Servicio de Esterilidad admitidas en el proceso de diagnóstico de dicho servicio, por considerar que existe algún tipo de infertilidad al haber transcurrido un año con relaciones sexuales normalizadas en ausencia de métodos anticonceptivos y sin que se haya producido el pretendido embarazo. No se ha tenido en cuenta si se trata de esterilidad primaria o secundaria[1], puesto que consideramos que el funcionamiento psíquico puede variar en función de los avatares de la vida y que, por tanto, el grado de mentalización que nos interesa diagnosticar cambia a partir de una desorganización de su aparato psíquico, aunque previamente estuviera bien construido, tal como hemos explicado en el capítulo *IV.— Teoría de Pierre MARTY.*

Las pruebas para el diagnóstico psicológico, dirigido a evaluar el grado de mentalización, se efectuaron de forma personalizada a cada sujeto; se aplicaron los siguientes instrumentos con los que evaluamos a los 120 sujetos:

[1] Primaria: dificultades o imposibilidad para lograr un primer embarazo. Secundaria: dificultades para lograr un embarazo después de haber llevado a término algún otro anteriormente.

7.1.1. Clasificación de Pierre MARTY: En realidad, no es a P. MARTY a quien se le ocurre la idea de crear este método sino a un amigo suyo, Benjamin ASTOGÁ, hombre polifacético —ingeniero de profesión-, entre cuyas aficiones estaba el estudio de la Psicosomática. Le convenció de la necesidad de tener un instrumento de evaluación que pudiera servir como criterio único e integrado en los equipos interdisciplinares (se estaba pensando en equipos donde pudieran entenderse profesionales de la salud mental y profesionales de la salud corporal).

La Clasificación fue realizada respetando un proceso de pensamiento que inquiere sobre causas y razones de ser, tendencias, cualidades, energías de estado potencial y de estado actual (vulnerabilidad / enfermedad), etc.

La Clasificación es también un método de investigación diagnóstica que nos lleva a encuadrar a un paciente en un punto de la nosografía psicosomática.

En este proceso investigador hay un concepto básico que es el de MENTALIZACIÓN: es decir, si tuviéramos que sintetizar lo que es *la Clasificación* en una frase, tendríamos que decir que es un instrumento diagnóstico, a través del cual intentamos averiguar cuál es el grado de mentalización de un paciente.

En realidad, es fundamental, desde el punto de vista del diagnóstico en psicosomática, establecer si estamos ante un sujeto *"bien mentalizado"*, de *"mentalización media"*, *"mal mentalizado"*. Este criterio va a ser determinante para establecer el grado de riesgo que en ese momento de su vida tiene un paciente de padecer trastornos psicosomáticos y de qué gravedad pueden ser éstos.

De este modo tendríamos tres objetivos fundamentales:

a) hacer la delimitación entre tres posibles estados mentales:
   — bien mentalizado (que tendría una correspondencia con lo que el autor denomina neurosis mentales).
   — mentalización media (corresponde a las neurosis de carácter)
   — mal mentalizado (directamente relacionado con las neurosis de comportamiento).
b) pronóstico ante el inicio de un proceso psicoterapéutico;
c) evaluación de la evolución de la psicoterapia, pasado un tiempo (este supuesto queda fuera de nuestra investigación).

EL MATERIAL: la actuación directa del investigador con los sujetos ha consistido en una entrevista semiestructurada de aproximadamente una

hora con cada uno[2]: en la entrevista se le van proponiendo al sujeto temas sobre los cuales él se expresa libremente. Se ha cuidado de que no se estableciera una dinámica de "pregunto-respondes", sino que el investigador propone temas que el sujeto debe desarrollar en un discurso libre. A partir de lo que el sujeto expresa o evita expresar o le turba o cambia el tono del discurso, etc., el investigador realiza preguntas o apunta elementos que faciliten la asociación del sujeto sobre cada tema, teniendo claro cuáles son los objetivos y cuáles son los puntos nucleares que hay que investigar.

Hay que tener en cuenta que no es una entrevista psicoanalítica. Es decir no es una entrevista totalmente abierta en la que un sujeto va exteriorizando en su propio orden preferencial sus objetos internos y omite aquellos extremos de los que no quiere hablar, y el analista, con un silencio acompañante, escucha; no es la técnica de asociación libre propiamente dicha, puesto que se le proponen los temas concretos sobre los que desarrollar su discurso. Esta técnica, aun dándose en ella una escucha psicoanalítica, es más cerrada y más directiva. Pero también está claramente diferenciada de los cuestionarios de personalidad, en los que el examinando dispone de un número concreto de respuestas predeterminadas.

Hay temas o preguntas sobre las que la respuesta puede ser más escueta, pero hay otras sobre las que el sujeto habla asociativamente durante varios minutos, por ejemplo.

Por tanto, con la limitación que supone el ir marcando los temas sobre los que hablar, aún así, es una entrevista lo más abierta posible, nada rígida, intentando primar la comunicación que el paciente hace de sus conflictos, de sus relaciones de objeto, de sus fantasías, de sus temores e inquietudes.

Tenemos que decir que la técnica puede variar, dependiendo para qué se aplique la clasificación: si es para una investigación, como el caso que nos ocupa y para la cual hemos realizado esta adaptación (Anexo II). Al incluir la limitación del tiempo de la entrevista y la uniformidad con que hay que entrevistar a todos los sujetos que componen la muestra, es una entrevista más cerrada (las mismas preguntas), hay que indagar especialmente en el área que se está investigando (en este caso es la infertilidad). Pero si fuera una entrevista puramente clínica, a un paciente que viniera a consulta, se debe hacer en varias sesiones, se le permite al paciente que elija él el orden de cada tema a tratar, se le facilita más la asociación libre, es más parecida a la entrevista propiamente psicoanalítica. La diferencia está en la lectura que después se hace de ella.

---

[2] Capítulo 12, Anexo II.

¿Qué áreas de la vida del paciente se indagan?: podríamos decir que todas. Se trata de hacer un recorrido por la vida del paciente intentando percibir de forma vertical la evolución psíquica en las distintas etapas de su vida, todo lo relacional, especialmente con sus padres y hermanos y con su(s) pareja(s), con todos los objetos internos. Su relación con el entorno del trabajo, de los amigos, etc. Se investiga también cómo ha sido su salud, desde el punto de vista médico, a lo largo de su vida.

De toda esta información vamos haciendo, a la vez, una lectura horizontal en relación a determinados puntos que podríamos llamar nucleares, que tienen estrecha relación con movimientos de construcción y deconstrucción[3]. Estos puntos son:

a) relaciones tempranas del paciente. Suele ser complicado investigar sobre esto, tratándose de adultos;
b) pérdidas y duelos: pérdidas de seres queridos por fallecimiento o rompimiento de parejas, pérdida de amigos muy significativos, pérdidas de alguna parte del cuerpo, de una función, como es la fertilidad, las pérdidas que conllevan los cambios de domicilios. Si se ha producido el trabajo de duelo correspondiente a dichas pérdidas, cómo ha sido su proceso de duelo; si está en ello, si ni siquiera ha entrado en este proceso, etc. Es decir, cómo ha reaccionado a nivel de afectos, de pensamiento, de recuerdos, de sueños, de síntomas, etc.
c) Cuando hablamos de traumas, lo hacemos en un sentido más amplio de lo que estamos acostumbrados. Por supuesto que la situación de duelo después de una pérdida representa un trauma, pero también es traumática cualquier situación de herida narcisista. Serían todas aquellas situaciones que producen una excitación interna que supera los recursos psíquicos para afrontarla. Ese plus de excitación puede generar una desorganización mental que, en su dinámica descendente, tiene ciertas probabilidades de repercutir en una desorganización física[4].
d) Si su funcionamiento psíquico corresponde preferentemente a un tipo de Ideal del Yo o más bien de Yo-ideal[5].

---

[3] Explicados en el Cap. 4.

[4] Nos remitimos a la noción de trauma, desarrollada en el capítulo 4.

[5] Cap. 12, anexo III.

e) Se investiga sobre las posibilidades del soñar del sujeto, de acuerdo con la clasificación que de los sueños realizó P. MARTY haciendo la siguiente diferenciación con las consecuentes repercusiones en la evaluación psicosomática.
   1) sueños típicos:
   2) sueños repetitivos:
   3) sueños operatorios:
   4) sueños crudos:
   5) No hay sueños:
f) Vida Operatoria: si el sujeto ha entrado en proceso de desorganización lenta y progresiva, de cronicidad relativa (incidentes psicosomáticos variables). Suele estar asociada con depresión esencial.

En conclusión, la Clasificación es un instrumento de evaluación que tiene la gran riqueza de que nos permite manejar abundantes datos de la psicodinamia de un individuo, es decir datos objetivos de su vida y datos de su funcionamiento interno inconsciente y, sobre todo preconsciente; pero la cruz es que no es un método objetivado y validado estadísticamente, aunque sí hay una fiabilidad lograda a lo largo de décadas de experiencia clínica: por una parte se están realizando desde su creación trabajos para su validación estadística, pero el gran hándicap es que se trata de un método interpretativo. Es decir, que para que podamos registrar muchos de los items de la clasificación, debemos tener en cuenta los datos objetivos que aporta de su devenir vital, pero a esto hay que añadir una labor interpretativa del discurso del sujeto.

7.1.2. Rorschach[6]: La prueba creada en 1921 por el doctor suizo Hermann Rorschach fue desde sus inicios una interesante aportación para los profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría que se dedicaban a tareas de psicodiagnóstico. Si bien comenzó empleándose como un test proyectivo, el trabajo realizado durante los últimos treinta y cinco años por el Dr. John EXNER ha desembocado en el sistema comprehensivo actual que, como una auténtica investigación de meta-análisis a lo largo de estas décadas y de la geografía universal, ha logrado uno de los mejores métodos diagnósticos, con una gran base estadística, y —lo que es más importante— la aceptación

[6] John E.Exner, Jr., Cendín Concepción (1995*). Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*, Título original: The Rorschach: *A Comprehensive System*. Vol 2. Cép 14 y 15 (traducción: Manuel Esbert Ramírez), Psimática, Madrid

y el reconocimiento de la práctica totalidad de las teorías que existen en la actualidad. Estos elementos proporcionan al test de RORSCHACH una riqueza y una fiabilidad incomparables en los ámbitos de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica, Escolar, Jurídica, Industrial y Deportiva.

Consta de 10 láminas con unas figuras inespecíficas (es conocido como el test de las manchas de tinta); 5 de estas láminas son de color negro y una gama de grises con fondo blanco, dos que, además del blanco y negro, incluyen partes en rojo y 3 que están compuestas de diferentes colores y tonalidades.

Se ha utilizado en la aplicación del test el mismo juego de láminas con todos los sujetos[7].

Este test tiene como objetivo la realización de un diagnóstico bastante amplio de la personalidad en todas sus dimensiones: intelectual, afectiva, defensas y de comportamiento. A diferencia de los test de inteligencia, se valoran menos las posibilidades intelectuales del individuo que el rendimiento efectivo de su inteligencia. También se valora el control de la afectividad: insuficiente, normal, restrictivo. El comportamiento se evalúa según diferentes factores: realismo, adaptación, contacto humano y social.

Elegimos aplicar en esta investigación el test de psicodiagnóstico de RORSCHACH porque:

- es a la vez una técnica perceptiva y proyectiva, lo que nos da información sobre las decisivas cuestiones que nos preguntamos aquí del funcionamiento mental de cada sujeto:
  - en sus aspectos cognitivos,
  - en sus aspectos representacionales e ideativos,
  - en su área afectiva,
  - en su sistema defensivo preferentemente utilizado.
- es una prueba de alta fiabilidad, dadas las constantes revisiones de su validación que a nivel mundial se han hecho desde su primera edición (1920) hasta ahora, habiéndose celebrado el último Congreso Internacional (el XVIII) en Barcelona, en julio de 2005;
- es una prueba aceptada desde las distintas conceptualizaciones teóricas existentes tanto en Psicología como en Psiquiatría;
- la clasificación de rasgos en constelaciones nos permitirá desestimar aquellos protocolos que, por la patología que reflejan, pudieran añadir variables indeseables a este estudio.

[7] HUBER, Verlag Hans, Bern, Switzerlan, printed 1994

De un estudio detallado de los numerosísimos items evaluables en el test de Rorschach hemos seleccionado 29, siguiendo como criterio la elección de aquellos traducibles en rasgos que intervienen con peso específico, tanto en positivo como en negativo, de forma directa en el concepto de MENTALIZACIÓN, desde sus vertientes cognitiva, afectiva, defensiva e interrelacional[8].

Estos 29 items son los que a continuación enumeramos con la correspondiente fundamentación clínica[9]:

1. ***R*** (número de respuestas del protocolo): nos indica la capacidad productiva del sujeto y está relacionado con el aspecto cuantitativo de las representaciones mentales que genera el preconciente de un individuo.
2. ***L*** (proporción de respuestas de forma pura): dependiendo de la capacidad para abrirse a un campo estimular más allá de la forma, nos indica la permisividad o evitación del procesamiento de emociones, así como la complejidad de las respuestas. Tanto la hiper (>0.84), como la hipo-convencionalidad (<0.32), que de este item se deriva, puede impedir una adaptación adecuada, ya que en ambos casos, la traducción de los estímulos puede resultar muy distorsionada y con ello gravemente dañada la capacidad para lograr una adaptación eficaz al entorno. Hay una equivalencia con el *pensamiento operatorio*, explicado en el capítulo 4, apdº 4.3.a)
3. ***EB*** (fórmula vivencial primaria): posibilidades de participación de los elementos ideacionales y afectivos de manera integrada; relación entre la ideación y las emociones.
4. ***FC /CF+C*** (relación entre las respuestas de color forma y las de color puro): capacidad para modular la expresión de los afectos; control o descontrol en el intercambio emocional.
5. ***Sum C' / Suma Ponderada de C*** (relación de respuestas de color negro/blanco/gris con respuestas cromáticas) Relaciona el grado de reversión sobre sí mismo de los elementos afectivos disruptivos con el nivel de procesamiento de emociones que el sujeto deliberadamente utiliza. Cuando las respuestas C' son iguales o mayores

[8] Cap. 12, anexo IV

[9] Exner Jr., John E. y Sendín, C., *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*.

que las respuestas C, puede considerarse un item coexistente con *depresión esencial,* referida en el capítulo 4, apdº 4.3.c)

6. ***M*** (respuestas de movimiento humano): Capacidad para utilizar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección. Menos de dos respuestas de movimiento humano refleja un déficit en el funcionamiento preconsciente del sujeto, tal como lo hemos tratado en el capítulo 4.
7. ***FM*** (movimiento animal): indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas.
8. ***m*** (respuestas de movimiento inanimado): nos informa sobre la pérdida de control, que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento; son procesos de tensión intrapsíquica inconscientes.
9. ***a / p*** (relación entre respuestas de movimientos activos y pasivos): indica la tendencia a los posicionamientos pasivos o activos en las relaciones interpersonales, así como en el afrontamiento de los problemas.
10. ***H*** (nº de respuestas de contenido humano): capacidad para generar representaciones internas del elemento humano, que está relacionado con la percepción de otro y de uno mismo, basada en elementos de la realidad, puesto que la respuesta en sí se refiere a figuras reales. 1 ó 0 respuestas de contenido humano (H) está relacionado con el déficit de representaciones mentales y con la depresión esencial, tratadas en el capítulo 4.
11. ***Suma C'*** (respuestas de color negro/blanco/gris): informa sobre el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos, a partir de estados de irritabilidad descontrolados.
12. ***T*** (respuestas de textura): Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto.
13. ***Y*** (respuestas de sombreado o claroscuro): Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento. Equivalen a las angustias difusas referidas en el capítulo 4, apdº 4.2. c)
14. ***Índice de aislamiento*** (suma de respuestas de contenidos no habituales): percepción del entorno interpersonal. El exceso de puntuación en este item (mayor de 0,33) está relacionado con el déficit de lazos afectivos y relacionales con otras personas, que se detecta

en el *pensamiento operatorio* al que nos hemos referido en el capítulo 4, apdº 4.3. a)

15. ***Afri*** (proporción de respuestas en las tres últimas láminas cromáticas): responsividad del sujeto a los estímulos emocionales; nivel de actividad con el que responde ante situaciones emocionalmente más cargadas. Si la puntuación obtenida en este item es inferior a 0,44, podemos considerarlo como un rasgo positivo de alexitimia.
16. ***Egocentrismo y reflejos*** (índice de la estimación de preocupación y ocupación del sujeto por sí mismo): nos indica el nivel de autocentramiento y de autoestima; una elevada puntuación en este item (mayor de 0,46) nos habla de una falla narcisista y la puesta en funcionamiento de mecanismos maniacos compensatorios. Lo relacionamos con el predominio del Ideal-del-Yo sobre el Yo-Ideal, referido en el capítulo 4, apdº 4.2. b) y anexo III.
17. ***S*** (número de respuestas en las que se incluye el espacio en blanco): en un número óptimo (1 ó 2 respuestas) nos informa sobre su capacidad de autonomía, independencia y autoafirmación; más de 4 indican actitudes caracteriales y rígidas en relación a un mal manejo de la hostilidad. Relacionamos este item con el predominio del Ideal-del-Yo sobre el Yo-Ideal, referido en el capítulo 4, apdº 4.2. b) y anexo III.
18. ***Blends*** (número y proporción de respuestas complejas, con más de un determinante): variabilidad de registros para modular respuestas afectivas, gracias a la capacidad de análisis y síntesis puesto en juego por el sujeto en sus respuestas. Menos del 20 % nos alerta sobre un déficit de la puesta en funcionamiento de los componentes cognitivos, déficit relacionado con carencia en la formación de representaciones mentales, tal como hemos descrito en el capítulo 4, apdº 3.4.
19. ***An + Xy*** (suma de las respuestas de contenido anatómico y radiografías del cuerpo humano): corresponde a representaciones corporales con una carga emocionalmente disruptiva. El exceso de este tipo de respuestas (más de tres) suele darse en momentos de deterioro físico.
20. ***EA*** (suma de ambos lados de la fórmula vivencial —movimiento humano y respuestas de color—): potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar)
21. ***es*** (fórmula vivencia secundaria): déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección (menos

de 2); o bien desbordamiento de éstos por impactos traumáticos (más de 12).

22. ***EA/es*** (relación entre la fórmula vivencial primaria y la secundaria): relaciona los recursos accesibles para iniciar conductas deliberadas, frente al malestar que producen los disparadores internos de tensión.
23. ***Fd*** (respuestas de comida): más de una respuesta en este item alerta sobre tendencia a comportarse de forma dependiente; por tanto estas respuestas están directamente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas.
24. ***COP*** (respuestas de cooperación entre elementos de la misma lámina): tendencia a establecer vínculos positivos en la relación interpersonal o dificultad para ello.
25. ***PSV*** (reiteración en el contenido de las respuestas): se refiere a la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos, que puede relacionarse con una falta de implicación en la recepción y expresión de las emociones.
26. ***Zd*** (diferencia entre la suma de puntuaciones ponderadas de Actividad Organizativa): capacidad para recoger y codificar la información con facilidad y precisión; eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno.
27. ***Zf*** (número de veces que se registra una puntuación Z o de relación entre elementos de la misma lámina en el protocolo): esfuerzo y capacidad creativa, que organiza, infunde sentido y crea una relación significativa entre los elementos de un campo estimular, en principio desestructurado; capacidad de adaptación a situaciones desconocidas.
28. ***GHR / PHR*** (respuestas de contenido humano que aportan una mayor o menor fidelidad a la realidad): indican el grado de calidad de las representaciones del elemento humano.
29. ***CDI*** (grado de dificultad de un sujeto para manejarse con la complejidad de la vida cotidiana): nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes a su entorno social; repliegue o inadecuación en las relaciones interpersonales. Está relacionado con la inhabilidad que genera la existencia de *depresión esencial* en un individuo.

7.1.3. T.A.S. La T.A.S. o "Escala de Alexitimia de Toronto" (Toronto Alexithimia Scale) fue desarrollada usando una estrategia combinada de construcción de escalas empírica y racional. En estudios con población clínica y

no clínica, la T.A.S. ha demostrado consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y una estructura de factores estable y replicable que es teóricamente congruente con el constructo alexitimia. Los dos primeros factores[10] (dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales y dificultad para la comunicación de sentimientos) corresponden al aspecto del reducido conocimiento emocional del constructo alexitimia explicado por NEMIAH y col. y NEMIAH y SIFNEOS; el tercer y cuarto de los factores (reducido ensoñamiento diurno y pensamiento externamente orientado) corresponde al *"pensée opératoire"* (P.O.) inicialmente descrito por MARTY y De M'UZAN. Consistente con los dominios teóricos del constructo alexitimia, la T.A.S. correlaciona negativamente con medidas de inclinación hacia lo psicológico, necesidad de conocimiento y expresión rabiosa, y positivamente con diferentes medidas de sintomatología somática "funcional". La T.A.S. también correlaciona positivamente con la subescala *pobre control atencional* del "Inventario breve de procesos imaginativos" (Short Imaginal Processes Inventory), un hallazgo consistente tanto con el constructo teórico de la alexitimia como con los informes clínicos, que indican que los individuos alexitímicos pierden la capacidad de verse inmersos en fantasías vívidas y elaboradas.

La investigación que ha venido utilizando T.A.S. también ha proporcionado evidencia empírica que apoya la formulación teórica y la impresión clínica de una asociación entre alexitimia y enfermedad somática, habiendo sido encontrada una correlación en una muestra de pacientes que cumplía los criterios del DSM-III para el trastorno de dolor psicógeno[11].

7.1.4.— Batería evaluadora de estrés

7.1.4.1. HAD

El HAD fue elaborado en 1.983 por A.S. ZIGMOND y R.P. SNAITH, del Departamentyo de Psiquiatría del St. James University Hospital de Leeds en Yorksinre, Inglaterra, a fin de detectar estados de depresión y ansiedad en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. La escala que decidieron elaborar pretendía ser breve, a fin de que pudiese ser contestada en un espacio corto de tiempo y centrarse en la evaluación de los

---

[10] Características de la alexitimia, en el capítulo 2.

[11] GRAEME J. TAYLOR Y COL., "El constructo 'Alexitimia': un paradigma potencial para la medicina psicosomática", Psychosomatics, 1991.

dos trastornos afectivos más comunes en la práctica clínica: la ansiedad y al depresión.

El HAD administrado es la versión en castellano traducida por el propio autor, R.P. SNAITH, en colaboración con BULBENA. Es un cuestionario autoadministrable, que consta de 14 items, de los cuales 7 miden ansiedad y los otros 7 depresión, distribuídos en orden alternativo. Este instrumento proporciona una valoración cuantitativa de la ansiedad y de la depresión. Pero llamamos en este punto la atención sobre el hecho de que este conocimiento que el examinando tiene sobre su estado de ánimo y que intenta plasmar en sus respuestas, se traduce en ítems aplicables a la depresión clásica, donde existe conciencia de su malestar y de su angustia. Es decir que difiere considerablemente de lo que en el capítulo 4 hemos definido como *depresión esencial*.

7.1.4.2. PANAS

La escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1.988) constituye uno de los instrumentos más utilizados para la medida de afecto positivo y negativo. Watson y col. crearon estas escalas en busca de un instrumento breve, fiable y válido que integrase marcadores 'puros' de ambos tipos de afecto. Constan de 20 adjetivos, 10 de ellos en la escala de Afecto Positivo (p. ej. Tenso, disgustado, culpable, irritado). Nos aporta unos perfiles de acuerdo con la dimensión cognitiva. la dimensión conductual, la dimensión emocional y la dimensión vegetativa de cada sujeto. La escala ha sido utilizada y analizada en España, donde se ha encontrado evidencia de su fiabilidad y validez; se han hallado, en muestras de mujeres adultas (Joiner, Sandín, Chorot, Lostao y Marquina, 1.997) y de universitarios (Sandín y col. 1.999) que se replica la estructura bifactorial postulada por Watson y sus colaboradores[12].

La puntuación total se obtiene del cociente resultante de dividir la suma de dimensiones emocional y cognitiva entre la suma de las conductual y vegetativa.

Las puntuaciones superiores a 1,5 aportan la cuota correspondiente de SÍ estrés, siendo su DT de 1,4.

---

[12] Estrella ROMERO y col., *"La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: el modelo de cinco factores y los cinco alternativos"*, Psicothema, Santiago de Compostela, 2002, vol. 14, nº 1, pp. 134-143.

7.1.4.3. I.R.E.

El I.R.E. (Índice de Reactividad al Estrés), de González de Rivera, definido como *"un conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables".* Se considera por tanto, como un rasgo relativamente estable que forma parte del grupo de variables propias del individuo o "factores internos" que condicionan su respuesta ante los acontecimientos estresantes o "factores externos de estrés" (González de Rivera, 1989).

Es un instrumento autoadministrado que consta de una breve introducción descriptiva del concepto de reactividad al estrés y una lista de las 32 pautas de reacción más comunes, con rango de puntación entre 0 y 32, considerándose 9 como punto de corte.

7.1.4.4. MCMQ

Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento; de Herman Feifel (M.C.M.Q.: Feifel el al. 1.986)

Consta de 19 items puntuados de 1 a 4 y evalúa el funcionamiento psicológico y conductual de las personas ante el hecho o la posibilidad de enfermar según tres diferentes estilos de afrontamiento: Confrontación, Evitación y/o Aceptación resignada.

El estilo confrontativo corresponde a aquellos que tratan de entender y abordar abiertamente su situación conflictiva intentando dar la mejor repuesta posible, o buscar la salida menos mala a tal situación, es el estilo más eficaz y de mejor pronóstico. Su rango de puntuación se sitúa entre 8 y 32.

El estilo evitativo suele darse en personas con baja autoeficacia y autoestima negativa, no suelen involucrarse en los avatares de la vida con entusiasmo, por el contrario, evitan o escapan de dar una respuesta franca a la situación (rango de puntuación de 7 a 28)

El uso de aceptación resignada como estilo de afrontamiento se da en personas que sienten tener pocas expectativas de resolver su problema o recuperarse de su enfermedad y la aceptan de forma resignada porque se ven impotentes, con sentimientos de 'coping' inadecuados (rango de puntuación: 4 a 16)

Establecemos como Índice Total de Afrontamiento, a través del cociente resultante de las respuestas de afrontamiento eficaz o confrontación (numerador) y la suma de respuestas de evitación más las de aceptación resignada (denominador), considerando indicativo de mejor pronóstico cuanto más próximo sea dicho cociente a 1, tomando como base para ello las medias y desviaciones típicas en los datos normativos del cuestionario original.

7.1.5. Diagnóstico: ginecológico emitido por el Equipo Médico de la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.) del Centro Hospitalario "DOCE DE OCTUBRE" de Madrid, y graduación de dicho diagnóstico, en cuanto a su gravedad y pronóstico[13].

7.1.6. Resultado: embarazo exitoso o no exitoso, a partir de la primera consulta, tanto si se aplican T.R.A. (Técnicas de Reproducción Asistida), tal como ocurre en la mayor parte de las pacientes que conforman la muestra, como si no ha habido tiempo de aplicar T.R.A., puesto que se ha producido el embarazo antes de iniciar dichas técnicas.

En nuestra investigación entendemos por *embarazo exitoso* aquél del que resulta uno varios niños nacido/s vivo/s; interpretamos como *embarazo no exitoso* aquél que, o bien no llega a producirse o, si se produce, se malogra, o si ha nacido el niño sin vida.

7.2. FUENTES SECUNDARIAS:

7.2.1. Publicaciones relacionadas con los temas de Psicosomática, de Infertilidad y, más concretamente, publicaciones en las que se relacionan ambos temas (apartado de Bibliografía).

7.2.2. Otras investigaciones: Conclusiones y métodos utilizados en investigaciones que por su proximidad y coincidencias puedan considerarse precusoras de aspectos globales o parciales del presente estudio.

— *A partir de la fecundación in vitro*, de F. MOREAU.
— *Histeria y adenomiosis,* de Eloisa CASTELLANO-MAURY.
— *La no-palabra, la modulación de las emociones y la ambigüedad*, de Pedro PÉREZ.
— *Estudio de la constelación alexitímica en el test de Rorschach y el análisis de los sueños* (tesis doctoral, 1998) de J. MORAL de la RUBIA.
— *Factores psicológicos como determinantes de la esterilidad femenina primaria* (tesis doctoral, 1981) de J. Ingelmo FERNÁNDEZ.
— *Características psicológicas en mujeres con opso-amenorea según el trastorno endocrino* (tesis doctoral, 1987), de Francisco Javier DÍAZ SILES.

[13] Capítulo 12, anexo V y capítulo 3.

— *"El psicodiagnóstico de Rorschach y las afecciones psicosomá-ticas",* en manuscrito de Alicia CERESA de CRIPPVICH (Escuela de Rorschach y Técnicas psicodiagnósticas, Rosario, Argentina, 1978).
— *"Enfermedades psicosomáticas y Rorschach"* en manuscrito de Alicia CERESA de CRIPOVICH (Seminario , Rosario, Argentina, 1976)
— *"La vivencia del cuerpo en pacientes psicosomáticos"*, en manuscrito de Pedro PÉREZ GARCÍA, (IEPPM, Valencia, 1992)

8. MÉTODO

8.1. PRIMERA FASE:

8.1.1 La muestra: Se ha elegido, en la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.) del Hospital Universitario "DOCE DE OCTUBRE" de Madrid, una muestra de 120 mujeres que consultan por problemas de infertilidad y se han seleccionado de acuerdo con los siguientes criterios:

— Diagnóstico de *infertilidad*: aquellas mujeres que, tras un año de relaciones sexuales normales y dirigidas a la procreación y, una vez realizadas las pruebas médicas necesarias, son consideradas infértiles por el Equipo Médico de la U.R.A.
— Se han desestimado aquellos sujetos que el Equipo Médico consideró inadecuadas para aplicarles T.R.A. por su edad o gravedad en el pronóstico.

8.1.2. Condiciones ambientales: La aplicación de las pruebas se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario "DOCE DE OCTUBRE" de Madrid.

La exploración se ha realizado en un despacho —el mismo para todos los sujetos— con buenas condiciones de espacio y de luz natural.

Las entrevistas y tests han sido aplicados por el doctorando personalmente sin que haya intervenido ninguna otra persona activa o pasivamente. La exploración de todos los sujetos se ha realizado en la banda horaria de las 8,30 a las 14,30 horas. El periodo de tiempo empleado para la exploración

del conjunto de los 120 sujetos ha estado comprendido entre noviembre del 2000 y febrero de 2002, a una media de cuatro sujetos por semana.

8.1.3. Instrumentos: A todas las pacientes (120) se les han aplicado los tres instrumentos descritos en el capítulo anterior:

— Clasificación Psicosomática de P. MARTY
— Test psicodiagnóstico de RORSCHACH
— Batería de Cuestionarios de Personalidad (T.A.S. y Batería de cuestionarios de estrés)

Y el proceso ha consistido en:

— Breve toma de contacto (aproximadamente 10 minutos), dedicados a transmitirles que iban a formar parte de una investigación en relación a los trastornos de infertilidad; se les explicó en qué consistiría la exploración psicológica y se les solicitó su permiso para incluir la valoración de esta exploración en los datos clínicos y psicológicos en dicha investigación, aunque esta inclusión se haría de forma anónima; por tanto, se les confirmaba su libertad para someterse a dicha exploración, una vez garantizado que su decisión no tendría ninguna repercusión en el proceso médico y administrativo que habían emprendido. Consideramos importante esta aclaración para evitar que con su colaboración intuyesen tratos de favor o, por el contrario, aparecieran temores e inquietudes respecto a la incidencia de los resultados psicológicos sobre la atención médica.
— Se afianzaba la idea del secreto profesional sobre todos los datos que obtuviéramos de la paciente, incluyendo la promesa de no pasar información a los médicos que la trataban sin consultárselo previamente a ella; y, finalmente se les comunicaba que, pasados unos días, tendríamos otra entrevista para hablar sobre las conclusiones que pudiéramos obtener de este encuentro. Todo este proceso sería grabado en audio, con la promesa de que, una vez evaluados y anotados los resultados, lo más pronto posible, la grabación sería destruída. Tres mujeres de las que iniciaron la entrevista decidieron no someterse a las pruebas psicológicas, siendo el resto —un total de 120— favorables a pasar por la experiencia propuesta.
— Inmediatamente que cada sujeto había dado su consentimiento, se comenzaba a aplicar la **Clasificación de Pierre Marty**[1]**.** Consiste en una entrevista

[1] Capítulo 12, anexo II

semiestructurada, en la cual se le propone hablar asociativamente de todos aquellos temas relacionados con su infancia, adolescencia, familia, parejas, amistades, aficiones, enfermedades, dependencias y vivencias sobre su infertilidad. El examinador controla el tiempo y encauza los temas, de forma que se cubran todas y cada una de las cuestiones indicadas en la entrevista, adaptada por el doctorando para esta investigación[2]. El tiempo que se dedica a esta entrevista es de una duración de aproximadamente una hora y media con cada sujeto.

— Después se realiza un descanso de 30 minutos.
— Aplicación del **Test de Rorschach** (sistema comprehensivo de Exner), utilizando el mismo juego de láminas, que pertenece a la edición impresa en 1.994, con todos los sujetos. En este caso el tiempo ha sido variable, dependiendo del número de respuestas y de la agilidad de cada sujeto. Para la codificación de respuestas y la obtención del Sumario Estructural de cada sujeto se ha utilizado el soporte informático RIAP4 Plus.
— **Batería de cuestionarios de personalidad:** se les han entregado un cuadernillo[3] a cada sujeto, para que los cumplimentara en su casa, en el plazo de una semana, con la indicación de que debía hacerlo ella sola, sin ayudas externas. Se les proporcionó un teléfono donde pudieran consultar directamente al doctorando las dudas que pudieran surgir en esta tarea.

8.1.4. Devolución: Se las citó ocho días después de la exploración para una breve entrevista de aproximadamente 20 minutos con el doctorando, en el mismo lugar de la exploración y en la misma banda horaria, para que nos entregaran la Batería de Cuestionarios y poder realizar por nuestra parte una resumida devolución de los resultados, con el objeto de tranquilizar y contener, dado que unos días antes habían tenido que hablar sobre una serie de cuestiones vitales que, en la mayoría de los casos, las habían removido emocionalmente. Tanto el Test de Rorschach como la Clasificación Psicosomática habían sido evaluados dentro de la misma semana que habían sido registrados. Los cuestionarios, que estaban identificados por un número de orden —ausente cualquier dato de filiación de la examinada-, serían corregidos al final de la toma de la muestra (febrero de 2002).

[2] N. a p. de p. anterior

[3] Capítulo 12, anexo VI

A partir de ese momento —una semana después de la exploración-, todos los resultados pasan a ser registrados a partir de un número[4], que sustituía los nombres o cualquier otro dato identificatorio de los sujetos.

8.1.5. Variables dependientes:

- — Edad: los sujetos elegidos están incluídos en los parámetros de edad que los especialistas médicos consideran susceptibles de ser tratadas con T.R.A. en la prosecución del embarazo (entre los 22 y 39 años inclusive)
- — Resultados de los tests
  - — Rorschach[5]
  - — Clasificación Psicosomática[6]
  - — T.A.S.[7]
  - — Batería de estrés[8]
- — Gravedad de la patología ginecológica femenina: se ha tenido en cuenta el diagnóstico médico emitido y se ha catalogado —de 0 a 5 puntos-[9] de acuerdo con lo especificado en el capítulo 12, anexo V.
- — Gravedad de la patología masculina: de acuerdo con la estimación diagnóstica del equipo médico se han establecido tres categorías: leve, moderado y grave[10].
- — De todos estos instrumentos, previa ponderación de las puntuaciones directas, deducimos la variable mentalización en los tres grados de **buena-media-mala**.

8.1.6. Variables independientes:

- — embarazo logrado (niño nacido vivo): tras dos años de observación, se han registrado las circunstancias habidas en el proceso médico de aplicación de T.R.A.

---

4 Columna 1 (C-1) de la tabla nº 4 (Puntaciones comparadas)

5 Tabla nº 1

6 Tabla nº 2.

7 Tabla nº 3

8 Tabla nº 3

9 I.G.F.: columna 6 (C-6), tabla nº 4 (Puntuaciones comparadas)

10 F.M.: columna 7 (C-7), tabla nº 4 (Puntuaciones comparadas)

— embarazo no logrado (no se ha producido embarazo o se ha malogrado antes del parto)
— partos múltiples

8.1.7.— Evaluación: Una vez aplicados los instrumentos diagnósticos y convenientemente evaluados se procedió a realizar los cálculos estadísticos de las funciones discriminantes de rasgos, aportadas por el material diagnóstico utilizado, y un análisis factorial de los resultados, limitándonos a tres constelaciones:

— Buena mentalización
— Mentalización media
— Mala mentalización

Este diagnóstico se ha realizado de la siguiente manera:

8.1.7.1.— Clasificación Psicosomática de P. M.[11]:

Convertimos en cuantitativa la valoración cualitativa de los rasgos investigados en la entrevista[12].

Para lo cual adjudicamos una puntuación numérica a cada uno de los rasgos que hemos evaluado, según los criterios establecidos por Pierre Marty y teniendo en cuenta el peso específico de cada item de la siguiente forma:

— Criterio de Buen Pronóstico [CBP]: N**x**3; de forma que, si hemos evaluado como positivos en un sujeto tres rasgos de esta categoría, tendremos 3 **x** 3 = 9 puntos.
— Factor Positivo [FP]: N**x**1; de forma que, si hemos evaluado como positivos en un sujeto cinco rasgos de esta categoría, tendremos 5 **x** 1 = 5 puntos.
— Factor de riesgo [FR]: N**x**-1; de forma que, si hemos evaluado como positivos en un sujeto cuatro rasgos de esta categoría, tendremos 4 x —1 = -4 puntos.
— Criterio de Mal Pronóstico [CMP]: N**x**-2; de forma que, si hemos evaluado en un sujeto cinco rasgos con esta categoría, tendremos 5 **x** —2 = —10 puntos.
— Criterio de Gravedad [CG]: N**x**-3; de forma que, si hemos evaluado como positivos en un sujeto dos rasgos con esta categoría, tendremos 2 **x** —3 = -6 puntos.

[11] Cap. 12, anexo I

[12] Tabla nº 2

Designamos a la suma de puntos de cada sujeto el grado de mentalización realizando la siguiente correspondencia:

— > 3 = buena mentalización,
— de 3 a -3 = mentalización media,
— < 3 = mala mentalización

Con estos criterios hemos elaborado la **tabla nº 2,** cuya suma de puntuaciones se encuentra en la columna cinco (C-5) de la tabla nº 4 (Puntuaciones comparadas)

8.1.7.2.— Test de Rorschach[13]:

Aplicamos como método de evaluación el Sistema Comprehensivo de EXNER, porque consideramos que de los existentes en la actualidad es el que mejor responde a un análisis formal de las respuestas y porque está soportado en un proceso estadístico exhaustivo y universal.

Obtenemos, con la ayuda del programa informático "RIAP4-Plus", el *sumario estructural* de cada sujeto, traducción numérica y estadística de los diferentes ítems evaluables con este tests, así como de las constelaciones:

— PTI (Índice perceptual),
— DEPI (Índice de depresión),
— CDI (Índice del déficit de cooperación interpersonal),
— SUICIDIO (potencial de riesgo de suicidio),
— HVI (Índice de hipervigilancia)
— OBS (Índice de estilo obsesivo).

Después de un detallado estudio de los rasgos que consideramos evaluables en el test de Rorschach, 29 indicadores que coinciden con propiedades similares a los factores que intervienen en el grado de mentalización de los sujetos de los sujetos y que en su conjunto se corresponden con los descritos por P. MARTY en su Clasificación Psicosomática. Estos 29 items serán los únicos con los que trabajamos de los posibles evaluables en el test de Rorschach.

Ponderamos los resultados estadísticos de cada sujeto en estos ítems seleccionados, reduciéndolos a tres categorías ("1" — "0" — "-1") que corresponden a *"Buena mentalización (1)" — "Mentalización media (0)" — "Mala mentalización (-1)"*. Para ello partimos de los umbrales de normalidad y

[13] Capítulo 12, anexo IV

anormalidad que la estadística emanada del propio test ha predeterminado a través del Sistema Comprehensivo de EXNER[14].

Por tanto, cada sujeto obtendrá la suma correspondiente a la puntuación obtenida en el conjunto de los 29 rasgos.

Designamos a la suma de puntos de cada sujeto el grado de mentalización realizando la siguiente correspondencia:

— > 3 = buena mentalización,
— de 3 a -3 = mentalización media,
— < 3 = mala mentalización

Con estos criterios hemos elaborado la **tabla nº 1,** siendo la suma de cada sujeto la que corresponde a la columna nº 3 (C-3), en la tabla de puntuaciones comparadas (Tabla nº 4).

8.1.7.3.— Escala de Alexitima de Toronto (T.A.S.):

De acuerdo con los parámetros estadísticos establecidos por la validación del cuestionario en la población española adjudicamos los valores:

— > 73 = 1 (SÍ alexitimia)
— de 73 a 63 (alexitimia grado medio)
— < 63 (NO alexitimia)

Con estos criterios hemos elaborado la **tabla nº 3** (junto a los resultados de los cuestionarios de estrés), siendo la suma de cada sujeto la correspondiente a la columna nº 14 (C-14), en la tabla de puntuaciones comparadas (Tabla nº 4).

8.1.7.4.— Batería de cuestionarios indicativos del grado de estrés:

a) H.A.D.
De acuerdo con los parámetros estadísticos establecidos por la validación del cuestionario en la población española adjudicamos los valores:
— 1 = >22 (SÍ estrés)
— 0 = de 18 a 22 (Estrés grado medio)
— -1 < 18 (NO estrés)

[14] Cap. 12, anexo nº IV

b) PANAS
De acuerdo con los parámetros estadísticos establecidos por la validación del cuestionario en la población española adjudicamos los valores:
— 1 = >1,4 (SÍ estrés)
— 0 = 1,4 a 0,85 (estrés grado medio medio)
— 1= <0,85 (NO estrés)

c) IRE
De acuerdo con los parámetros estadísticos establecidos por la validación del cuestionario en la población española adjudicamos los valores:
— 1 = >15 (SÍ estrés)
— 0 = de 9 a 15 (estrés medio)
— -1= < 8 (NO estrés)

d) MCMQ
De acuerdo con los parámetros estadísticos establecidos por la validación del cuestionario en la población española adjudicamos los valores:
— 1 = >2,4 (SÍ estrés)
— 0 = <076 (estrés MEDIO)
— -1 = de 0,76 a 2,4 (NO estrés)

Con estos criterios hemos elaborado la **tabla nº 3** (junto a los resultados de alexitimia), siendo la suma de cada sujeto la correspondiente a la columna nº 15 (C-15), en la tabla de puntuaciones comparadas (Tabla nº 4).

8.1.7.5. Diagnóstico ginecológico:

Hemos elaborado una escala de gravedad —de 0 a 5— y pronóstico del diagnóstico de patología ginecológica, a partir de las estadísticas publicadas en CUADRENOS DE MEDICINA REPRODUCTIVA, vol. 1, nº 2, año 1995[15].

8.2. SEGUNDA FASE:

8.2.1. Seguimiento individual: Es un proceso durante el cual se realiza un seguimiento individual de todos los sujetos**.** Este seguimiento consistió en la observación y toma de datos en relación a la aplicación a los 120

[15] Capítulo 12, anexo V

sujetos de Técnicas de Reproducción Asistida, durante el periodo de tiempo comprendido entre los dos años y dos años y medio siguientes a la exploración psicológica. Se recaba información concreta de los resultados, es decir de si se logra un embarazo exitoso o no, durante este periodo de tiempo.

8.2.2. Resultados de las T.R.A.: Una vez concluido este periodo de tiempo, registramos como variable independiente el resultado de la aplicación de T.R.A.: se ha producido embarazo del que ha nacido uno o varios niños, o bien no se ha producido embarazo o se ha malogrado antes del parto.

8.2.3. Relación estadística entre variables-I: Se aplica una relación estadística de asociación entre la variable dependiente (grado de mentalización) y el Índice de Gravedad Femenina (I.G.F.), una vez controlada la variable "Factor Masculino" (F.M., en C-7 de tabla 4)

La variable "Factor Masculino"[16] ha sido controlada en la investigación para evitar que solapadamente pueda desvirtuar los resultados de la variable independiente *"embarazo exitoso / no embarazo"*. Es decir, que en el proceso de resultados estadísticos ha sido tenida en cuenta a la hora de asociar el resto de las variables dependientes con los resultados de embarazo. Pero la infertilidad masculina no ha entrado en la investigación como un área explorada. Esto quiere decir que aquellos sujetos —mujeres— en cuya infertilidad pudiera intervenir en grado *severo17* la infertilidad masculina, han sido excluidos en los resultados de asociación estadística *"grado de mentalización / embarazo"*. El grado *severo* de infertilidad masculina afecta a 9 sujetos de la muestra.

8.2.4. Relación estadística entre variables-II: Se aplica una relación estadística de asociación entre las variables dependientes (edad, resultados de la Clasificación, resultados del test de Rorschach, resultados de cuestionario de Alexitimia, resultado de batería de cuestionarios de Estrés) y el Índice de Gravedad Femenina (I.G.F.) -una vez controlada la variable Índice de Gravedad Masculina (I.G.M.)-.

8.2.5. Relación estadística entre variables-III: Se aplica una relación estadística de asociación entre las variables dependientes (edad, resultados

---

[16] Capítulo 12, anexo V.

[17] Grado severo en el Factor Masculino se ha registrado en 9 casos de la muestra (nº de identificación de los sujetos 19, 40, 42, 60, 67, 74, 82, 103, 116) en C-7 de tabla 4).

de la Clasificación, resultados del test de Rorschach, resultados de cuestionario de Alexitimia, resultado de batería de cuestionarios de Estrés) y la variable independiente (embarazo-niño nacido vivo).

8.2.6. Relación estadística entre variables-IV: Se aplica una relación estadística de asociación entre la variable dependiente (grado de mentalización) y la variable independiente (embarazo-niño nacido vivo).

9. RESULTADOS

9.1. PUNTUACIONES COMPARADAS: TABLA Nº 4

EXPLICACIÓN

Puntuaciones comparadas: COLUMNAS (C-x):

1. Sujetos que componen la muestra y su *número de orden* correspondiente al criterio de cronología respecto al momento de la evaluación psicológica.
2. *Edad* de cada sujeto
3. Puntuaciones obtenidas en la Tabla nº 1 (Rorschach)
   - — si en esta columna ha obtenido una puntuación >3, en la columna siguiente (C-4) lo denominamos "BUENA MENTALIZACIÓN;
   - — si ha obtenido una puntación <-3, en la columna siguiente lo denominamos "MALA MENTALI-ZACIÓN";
   - — si ha obtenido una puntuación en el umbral de 3 a <3, en la columna siguiente lo denominamos "MENTALIZACIÓN MEDIA"
4. Grado de MENTALIZACIÓN (BUENA, MEDIA, MALA) obtenida en las puntuaciones de *Rorschach* y de la *Clasificación Psicosomática*. Cuando no coincide el grado de mentalización en ambas tablas (C-3 y C-5), se indican los dos grados diferentes (por ej. BUENA/MALA, en el S-20).

5. Puntuaciones obtenidas en la Tabla nº 2 (Clasificación Psicosomática). Se aplican los mismos criterios que en la columna nº 2, siendo en la columna anterior (C-4) donde se especifica la denominación cualitativa.
6. *Índice de Gravedad Femenino*, obtenido del diagnóstico ginecológico (de 0 a 5). Cap. 12, anexo V.
7. *Índice de Gravedad del diagnostico del Factor Masculino* (1-leve; 2-moderado; 3-severo). Cap. 12, anexo V. Con un total de 25 leves, 13 moderados y 9 severos.
8. Índice de gravedad de los diagnósticos de infertilidad, sumados el ginecológico (IGF) y el factor masculino (FM): C-6 + C-7.
9. Embarazo exitoso o nacido vivo (S), los no logrados, bien porque no se ha producido embarazo o porque se ha malogrado (N), y los casos cuyo desenlace desconocemos (¿?).
10. Embarazos exitosos (1), con un total de 58. Desdoblamiento de la columna C-9.
11. Embarazos no logrados (0), con un total de 52. Desdoblamiento de la columna C-9.
12. Casos en los que ignoramos si ha habido embarazo exitoso (.) con un total de 10. Desdoblamiento de la columna C-9.
13. Embarazos Múltiples a término (E.M.), con un total de 7 dobles y uno triple.
14. Resultados del Cuestionario TAS (alexitimia), en la tabla nº 3.
15. Resultados de la batería de estrés, en la tabla nº 3.

9.2. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS:

9.2.1. Distribución del frecuencias y percentiles de los suj. por edades

C-2: EDAD				
C-2	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
22	1	0.83	1	0.83
25	2	1.67	3	2.50
26	2	1.67	5	4.17
27	4	3.33	9	7.50
28	5	4.17	14	11.67
29	11	9.17	25	20.83
30	10	8.33	35	29.17
31	9	7.50	44	36.67
32	10	8.33	54	45.00
33	15	12.50	69	57.50
34	9	7.50	78	65.00
35	15	12.50	93	77.50
36	12	10.00	105	87.50
37	9	7.50	114	95.00
38	4	3.33	118	98.33
39	2	1.67	120	100.00

9.2.2. Distribución de las puntuaciones en el *Test de Rorschach*:

C-3 : RORSCHACH				
C-3	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-13	2	1.67	2	1.67
-12	1	0.83	3	2.50
-9	3	2.50	6	5.00
-8	3	2.50	9	7.50
-7	4	3.33	13	10.83
-6	2	1.67	15	12.50
-5	11	9.17	26	21.67
-4	5	4.17	31	25.83
-3	6	5.00	37	30.83
-2	7	5.83	44	36.67
-1	6	5.00	50	41.67
0	3	2.50	53	44.17
1	11	9.17	64	53.33
2	6	5.00	70	58.33
3	12	10.00	82	68.33
4	8	6.67	90	75.00
5	10	8.33	100	83.33
6	6	5.00	106	88.33
7	2	1.67	108	90.00
8	3	2.50	111	92.50
9	3	2.50	114	95.00
10	1	0.83	115	95.83
12	1	0.83	116	96.67
13	1	0.83	117	97.50
14	1	0.83	118	98.33
15	2	1.67	120	100.00

9.2.3. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la *Clasificación Psicosomática*

C-5 : CLASIFICACIÓN P. MARTY				
C-5	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-10	4	3.33	4	3.33
-9	1	0.83	5	4.17
-8	10	8.33	15	12.50
-7	6	5.00	21	17.50
-6	10	8.33	31	25.83
-5	9	7.50	40	33.33
-4	5	4.17	45	37.50
-3	3	2.50	48	40.00
-2	4	3.33	52	43.33
-1	4	3.33	56	46.67
0	4	3.33	60	50.00
1	3	2.50	63	52.50
2	11	9.17	74	61.67
3	13	10.83	87	72.50
4	2	1.67	89	74.17
5	6	5.00	95	79.17
6	4	3.33	99	82.50
7	6	5.00	105	87.50
8	3	2.50	108	90.00
9	6	5.00	114	95.00
10	3	2.50	117	97.50
12	3	2.50	120	100.00

9.2.4. Distribución de los grados BUENA, MEDIA Y MALA MENTALIZACIÓN:

RORSCHACH / CLASIFICACIÓN				
C-4	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
BUENA	33	27.50	33	27.50
BUENA/MALA	8	6.67	41	34.17
MALA	27	22.50	68	56.67
MEDIA	45	37.50	113	94.17
MEDIA/BUENA	2	1,66	115	95,83
MEDIA/MALA	5	4.17	120	100.00

Son 33 sujetos (27,50 %) los que han obtenido un grado de BUENA MENTALIZACIÓN, coincidiendo los criterios del Test de Rorschach con los de la Clasificación Psicosomática P.M.

Son 27 sujetos (22,50 %) los que han obtenido un grado de MALA MENTALIZACIÓN, coincidiendo dichos criterios.

Son 45 los sujetos (37,50 %) que han obtenido un rango de MENTALIZACIÓN MEDIA, coincidiendo dichos criterios.

Son 15 los sujetos (12,50 %), cuyo grado de MENTALIZACIÓN no coincide, utilizando Rorschach/Clasificación.

9.2.5. Distribución según el índice de Gravedad Femenina:

C-6				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	16	13.33	16	13.33
1	11	9.17	27	22.50
2	43	35.83	70	58.33
3	16	13.33	86	71.67
4	21	17.50	107	89.17
5	13	10.83	120	100.00

9.2.6. Distribución de los sujetos según el índice de Gravedad Masculina:

C-7: I.G.M.				
C-7	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
1	26	55.32	26	55.32
2	12	25.53	38	80.85
3	9	19.15	47	100.00

9.2.7. Distribución de los sujetos según el índice de Gravedad Total: Masculina y Femenina:

C – 8: I.G.T.				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	7	5.83	7	5.83
1	3	2.50	10	8.33
2	40	33.33	50	41.67
3	21	17.50	71	59.17
4	24	20.00	95	79.17
5	25	20.83	120	100.00

Son 34 los sujetos que padecen un nivel alto (4-5) de gravedad femenina (C-6), que equivale a un porcentaje del 38,33 % del total.

Los sujetos en los que coincide un nivel alto (3) de gravedad masculina (C-7) son 9 (19,15 %)

Los sujetos en los que su nivel de gravedad total [fem. y masc.] (C-8) es alto (4-5) son 49 (20,83 %)

9.2.8. Distribución de frecuencias y porcentajes de embarazos exitosos (nacido vivo), y de embarazo no exitoso (o bien no se ha producido el embarazo o no ha llegado a término):

C - 9 : Embarazo exitoso (nacido vivo)				
C-9	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
?	10	8.33	10	8.33
N	52	43.33	62	51.67
S	58	48.33	120	100.00

Se produjo embarazo y el niño nació vivo en 58 casos (48,33 %).

No se produjo embarazo o, si se produjo, no llegó a término en 52 casos (43,33 %)

No se ha podido saber si se produjo embarazo o no (generalmente no volvieron a consulta) en 10 casos (8,33 %)

9.2.9. Parto múltiple:

C - 13 : Parto multiple				
C-13	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
2	7	87.50	7	87.50
3	1	12.50	8	100.00

Se produjo embarazo exitoso con parto múltiple en 8 casos (7 de gemelos o mellizos y 1 de trillizos)

9.3. RELACIÓN DE EMBARAZO (SÍ/NO) CON MÉTODOS EMPLEADOS

9.3.1. En el *tes de Rorschach:* NV = 0 (emb. NO exitoso)

En relación al test de Rorschach				
C-3	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-13	2	3.85	2	3.85
-12	1	1.92	3	5.77
-9	3	5.77	6	11.54
-8	2	3.85	8	15.38
-7	3	5.77	11	21.15
-6	1	1.92	12	23.08
-5	7	13.46	19	36.54
-4	3	5.77	22	42.31
-3	1	1.92	23	44.23
-2	3	5.77	26	50.00
0	1	1.92	27	51.92
1	6	11.54	33	63.46
2	4	7.69	37	71.15
3	4	7.69	41	78.85
4	1	1.92	42	80.77
5	3	5.77	45	86.54
6	1	1.92	46	88.46
7	1	1.92	47	90.38
8	1	1.92	48	92.31
9	2	3.85	50	96.15
10	1	1.92	51	98.08
12	1	1.92	52	100.00

Rorsch. var3	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
BUENA	11	21.15	11	21.15
MALA	22	42.31	33	63.46
MEDIA	19	36.54	52	100.00

Los sujetos cuyo embarazo **NO** ha sido exitoso [NV = 0] han obtenido en el test de Rorschach el grado de:

— BUENA MENTALIZACIÓN: (puntuaciones >3) = 11 (21,15 %)
— MALA MENTALIZACIÓN: (punt. <-3) = 22 (42,31 %)
— MENTALIZACIÓN MEDIA: (punt. de 3 a -3 incl.)= 19 (36,54 %)

9.3.2. En relación a las puntuaciones obtenidas en la *Clasificación Psicosomática*:

NV = 0 (emb. NO exitoso)

Var5	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
BUENA	9	17.31	9	17.31
MALA	31	59.62	40	76.92
MEDIA	12	23.08	52	100.00

NV = 0 (emb. no exitoso)

En relación a la Clasificación				
C-5	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-10	3	5.77	3	5.77
-9	1	1.92	4	7.69
-8	7	13.46	11	21.15
-7	4	7.69	15	28.85
-6	5	9.62	20	38.46
-5	7	13.46	27	51.92
-4	4	7.69	31	59.62
-3	1	1.92	32	61.54
-2	2	3.85	34	65.38
-1	1	1.92	35	67.31
0	3	5.77	38	73.08
1	1	1.92	39	75.00
3	4	7.69	43	82.69
4	1	1.92	44	84.62
5	2	3.85	46	88.46
7	2	3.85	48	92.31
9	3	5.77	51	98.08
12	1	1.92	52	100.00

Los sujetos cuyo embarazo **NO** ha sido exitoso [NV = 0], han obtenido en el Clasificación Psicosomática el grado de:

— BUENA MENTALIZACIÓN: (puntuaciones >3) = 9 (17,31 %)
— MALA MENTALIZACIÓN: (punt. <-3) = 31 (56,62 %)
— MENTALIZACIÓN MEDIA: (punt. de 3 a -3 incl.) = 12 (23,08)

9.3.3. En relación al *Índice de Gravedad Femenino* (I.G.F.):

NV = 0 (emb. no exitoso)

C-6: I.G.F.				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	1	1.92	1	1.92
1	3	5.77	4	7.69
2	9	17.31	13	25.00
3	8	15.38	21	40.38
4	18	34.62	39	75.00
5	13	25.00	52	100.00

Los sujetos cuyo embarazo no ha sido exitoso (NV = 0) y que han sido diagnosticados con un nivel alto de gravedad femenina (4 y 5) han sido 31 (60 %)

Los sujetos cuyo embarazo no ha sido exitoso (NV = 0) y que han sido diagnosticados con un nivel bajo-medio de gravedad femenina (1, 2 y 3) han sido 21 (40,38 %)

9.3.4. En relación al *Índice de Gravedad Total* (fem. y masc.)

NV = 0 (emb. no exitoso)

C-8				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
2	4	7.69	4	7.69
3	5	9.62	9	17.31
4	20	38.46	29	55.77
5	23	44.23	52	100.00

Los sujetos cuyo embarazo no ha sido exitoso (NV = 0) y que han sido diagnosticados con un nivel alto (4-5) de gravedad total (fem. + masc.) han sido 43 (82,69 %)

Los sujetos cuyo embarazo no ha sido exitoso (NV = 0) y que han sido diagnosticados con un nivel bajo-medio de gravedad total (fem.+masc) (2 y 3) han sido 9 (17,31 %)

9.3.5. En relación a los resultados del *Test de Rorschach* (var. 3)

NV = 1 (emb. exitoso)

var3	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
BUENA	25	43.10	25	43.10
MALA	5	8.62	30	51.72
MEDIA	28	48.28	58	100.00

— Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso [NV = 1], han obtenido en el test de Rorschach el grado de:
— BUENA MENTALIZACIÓN: (puntuaciones >3) = 25 (43,10 %)
— MALA MENTALIZACIÓN: (punt. <-3) = 5 (8,62 %)
— MENTALIZACIÓN MEDIA: (punt. de 3 a -3 incl.) =28 (48,28 %)

NV = 1 puntuaciones (emb. exitoso)

En relación al Test de Rorschach				
C-3	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-8	1	1.72	1	1.72
-7	1	1.72	2	3.45
-5	3	5.17	5	8.62
-3	4	6.90	9	15.52
-2	4	6.90	13	22.41
-1	6	10.34	19	32.76
0	1	1.72	20	34.48
1	5	8.62	25	43.10
2	1	1.72	26	44.83
3	7	12.07	33	56.90
4	7	12.07	40	68.97
5	7	12.07	47	81.03
6	5	8.62	52	89.66
8	1	1.72	53	91.38
9	1	1.72	54	93.10
13	1	1.72	55	94.83
14	1	1.72	56	96.55
15	2	3.45	58	100.00

9.3.6. En cuanto a los resultados de la *Clasificación Psicos.* (C-5)
NV = 1 (emb. exitoso)

Clasificación Psicosomática: C-5				
C-5	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-10	1	1.72	1	1.72
-7	2	3.45	3	5.17
-6	4	6.90	7	12.07
-5	1	1.72	8	13.79
-4	1	1.72	9	15.52
-3	2	3.45	11	18.97
-2	2	3.45	13	22.41
-1	1	1.72	14	24.14
1	2	3.45	16	27.59
2	10	17.24	26	44.83
3	9	15.52	35	60.34
4	1	1.72	36	62.07
5	4	6.90	40	68.97
6	4	6.90	44	75.86
7	4	6.90	48	82.76
8	3	5.17	51	87.93
9	2	3.45	53	91.38
10	3	5.17	56	96.55
12	2	3.45	58	100.00

Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso [NV = 1], han obtenido en la Clasificación Psicosomática el grado de:

— BUENA MENTALIZACIÓN: (puntuaciones >3) = 23 (39,66 %)
— MALA MENTALIZACIÓN: (punt. <-3) = 9 (15,52 %)
— MENTALIZACIÓN MEDIA: (punt. de 3 a -3 incl.) =26 (44,83 %)

-

var5	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
BUENA	23	39.66	23	39.66
MALA	9	15.52	32	55.17
MEDIA	26	44.83	58	100.00

9.3.7. En cuanto a la edad:

NV = 1 (emb. exitoso)

Edad: C-2				
C-2	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
22	1	1.72	1	1.72
25	2	3.45	3	5.17
26	1	1.72	4	6.90
27	1	1.72	5	8.62
28	3	5.17	8	13.79
29	5	8.62	13	22.41
30	6	10.34	19	32.76
31	6	10.34	25	43.10
32	5	8.62	30	51.72
33	8	13.79	38	65.52
34	3	5.17	41	70.69
35	7	12.07	48	82.76
36	4	6.90	52	89.66
37	4	6.90	56	96.55
38	2	3.45	58	100.00

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	2.9195	1.8889	2.3890	0.1222
C-2 [edad]	1	-0.0863	0.0576	2.2433	**0.1342**

No hay asociación entre el Edad y Embarazo exitoso (Pr: 0,1342)

9.3.8. En cuanto al Índice de *Gravedad Femenina* (I.G.F.):
NV = 1 (emb. exitoso)

I.G.F.: C-6				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	15	25.86	15	25.86
1	8	13.79	23	39.66
2	29	50.00	52	89.66
3	5	8.62	57	98.28
4	1	1.72	58	100.00

Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso (NV = 1) y que han sido diagnosticados con un nivel alto de gravedad femenina (4 y 5) han sido 1 (1,72 %)

Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso (NV = 1) y que han sido diagnosticados con un nivel bajo-medio de gravedad femenina (0, 1, 2 y 3) han sido 57 (98,28 %)

9.3.9. En cuanto al Índice de *Gravedad Total* (I.G.T.)

I.G.T.: C-8				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	7	12.07	7	12.07
1	3	5.17	10	17.24
2	33	56.90	43	74.14
3	13	22.41	56	96.55
4	2	3.45	58	100.00

Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso (NV = 1) y que han sido diagnosticados con un nivel alto de gravedad total (fem.+masc.) (4) han sido 2 (3,45 %)

Los sujetos cuyo embarazo ha sido exitoso (NV = 1) y que han sido diagnosticados con un nivel bajo-medio de gravedad total (fem.+masc.) (0, 1, 2 y 3) han sido 56 (96,55 %)

9.4. CORRELACIONES

9.4.1. Correlación de la distribución de la variable C-3 (Rorschach) respecto a variable independiente NV=0 (NO embarazo exitoso) y NV=1 (SÍ embarazo exitoso)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable C-3 Classified by Variable NV					
NV	**N**	**Sum of Scores**	**Expected Under H0**	**Std Dev Under H0**	**Mean Score**
0	52	2375.50	2886.0	166.631149	45.682692
1	58	3729.50	3219.0	166.631149	64.301724
Average scores were used for ties.					

52 sujetos NV=0 (Emb. NO exitoso) y 58 sujetos NV=1 (Emb. SÍ exitoso)

Wilcoxon Two-Sample Test	
Statistic	2375.5000
Normal Approximation	
Z	-3.0607
One-Sided Pr < Z	0.0011
Two-Sided Pr > |Z|	0.0022
T Approximation	
One-Sided Pr < Z	0.0014
Two-Sided Pr > |Z|	**0.0028**
Z includes a continuity correction of 0.5.	

La diferencia en C-3 (resultados del test de Rorschach) entre las dos categorías (NV=0 y NV=1) –[0,0028]- es muy significativa porque el coeficiente de correlación es muy inferior a 0,05.

9.4.2. Correlaciones de la distribución de la variable C-5 (Clasificación Psicosomática) respecto a variable independiente NV=0 (NO embarazo exitoso) y NV=1 (SÍ embarazo exitoso)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable C-5 Classified by Variable NV					
NV	**N**	**Sum of Scores**	**Expected Under H0**	**Std Dev Ander H0**	**Mean Score**
0	52	2150.0	2886.0	166.653792	41.346154
1	58	3955.0	3219.0	166.653792	68.189655
Average scores were used for ties.					

52 sujetos NV=0 (Emb. NO exitoso) y 58 sujetos NV=1 (Emb. SÍ exitoso)

Wilcoxon Two-Sample Test	
Statistic	2150.0000
Normal Approximation	
Z	-4.4133
One-Sided Pr < Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	<.0001
T Approximation	
One-Sided Pr < Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	**<.0001**
Z includes a continuity correction of 0.5.	

La diferencia en C-5 (resultados de la Casificación Psicosomática) entre las dos categorías (NV=0 y NV=1) –[0,001]- es muy significativa porque el coeficiente de correlación es muy inferior a 0,05

9.4.3. Correlaciones de la distribución de la variable C-2 (Edad) respecto a variable independiente NV=0 (NO embarazo exitoso) y NV=1 (SÍ embarazo exitoso)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable C-2 (EDAD) Classified by Variable NV					
NV	**N**	**Sum of Scores**	**Expected Under H0**	**Std Dev Under H0**	**Mean Score**
0	52	3125.0	2886.0	166.303248	60.096154
1	58	2980.0	3219.0	166.303248	51.379310
Average scores were used for ties.					

52 sujetos NV=0 (Emb. NO exitoso) y 58 sujetos NV=1 (Emb. SÍ exitoso)

Wilcoxon Two-Sample Test	
Statistic	3125.0000
Normal Approximation	
Z	1.4341
One-Sided Pr > Z	0.0758
Two-Sided Pr > |Z|	0.1515
t Approximation	
One-Sided Pr > Z	0.0772
Two-Sided Pr > |Z|	**0.1544**
Z includes a continuity correction of 0.5.	

La diferencia en C-2 (Edad) entre las dos categorías (NV=0 y NV=1) –[0,1544]- NO es significativa porque el coeficiente de correlación es muy superior a 0,05.

9.4.4. Correlaciones de la distribución de la variable C-6 (Índice de Gravedad Femenina) respecto a variable independiente NV=0 (NO embarazo exitoso) y NV=1 (SÍ embarazo exitoso)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable C-6 Classified by Variable NV					
NV	**N**	**Sum of Scores**	**Expected Under H0**	**Std Dev Under H0**	**Mean Score**
0	52	4005.0	2886.0	162.482119	77.019231
1	58	2100.0	3219.0	162.482119	36.206897
Average scores were used for ties.					

52 sujetos NV=0 (NO exitoso) y 58 sujetos NV=1 (SÍ exitoso)

Wilcoxon Two-Sample Test	
Statistic	4005.0000
Normal Approximation	
Z	6.8838
One-Sided Pr > Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	<.0001
t Approximation	
One-Sided Pr > Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	**<.0001**
Z includes a continuity correction of 0.5.	

La diferencia en C-6 (Índice de Gravedad Femenina) entre las dos categorías (NV=0 y NV=1) –[0,001]- es muy significativa porque es muy inferior a 0,05.

9.4.5. Correlaciones de la distribución de la variable C-8 (Índice de Gravedad Total) respecto a variable independiente NV=0 (NO embarazo exitoso) y NV=1 (SÍ embarazo exitoso).

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable C-8: I.G.T. Classified by Variable NV					
NV	**N**	**Sum of Scores**	**Expected Under H0**	**Std Dev Under H0**	**Mean Score**
0	52	4205.50	2886.0	161.957619	80.8750
1	58	1899.50	3219.0	161.957619	32.7500
Average scores were used for ties.					

52 sujetos NV=0 (NO exitoso) y 58 sujetos NV=1 (SÍ exitoso)

Wilcoxon Two-Sample Test	
Statistic	4205.5000
Normal Approximation	
Z	8.1441
One-Sided Pr > Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	<.0001
t Approximation	
One-Sided Pr > Z	<.0001
Two-Sided Pr > |Z|	**<.0001**
Z includes a continuity correction of 0.5.	

La diferencia en C-8 (Índice de Gravedad Total)) entre las dos categorías (NV=0 y NV=1) –[0,001]- es muy significativa porque es muy inferior a 0,05.

9.5. I.G.F. E I.G.T. Y TEST DE RORSCHACH

Coincidencia entre el Índice de Gravedad Femenina e Índice de Gravedad Total, en relación al grado de mentalización obtenido a través del Test de Rorschach

9.5.1. BUENA MENTALIZACIÓN

I.G.F.: C-6				
C-6	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	28.95	11	28.95
1	5	13.16	16	42.11
2	14	36.84	30	78.95
4	3	7.89	33	86.84
5	5	13.16	38	100.00

De los 38 sujetos que tienen una BUENA MENTALIZACIÓN a partir de los resultados del Test de Rorschach, 30 (78,95 %) corresponden a los considerados con un I.G.F. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 8 (21,05 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.F. alto (4-5).

BUENA MENTALIZACIÓN

I.G.T.: C-8				
C-8	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	4	10.53	4	10.53
1	2	5.26	6	15.79
2	17	44.74	23	60.53
3	3	7.89	26	68.42
4	6	15.79	32	84.21
5	6	15.79	38	100.00

De los 38 sujetos que tienen una BUENA MENTALIZACIÓN, a partir de los resultados del test de Rorschach, 26 (68,42 %) corresponden a los considerados con un I.G.T bajo-medio (0, 1, 2 y 3). Y 12 (31,58 %) sujetos corresponden a los considerados con I.G.T. alto (4-5).

9.5.2. MALA MENTALIZACIÓN

I.G.F.: C-6				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	1	3.23	1	3.23
1	1	3.23	2	6.45
2	4	12.90	6	19.35
3	4	12.90	10	32.26
4	14	45.16	24	77.42
5	7	22.58	31	100.00

De los 31 sujetos que tienen MALA MENTALIZACIÓN, a partir de los resultados del test de Rorschach, 10 (32,26 %) corresponden a los diagnosticados con un I.G.F. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 21 (67,74 %) sujetos corresponden a los diagnosticados con un I.G.F. alto (4-5).

MALA MENTALIZACIÓN

C-8: I.G.T.				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	1	3.23	1	3.23
2	4	12.90	5	16.13
3	1	3.23	6	19.35
4	11	35.48	17	54.84
5	14	45.16	31	100.00

De los 31 sujetos que tienen MALA MENTALIZACIÓN, a partir de los resultados del test de Rorschach, 6 (19,35 %) corresponden a los diagnosticados con un I.G.T. bajo-medio (0, 1, 2 y 3). Y 25 (80,65 %) sujetos corresponden a los diagnosticados con un I.G.T. alto (4-5).

9.5.3. MENTALIZACIÓN MEDIA

I.G.F.: C-6				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	4	7.84	4	7.84
1	5	9.80	9	17.65
2	25	49.02	34	66.67
3	12	23.53	46	90.20
4	4	7.84	50	98.04
5	1	1.96	51	100.00

De los 51 sujetos que tienen MENTALIZACIÓN MEDIA, a partir del test de Rorschach, 46 (90,20 %) corresponden a los diagnosticados con un I.G.F. bajo-medio (0, 1, 2 y 3). Y 5 (9,80 %) sujetos corresponden a los diagnosticados con un I.G.F. alto (4-5).

MENTALIZACIÓN MEDIA

I.G.T.: C-8				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	2	3.92	2	3.92
1	1	1.96	3	5.88
2	19	37.25	22	43.14
3	17	33.33	39	76.47
4	7	13.73	46	90.20
5	5	9.80	51	100.00

De los 51 sujetos que tienen MENTALIZACIÓN MEDIA, a partir de los resultados del test de Rorschach, 39 (76,47 %) corresponden a los diagnosticados con un I.G.T. bajo-medio (0,1,2y3).Y 12 (23,53 %) sujetos corresponden a los diagnosticados con un I.G.T. alto (4-5).

9.5.4. CORRELACIÓN RORSCHACH/I.G.F.

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-3	120	0.65833	5.72844	1.00000	-13.00000	15.00000	C-3
C-6	120	2.45000	1.49986	2.00000	0	5.00000	C-6

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-3	**C-6**
C-3 **C-3**	1.00000	-0.35686 <.0001
C-6 **C-6**	-0.35686 <.0001	1.00000

El coeficiente de correlación entre los resultados de Rorschach y el I.G.F. tomando como referente el grado de MENTALIZACIÓN es significativo [< .0001]

9.5.5. CORRELACIÓN *RORSCHACH* / *I.G.T.*.

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-3	120	0.65833	5.72844	1.00000	-13.00000	15.00000	C-3
C-8	120	3.05833	1.41597	3.00000	0	5.00000	C-8

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-3	**C-8**
C-3 **C-3**	1.00000	-0.31765 0.0004
C-8 **C-8**	-0.31765 0.0004	1.00000

El coeficiente de correlación entre los resultados de Rorschach y el I.G.T. tomando como referente el grado de MENTALIZACIÓN es significativo: [< .0004]

9.6. I.G.F. E I.G.T. Y CLASIFICACIÓN PSI

Coincidencia entre resultados de la clasificación psicosomática con el índice de gravedad femenina (I.G.F.) Y el índice de gravedad total (I.G.T.) En relación al grado de mentalización.

9.6.1. BUENA MENTALIZACIÓN

C-6: I.G.F.				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	10	30.30	10	30.30
1	4	12.12	14	42.42
2	12	36.36	26	78.79
3	1	3.03	27	81.82
4	4	12.12	31	93.94
5	2	6.06	33	100.00

C-8: I.G.T.				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	4	12.12	4	12.12
1	1	3.03	5	15.15
2	14	42.42	19	57.58
3	3	9.09	22	66.67
4	8	24.24	30	90.91
5	3	9.09	33	100.00

De los 33 sujetos que tienen una BUENA MENTALIZACIÓN a partir de la Clasificación, 27 (81,82 %) corresponden a los considerados con un I.G.F. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 6 (19,04 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.F. alto (4-5)

De los 33 sujetos que tienen una BUENA MENTALIZACIÓN a partir de la Clasificación, 22 (66,67 %) corresponden a los considerados con un I.G.T. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 11 (33,33 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.T. alto (4-5)

9.6.2. MALA MENTALIZACIÓN

C-6: I.G.F.				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	2	4.44	2	4.44
1	2	4.44	4	8.89
2	8	17.78	12	26.67
3	5	11.11	17	37.78
4	17	37.78	34	75.56
5	11	24.44	45	100.00

De los 45 sujetos que tienen una MALA MENTALIZACIÓN a partir de la Clasificación, 17 (37,78 %) corresponden a los considerados con un I.G.F. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 28 (62,62 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.F. alto (4-5)

MALA MENTALIZACIÓN

C-8				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	1	2.22	1	2.22
1	1	2.22	2	4.44
2	9	20.00	11	24.44
3	2	4.44	13	28.89
4	13	28.89	26	57.78
5	19	42.22	45	100.00

De los 45 sujetos que tienen una MALA MENTALIZACIÓN a partir de la Clasificación, 13 (28,89 %) corresponden a los considerados con un I.G.T. bajo-medio (0,1,2 y 3). Y 32 (71,11 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.T. alto (4-5)

9.6.3. MENTALIZACIÓN MEDIA

C-6: I.G.F.				
C-6	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	4	9.52	4	9.52
1	5	11.90	9	21.43
2	23	54.76	32	76.19
3	10	23.81	42	100.00

De los 42 sujetos que tienen una MENTALIZACIÓN MEDIA, a partir de la Clasificación, 42 (100 %) corresponden a los considerados con un I.G.F. bajo-medio (0, 1, 2 y 3). Y 0 (00,00 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.F. alto (4-5)

C-8				
C-8	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
0	2	4.76	2	4.76
1	1	2.38	3	7.14
2	17	40.48	20	47.62
3	16	38.10	36	85.71
4	3	7.14	39	92.86
5	3	7.14	42	100.00

De los 42 sujetos que tienen una MENTALIZACIÓN MEDIA, a partir de la Clasificación, 36 (85,71 %) corresponden a los considerados con un I.G.T. bajo-medio (0, 1, 2 y 3). Y 6 (14,290 %) sujetos corresponden a los considerados con un I.G.T. alto (4-5)

9.6.4. Correlación entre CLASIFICACIÓN (C-5) y el I.G.F. (C-6)

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-5	120	-0.04167	6.02571	0.50000	-10.00000	12.00000	C-5
C-6	120	2.45000	1.49986	2.00000	0	5.00000	C-6

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-5	**C-6**
C-5 **C-5**	1.00000	-0.47909 **<.0001**
C-6 **C-6**	-0.47909 <.0001	1.00000

El coeficiente de correlación entre los resultados de la Clasificación y el I.G.F. tomando como referente el grado de MENTALIZACIÓN es significativo [< .0001]

9.6.5. Correlación entre CLASIFICACIÓN y el I.G.T. (C-8)

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-5	120	-0.04167	6.02571	0.50000	-10.00000	12.00000	C-5
C-8	120	3.05833	1.41597	3.00000	0	5.00000	C-8

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-5	**C-8**
C-5 **C-5**	1.00000	-0.38174 **<.0001**
C-8 **C-8**	-0.38174 <.0001	1.00000

El coeficiente de correlación entre los resultados de la Clasificación y el I.G.T. tomando como referente el grado de MENTALIZACIÓN es significativo [< .0001].

9.7. CLASIFICACIÓN PSIC. Y RORSCHACH

Relación de coincidencia entre los resultados de la Clasificación Psicosomática y los del Test de Rorschach.

C- 3 (Rorschach) y C-5 (Clasificación)				
RORSCHACH	Clasificación Psicosomática de P. MARTY			Total
Frequency Percent Row Pct Col Pct	Menta-lización MALA	Menta-lización MEDIA	Menta-lización BUENA	
MALA Mentalización	31 25.83 100.00 68.89	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	31 25.83
MEDIA Mentalización	6 5.00 11.76 13.33	42 35.00 82.35 100.00	3 2.50 5.88 9.09	51 42.50
BUENA Mentalización	8 6.67 21.05 17.78	0 0.00 0.00 0.00	30 25.00 78.95 90.91	38 31.67
Total	45 37.50	42 35.00	33 27.50	120 100.00

Test of Symmetry	
Statistic (S)	17.0000
DF	3
Pr > S	0.0007

Kappa Statistics				
Statistic	Value	ASE	95% Confidence Limits	
Simple Kappa	0.7877	0.0468	0.6960	0.8794
Weighted Kappa	0.7569	0.0563	0.6466	0.8673

El estadístico Kappa toma sus valores ente 0 y 1. Entre 0,6 y 0.8 el acuerdo se considera bueno y por encima del 0,8 muy bueno.

Resultado: el grado de acuerdo estimado entre el los resultados del test de Rorschach y los de la Clasificación Psicosomática, en relación al grado de MENTALIZACIÓN es de 0,76; y el intervalo de confianza entre 0,65 y 0,87. Por tanto, el **acuerdo** entre estos dos instrumentos utilizados para valorar el grado de mentalización es **BUENO**.

9.8. EMBARAZO EXITOSO Y RORSCHACH

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	-1.4815	0.4954	8.9429	0.0028
buenac3	1	2.3025	0.6135	14.0868	**0.0002**
mediac3	1	1.8693	0.5777	10.4686	**0.0012**

Existe asociación entre embarazo exitoso y BUENA MENTALIZACIÓN, a partir del test de Rorschach (Pr = 0.0002) y entre embarazo exitoso y una MENTALIZACIÓN MEDIA (Pr = 0.0012), pues en ambos casos resulta significativo el coeficiente de correlación.

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
Buena M:C-3 Rorschach	**9.999**	3.005	33.279
Media M:C3 Rorschach	**6.484**	2.090	20.119

De esta forma, la fuerza de la asociación *(Odds Ratio)* de quienes obtienen una BUENA Mentalización y el logro del embarazo es de 9,999; y la fuerza de la de quienes obtienen una Mentalización MEDIA y el logro del embarazo es de 6,484.

9.9. EMBARAZO EXITOSO Y CLASIFICACIÓN PSI

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	-1.2368	0.3786	10.6688	0.0011
Buena M. C5 Clasificación	1	2.1750	0.5459	15.8772	**<.0001**
Media M. C5 Clasificación	1	2.0099	0.5149	15.2354	**<.0001**

Existe asociación entre embarazo exitoso y BUENA MENTALIZACIÓN, a partir de la Clasificación (Pr = 0.0001) y entre embarazo exitoso y una MENTALIZACIÓN MEDIA (Pr = 0.0001), pues en ambos casos es significativo el coeficiente de correlación.

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
buenac5	8.802	3.020	25.659
mediac5	7.463	2.720	20.475

De esta forma, la fuerza de la asociación *(Odds Ratio)* de quienes obtienen una BUENA Mentalización y el logro del embarazo exitoso, a partir de la Clasificación Psicosomática, es de 8.802; y la fuerza de la de quienes obtienen una Mentalización MEDIA y el logro del embarazo es de 7.463.

9.10. CORRELACIÓN DE RESULTADOS

Distribución de los resultados obtenidos por el total de los sujetos (N=120) en las pruebas de evaluación aplicadas y coeficientes de correlación de estos resultados entre sí.

9.10.1.- Distribución del T.A.S.

C-14 [T.A.S.]				
C-14	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-1 (No alexit.)	39	32.50	39	32.50
0 (Umbral intermedio)	42	35.00	81	67.50
1 (Sí alexit.)	39	32.50	120	100.00

— de los 120 sujetos, 39 (32,50 %) no presentan alexitimia;
— de los 129 sujetos, 39 (32,50 %) sí presentan alexitimia;
— de los 120 sujetos, 42 (35 %) se encuentran en el umbral intermedio de alexitimia.

9.10.2. Distribución de la batería de estrés:

C-15 [H.AD. + PANAS + I.R.E. + MCMQ]				
C-15	**Frequency**	**Percent**	**Cumulative Frequency**	**Cumulative Percent**
-1 (Bajo estres)	31	25.83	31	25.83
0 (umbral intermedio	50	41.67	81	67.50
1 (Elevado E.)	39	32.50	120	100.00

— de los 120 sujetos, 31 (25,83 %) presentan un nivel bajo de estrés;
— de los 120 sujetos, 39 (32,50 %) presentan un nivel elevado de estrés;
— de los 120 sujetos, 50 (41 %) se encuentran en el umbral intermedio de estrés.

9.10.3.- Distribución del grado de mentalización, según los resultados del test de Rorschach:

var3n RORSCHACH	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
(MALA M.) 1	31	25.83	31	25.83
(M. MEDIA) 2	51	42.50	82	68.33
(BUENA. M.) 3	38	31.67	120	100.00

— Con el test de Rorschach:
— obtienen el grado de BUENA MENTALIZACIÓN 38 sujetos (31,67 %);
— obtienen el grado de MALA MENTALIZACIÓN 31 sujetos (25,83 %);
— obtienen el grado de MENTALIZACIÓN MEDIA 51 sujetos (42,50 %)

9.10.4.- Distribución del grado de mentalización según los resultados de la *Clasificación Psicosomática*:

var5n (Clasif. Psicosom.)	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
(MALA M.) 1	45	37.50	45	37.50
(M. MEDIA) 2	42	35.00	87	72.50
(BUENA M.) 3	33	27.50	120	100.00

— Con la Clasificación Psicosomática :
— obtienen el grado de BUENA MENTALIZACIÓN 33 sujetos (27,50 %);
— obtienen el grado de MALA MENTALIZACIÓN 45 sujetos (37,50 %);
— obtienen el grado de MENTALIZACIÓN MEDIA 42 sujetos (35,00 %)

9.10.5.- Correlaciones entre *Rorschach, Alexitimia y Estrés*:

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-14	120	0	0.80961	0	-1.00000	1.00000	C-14
C-15	120	0.06667	0.76404	0	-1.00000	1.00000	C-15
var3n	120	2.05833	0.75921	2.00000	1.00000	3.00000	

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0			
	C-14 (T.A.S.)	**C-15 (ESTRÉS)**	**var3n (RORSCHACH)**
C-14 C-14	1.00000	-0.35481 <.0001	-0.72696 <.0001
C-15 C-15	-0.35481 <.0001	1.00000	0.55466 <.0001
var3n (Rorschach)	-0.72696 <.0001	0.55466 <.0001	1.00000

Existe correlación negativa (-0.72) entre las variables C-14 (Alexitimia) y C-15 (Estrés), ya que, al aumentar C-14, disminuye C-15. Por tanto, a mayor grado de alexitima (en T.A.S.), menor grado de estrés (en Bat. Valoración de estrés); y viceversa.

Del mismo modo existe correlación negativa entre las variables C-14 (alexitimia) y Var3n (Rorschach), ya que, al aumentar C-14, disminuye V3. Por tanto, a mayor grado de mentalización (en el T. de Rorschach), menor grado de alexitimia (en T.A.S.); y viceversa.

9.10.6.- Correlaciones entre *Embarazo, Alexitimia y Estrés*:

Simple Statistics							
Variable	**N**	**Mean**	**Std Dev**	**Median**	**Minimum**	**Maximum**	**Label**
C-14	120	0	0.80961	0	-1.00000	1.00000	C-14
C-15	120	0.06667	0.76404	0	-1.00000	1.00000	C-15
NV	110	0.52727	0.50154	1.00000	0	1.00000	

Spearman Correlation Coefficients Prob > |r| under H0: Rho=0 Number of Observations			
	C-14	**C-15**	**[C-9] NV ("0" – "1")**
C-14 **C-14**	1.00000 120	-0.35481 <.0001 120	-0.20136 0.0349 110
C-15 **C-15**	-0.35481 <.0001 120	1.00000 120	0.24407 0.0102 110
NV [C-9)	-0.20136 0.0349 110	0.24407 0.0102 110	1.00000 110

Existe correlación negativa entre T.A.S. y embarazo exitoso. Por tanto, a mayor grado de alexitimia, menos probabilidades de embarazo.

Existe correlación entre batería de cuestionarios para valoración de estrés y embarazo, por tanto el estrés no es obstáculo para el embarazo.

9.10.7.- Correlación entre *grado de mentalización* (desde la Clasificación Psicosomática) y *alexitimia* (T.A.S.)

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-14 (T.A.S.)	**var5n**
C-14 **C-14**	1.00000	-0.48471 <.0001
var5n (Clas.Psicosm.)	-0.48471 p<.0001	1.00000

Existe correlación negativa [-0,48] entre el grado de mentalización (según los resultados de la Clasificación Psicosomática) y el grado de alexitimia (T.A.S.); es decir que, al aumentar el grado de mentalización, disminuye el grado de alexitimia; y viceversa.

9.10.8.- Correlación entre *grado de mentalización* (desde la Clasificación Psicosomática) y *estrés* (Bat. Valoración de estrés)

Spearman Correlation Coefficients, N = 120 Prob > |r| under H0: Rho=0		
	C-15	**var5n**
C-15 **C-15**	1.00000	0.39169 <.0001
var5n	0.39169 p<.0001	1.00000

Existe correlación [0,39] entre los resultados de Mentalización (Clasificación psicosomática) y el grado de estrés; por tanto, la existencia de estrés no impide una mejor mentalización.

9.11. LOGÍSTICA GLOBAL COMPARADA:

Model Information	
Data Set	PZ.COMPARADAS
Response Variable	NV
Number of Response Levels	2
Number of Observations	110
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Response Profile		
Ordered Value	**NV**	**Total Frequency**
1	1	58
2	0	52

Probability modeled is *NV=1*.

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	**Chi-Square**	**DF**	**Pr > ChiSq**
Likelihood Ratio	61.7445	5	<.0001
Store	50.2252	5	<.0001
Wald	28.8751	5	<.0001

9.11.1.- Previsión de embarazo exitoso incluyendo Rorschach, Clasificación e Índice de Gravedad Femenino (I.G.F.)

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	2.3621	0.9953	5.6325	0.0176
buenac3	1	0.5597	1.2397	0.2039	0.6516
mediac3	1	0.0456	1.1502	0.0016	0.9684
buenac5	1	0.7033	1.1026	0.4069	0.5236
mediac5	1	0.9093	1.0535	0.7450	0.3881
C-6	1	-1.2313	0.2757	19.9389	**<.0001**

La relación de coincidencia entre los resultados del test de Rorschach, los de la clasificación y el embarazo es positiva, puesto que es significativo el coeficiente de correlación.

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
buenac3	1.750	0.154	19.876
mediac3	1.047	0.110	9.973
buenac5	2.020	0.233	17.537
mediac5	2.483	0.315	19.574
C-6	0.292	0.170	0.501

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	86.2	**Somers' D**	0.770
Percent Discordant	9.2	**Gamma**	0.807
Percent Tied	4.6	**Tau-a**	0.387
Pairs	3016	**C**	0.885

9.11.2.- Previsión de embarazo exitoso incluyendo Rorschach e I.G.F.

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	2.5065	0.9785	6.5618	0.0104
buenac3	1	1.1132	0.8370	1.7688	0.1835
mediac3	1	0.8219	0.7331	1.2572	0.2622
C-6	1	-1.2830	0.2668	23.1208	**<.0001**

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
buenac3	3.044	0.590	15.701
mediac3	2.275	0.541	9.571
C-6	0.277	0.164	0.468

La relación de coincidencia entre los resultados del test de Rorschach, el Índice de Gravedad Femenina y el logro del embarazo exitoso es positiva, puesto que es significativo el coeficiente de correlación.

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	84.7	**Somers' D**	0.753
Percent Discordant	9.4	**Gamma**	0.799
Percent Tied	5.8	**Tau-a**	0.379
Pairs	3016	**C**	0.876

9.11.3.- Previsión de embarazo exitoso incluyendo Clasificación Psicosomática e Índice de Gravedad Femenino (I.G.F.)

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept	1	2.5547	0.8813	8.4026	0.0037
buenac5	1	1.0772	0.7324	2.1631	0.1414
mediac5	1	0.8409	0.6394	1.7292	0.1885
C-6	1	-1.2669	0.2717	21.7392	**<.0001**

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
buenac5	2.936	0.699	12.338
mediac5	2.318	0.662	8.119
C-6	0.282	0.165	0.480

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	85.6	**Somers' D**	0.760
Percent Discordant	9.5	**Gamma**	0.799
Percent Tied	4.9	**Tau-a**	0.382
Pairs	3016	**C**	0.880

La relación de coincidencia entre los resultados de la Clasificación Psicosomática, el Índice de Gravedad Femenina y el logro del embarazo exitoso es positiva, puesto que es significativa el índice de correlación.

10. CONCLUSIONES

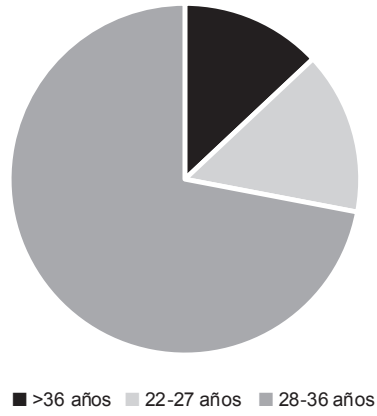
Con el estudio estadístico realizado en el capítulo anterior hemos establecido las correlaciones entre sí de las variables dependientes, así como las correlaciones de variables dependientes con las variables independientes. A partir de los resultados obtenidos pretendemos realizar un acercamiento a la previsión de enfermar, y, consecuentemente, a la previsión de embarazos exitosos, en función de la capacidad de elaboración mental, según los grados de *buena, mala y media mentalización*, que, por otra parte, correspondería a un diagnóstico de conflictos inscritos en un algún tipo de estructura neurótica (buena y media mentalización) o bien de los individuos con mayor riesgo de padecer trastornos psicosomático (mala mentalización)

Los resultados que hemos obtenido nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los sujetos que componen nuestra muestra están comprendidos entre las edades de 22 y 39 años, teniendo el 72% de los sujetos entre los 28 y 36 años (Gráfico 1).
2. Del total de las 120 mujeres de la muestra aquellas a quienes hemos podido aplicar el seguimiento previsto de un mínimo de dos años, desde su diagnóstico de infertilidad, han sido 110, y de ellas han logrado un embarazo exitoso 58, es decir, el 53 % de los sujetos a quienes se han aplicado T.R.A. (apdº 9.2.8.) . (Gráfico 2).

GRÁFICO 1

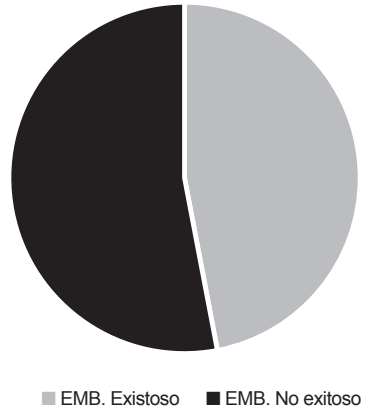
120 sujetos



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 2

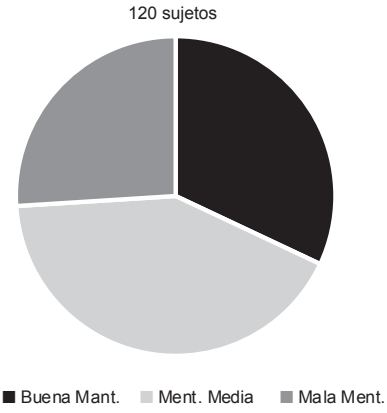
110 sujetos



Fuente: elaboración propia.

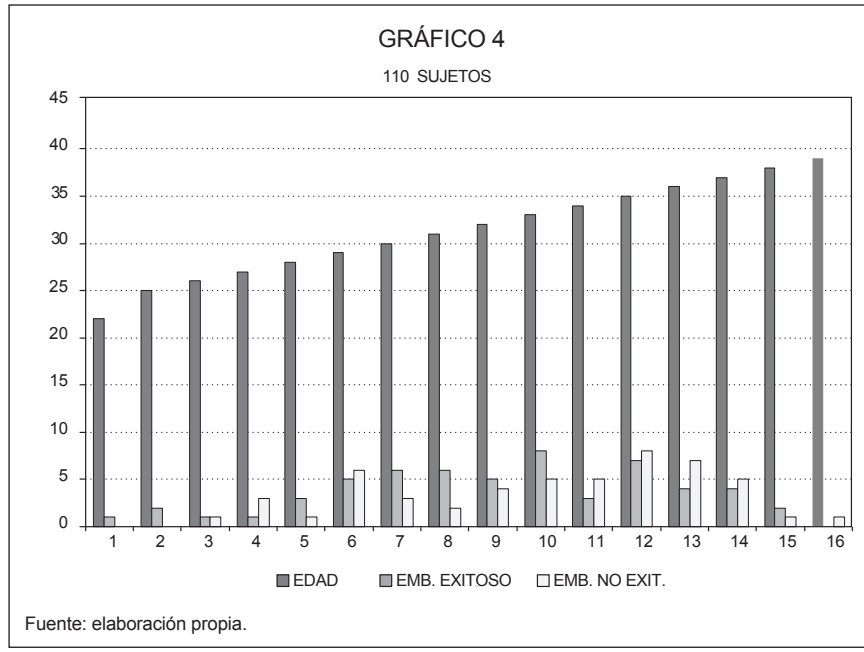
3. En las mujeres diagnosticadas de infertilidad predomina el grado de mentalización MEDIA sobre BUENA y MALA mentalización, lo cual las sitúa en la misma estadística que el resto de la población (Gráfico 3)..

GRÁFICO 3



Fuente: elaboración propia.

4. No hay asociación entre la variable *"edad"* de los sujetos y el éxito o fracaso de embarazo en la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida. Y, aunque se observa una ligera tendencia a mejorar los resultados en las más jóvenes, el coeficiente de correlación no es significativo: Pr = 0,15 (apdº 9.4.3). Si tenemos en cuenta que a priori la edad es un factor importante en las posibilidades de embarazo en la población de mujeres sanas, es evidente que los especialistas, en la selección que realizan de mujeres susceptibles de recibir tratamientos con T.R.A., excluyen aquellas cuya edad sobrepasa determinados límites (40 años). Y que, por tanto, tienen mayor peso específico en los resultados las causas médicas de infertilidad que el *factor edad.* (Gráfico 4).
5. Encontramos una coincidencia estadísticamente significativa – en cuanto a la evaluación del grado de mentalización- entre los métodos diagnósticos **"Clasificación Psicosomática de Pierre Marty"** y el **"Test de Rorschach"** (la selección de ítems de esta prueba que hemos realizado para la presente investigación). Dada la alta fiabilidad estadística del método diagnóstico *Rorschach*, se puede pensar que su utilización en el diagnóstico y previsión de trastornos psicosomáticos, podría añadir una interesante aportación desde unos criterios cuantitativos, pudiendo complementar a la *Clasificación Psicosomática,* que es el único método empleado hasta ahora, pero que instrumentalmente se utiliza desde

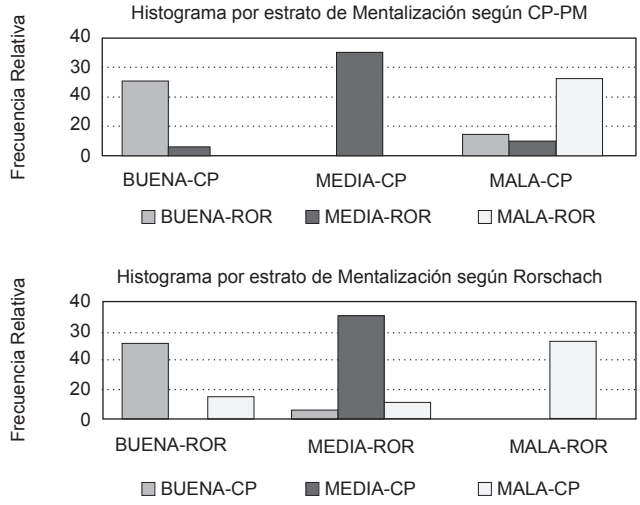


Fuente: elaboración propia.

criterios cualitativos. Empleado el método estadístico Kappa nos informa de que el acuerdo entre estos dos instrumentos es BUENO (Apartado 9.7). (Gráfico 5).

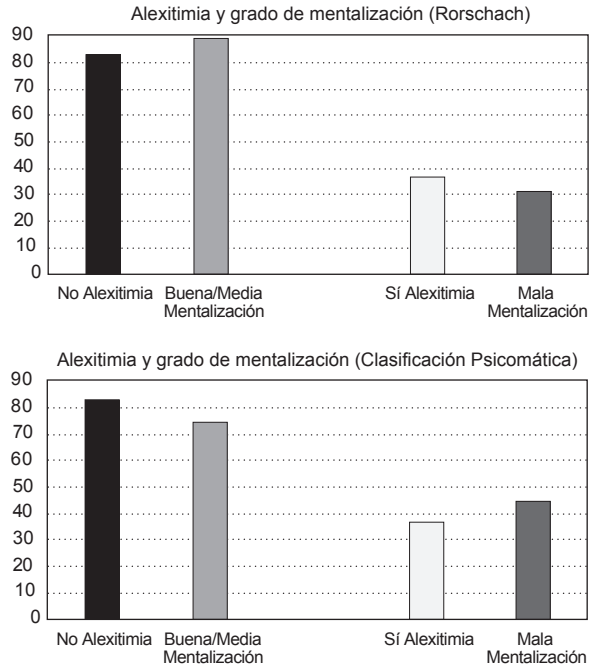
6. Existe una relación inversa entre *grado de mentalización* y *alexitimia* [coeficiente de correlación -0,484] (apdº 9.10.7): a mejor mentalización, menor probabilidad de padecer alexitimia y viceversa. Esto se afianza al arrojar un coeficiente de correlación también inverso entre *alexitimia* e *I.G.F*. Lo cual viene a reforzar la afirmación de la mayoría de los autores consultados de que la *dificultad para sentir y expresar afectos* es uno de los déficits con más peso en los sujetos con escasa elaboración mental, que podemos traducir por *mala mentalización*. Lo que nos confirma que la existencia de alexitimia es un factor asociado al déficit de mentalización de un sujeto. (Gráfico 6).
7. Existe correlación negativa [Coef. Correlación -0.20] (apdº 9.10.6) entre *alexitimia y embarazo* exitoso, es decir, que hay una coincidencia entre el aumento del grado de alexitimia, y la disminución en la probabilidad de embarazo exitoso (Gráfico 7).
8. No observamos una relación directa entre mala mentalización y elevado grado de estrés: apdº 9.10.8 [Coef. Correlación *buena ment./estrés* 0.39], de donde se deduce que a mayor grado de

GRÁFICO 5



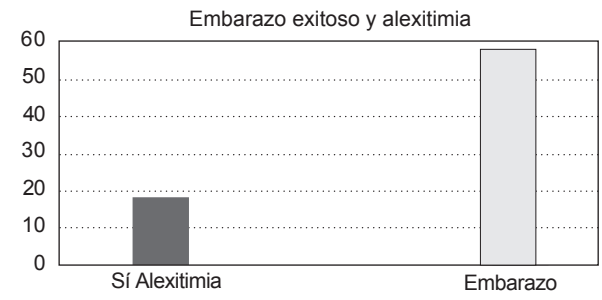
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 6



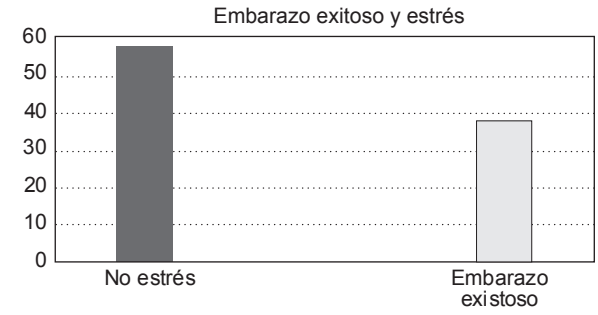
Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 7



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 8



Fuente: elaboración propia.

estrés no se puede deducir menor mentalización, ni su contrario (Gráfico 8).

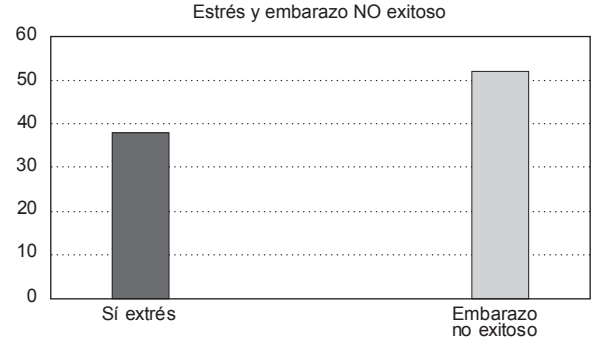
Lo cual viene a corroborar la idea de que el registro de situaciones desbordantes para el psiquismo del sujeto no tienen por qué impedir de forma directa el trabajo mental. Lo más importante es que con estos resultados se desecha la idea de que estrés es igual o concomitante a mala mentalización (Gráfico 9).

Por tanto, no podemos considerar la situación de estrés como **causa** de una deficiente mentalización, sino más bien **efecto** de las carencias del trabajo mental necesario para afrontar las frustraciones, traumas y estímulos en general que propician una invasión de excitaciones desproporcionada a las defensas.

9. En aquellos sujetos que reflejan "buena" o "media" mentalización, es decir las mujeres cuyo funcionamiento psíquico mantiene unos parámetros de elaboración mental considerados normales y/o en

GRÁFICO 9

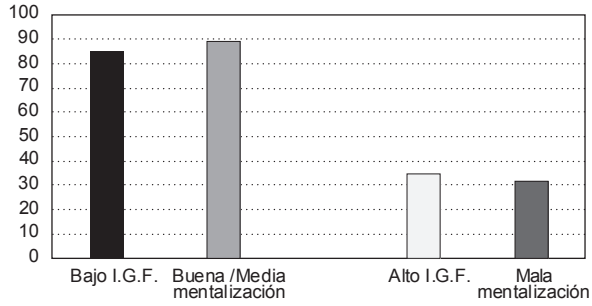
Estrés y embarazo NO exitoso



Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 10

Índice de Gravedad Femenino y grado de Mentalización (Rorschach)



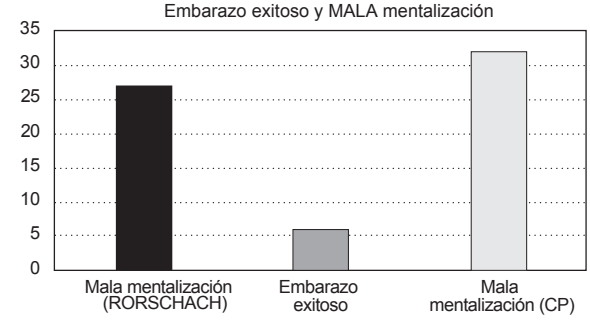
Fuente: elaboración propia.

la línea de los mecanismos histéricos, la gravedad del trastorno ginecológico (I.G.F.) evaluable médicamente es menor o inexistente: apdº 9.5.4 [coeficiente de correlación -0,356] y apdº 9.6.4. [coef. corr.: -0,479]. (Gráfico 10).

Sin embargo, existe una relación de coincidencia entre la mayor gravedad del factor ginecológico-femenino y la *mala mentalización* (Apdº 9.5.2. y 9.6.2).

10. Consecuentemente, se aprecia una relación de coincidencia entre la BUENA/MEDIA MENTALIZACIÓN y el embarazo exitoso, tanto a partir de los resultados del test de Rorschach [P <0,0002 y <0,0012] (apdº 9.8), como de los obtenidos en la Clasificación [P <0,0001] (apdº 9.9) y de la combinación de ambos.

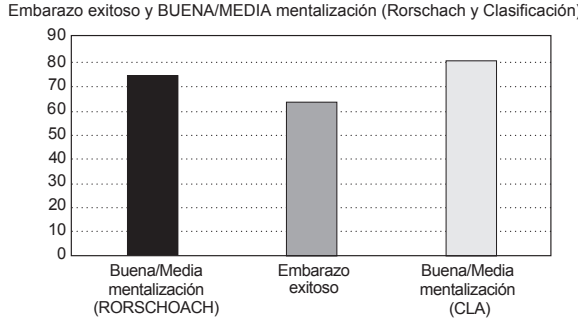
GRÁFICO 11



Fuente: elaboración propia.

11. Existe una asociación significativa entre la BUENA/MEDIA MENTALIZACIÓN a partir de los resultados combinados de Rorschach y Clasificación (apdº 9.11.1), respecto al Índice medio/bajo de Gravedad Femenina [P <0.0001]. De donde se deduce que el grado de mentalización influye de forma directa en la proclividad o no para generar patologías físicas –en este caso ginecológicas- evaluables médicamente.
12. Como CONCLUSIÓN GENERAL:
    En nuestra investigación se constata que "de las mujeres diagnosticadas de infertilidad, aquellas en las que se observa un funcionamiento psíquico correspondiente a una MALA MENTALIZACIÓN, existe una mayor dificultad -estadísticamente significativa- para lograr el embarazo con la aplicación de T.R.A. que aquéllas en las que se observa un grado de BUENA o MEDIA mentalización en su funcionamiento mental" (Gráfico 11).
    Apdº 9.8 (P < 0.0002) y apdº 9.9 (P < 0.0001). (Gráfico 12)
    En estos dos cuadros efectuamos la relación de "mentalización y embarazo exitoso" sobre 103 sujetos, porque no hemos incluido los 7 sujetos que, habiendo sido posible su seguimiento, presentan un factor masculino (FM) de grado "severo" (ver tabla nº 4, C-7), con el fin de que esta variable no influya en el resultado (Gráfico 12).

GRÁFICO 12



Fuente: elaboración propia.

11. DISCUSIÓN

Una gran parte de las investigaciones realizadas hasta ahora, como se ha podido constatar en el capítulo 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN (INVESTIGACIONES), desarrollan una visión de la interrelación entre infertilidad y fenómenos psíquicos, basándose en una conflictividad generada desde una estructura o funcionamiento histérico.

Ante estos posicionamientos, nuestra investigación ha tratado de demostrar que a la infertilidad con incidencia de componentes histérico-conversivos hay que añadir los factores propiamente psicosomáticos diferenciados del funcionamiento histérico y neurótico en general, como causantes de un porcentaje significativo de infertilidad en las mujeres.

Con el concurso del *Test de Rorschach* junto a la *Clasificación Psicosomática* de P. Marty, creemos que, por primera vez, se realiza una investigación sobre infertilidad y psicosomática que, relacionando estos dos instrumentos conjuntamente, nos pueden aportar una elevada fiabilidad con implicación de los aspectos cualitativos y cuantitativos del diagnóstico.

11.1. F. MOREAU

Por otra parte, hemos podido constatar que se están llevando a cabo interesantísimas investigaciones en la línea teórico-clínica que nosotros propugnamos, especialmente la investigación de F. Moreau, en Burdeos (Francia), con una hipótesis a la cual nos aproximamos en nuestra investigación y cuyos resultados están en la línea de nuestro trabajo (apdº 2.3.7.).

Ante este estudio, que en algunos aspectos podríamos considerar bastante coincidente, aportamos las siguientes variantes:

F. MOREAU y colaboradores circunscriben su estudio a 18 mujeres con *obturación tubárica*. En nuestra investigación ampliamos la muestra a 120 sujetos que sufren infertilidad femenina en general.

MOREAU utiliza como único instrumento diagnóstico la Clasificación de P. MARTY. Nosotros añadimos un instrumento diagnóstico (el test de Rorschach) que pensamos puede aumentar considerablemente la validez de las predicciones, puesto que éste es un sistema de evaluación que está mundialmente reconocido y que es aceptado por prácticamente la totalidad de las corrientes que practican la psicología clínica.

También incluimos en la investigación la relación entre mentalización y carga de estrés, así como la relación entre mentalización y alexitimia, y lo hacemos de una forma objetiva, mediante una batería de cuestionarios convenientemente validados para su evaluación.

Salvadas estas diferencias, los resultados de ambas investigaciones confluyen en sus conclusiones, en cuanto al carácter predictor de la Clasificación de P. MARTY como instrumento de evaluación.

11.2. J. MORAL DE LA RUBIA

El trabajo del Dr. MORAL es un avance importante en el estudio de la alexitimia y su relación con los trastornos psicosomáticos.

Coincidimos con este investigador en la estructuración que realiza del concepto de alexitimia, excepto en la consideración de que presupone lo que denomina *"un déficit en la función de simbolización"*[1]. Estamos de acuerdo en el **déficit** (de representaciones), pero no respecto a la función de simbolización, al menos en su generalidad. En el capítulo 4 de nuestro trabajo hemos desarrollado las diferencias entre *mentalización* y *simbolización*, así como las correspondencias entre ambos conceptos. En otro momento de su trabajo lo sitúa como "*déficit de imaginación simbólica*". A lo que opondríamos el mismo criterio anterior: sí al déficit de imaginación (representaciones mentales), no a lo simbólico propiamente dicho (al menos desde la teorización dinámica).

Respecto al concurso del soñar en el proceso de la formación del trastorno psicosomático, ya hemos explicado cómo P. MARTY cataloga a

[1] Moral de la Rubia J., El estudio de l*a constelación alexitímica en el Rorschach y el análisis de sueños,* Tesis doctoral, U.A.H. 1.997, apdº A de la INTRODRCCIÓN, p.1.

los diferentes sueños y de qué forma los más pobres y el no soñar —sumados a otros factores— se encuentran en los pacientes de mayor riesgo de padecer trastornos psicosomáticos, que coinciden con una mala mentalización.

Los resultados del Dr. MORAL, por tanto, serían acordes con los de nuestro estudio, al concluir los déficits en los sueños con la existencia de alexitimia.

También estamos de acuerdo con la discriminación y definición que realiza entre *trastornos psicosomáticos* y *trastornos conversivos*, si bien discrepamos de la premisa enunciada en el sentido de que la alexitimia sea la causa psicógena de ambos.

Disentimos de que la alexitimia sea "la" causa de los trastornos psicosomáticos, puesto que más bien nos parece un efecto de la desorganización psíquica. Otra cuestión es que coincida en la génesis del trastorno, en colaboración con otros elementos, todos ellos producto de la deconstrucción del aparato psíquico.

Tampoco podemos estar de acuerdo, según los resultados que hemos obtenido, con el Dr. MORAL, al incluir al fenómeno de estrés como compañero inseparable de la alexitimia en el devenir psicosomático[2].

Por último, nos parece muy acertada y, en cierta parte, precursora de nuestro trabajo, la técnica empleada para la elección de los ítems de Test de Rorschach, aunque en nuestro caso esta selección no se ha realizado solamente para relacionarlo con el concepto alexitimia, sino con el más amplio concepto de MENTALIZACIÓN.

11.3. JUAN DIAZ CURIEL (CAP. 2, APDº 3.16)

Aunque no es una investigación relacionada con la infertilidad, se trata de un estudio muy interesante para nosotros, porque indaga sobre el síndrome *alexitimia* en relación con un trastorno psicosomático (Artritis Reumatoide Juvenil); y lo hace utilizando el test de Rorschach, como método de evaluación, dándose una coincidencia significativa de los ítems que ha seleccionado de dicha prueba diagnóstica para este trabajo con los que hemos elegidos en nuestro estudio.

Sus conclusiones coinciden con las nuestras, en cuanto a la correlación positiva entre la existencia de alexitimia y el enfermar (A.R.J.)

---

[2] En el apartado 6 de este capítulo nos ocupamos de este tema.

11.4. J. INGELMO FERNÁNDEZ

Trabaja con la hipótesis de tres posibilidades de incidencia psicógena en la esterilidad, obteniendo tres grupos de pacientes entre las diagnosticadas de estériles:

el 1º en el que predomina la potencialidad psicótica,

el 2º en el que predomina potencialidad neurótica y

3º de mujeres cuyo funcionamiento psíquico se encuentra en unos parámetros de normalidad, estimando que los sujetos de este último padecen una esterilidad no psicógena.

En esta división pensamos que muy probablemente los aspectos psicosomáticos de la infertilidad estarán repartidos entre los tres grupos. Puesto que en este método de investigación establece una división de los diagnósticos diferenciales que nosotros no contemplamos, por lo que no podemos entrar a realizar crítica alguna.

No dudamos de lo interesante que resulta investigar las relaciones de coincidencias entre mujeres estériles y diferentes estructuras de organización psíquica. Pero, si tenemos en cuenta que el título del trabajo es "*Factores psicológicos como determinantes*[3] *de la esterilidad femenina primaria",* no encontramos fundamentos, desde el punto de vista teórico ni tampoco en el proceso estadístico del trabajo, para que el hecho de ser potencialmente psicótica o neurótica pueda determinar la infertilidad.

Más bien creemos —y así hemos intentado demostrarlo en nuestro estudio— que son en gran medida los factores propiamente psicosomáticos, así como los histéricos de conversión, los que realmente intervienen en el enfermar —aunque de forma diferente— y, consecuentemente, en la infertilidad.

11.5. HISTERIA VERSUS PSICOSOMÁTICA

Disentimos por principio de los autores que no diferencian los trastornos histéricos de los psicosomáticos. Los criterios de diferenciación son los siguientes:

Consideramos imprescindible para el abordaje de este problema que, al tratar sobre la etiología de los trastornos somatomorfos, se diferencie entre los conceptos que se refieren a **causas psicógenas** y **causas de**

[3] El subrayado es nuestro.

origen psicosomático, ya que éste último es un campo bastante más restringido que el anterior y una parte de él.

Que los trastornos de carácter histérico son generalmente funcionales (los psicosomáticos a veces); y los trastornos psicosomáticos frecuentemente conllevan lesión de órgano, aunque no siempre.

Que los histéricos son teóricamente reversibles independientemente de su gravedad; y los psicosomáticos solamente a veces y dependiendo de su gravedad y del grado de mentalización del paciente.

Los histéricos provienen del área del pensamiento, simbolización de lo reprimido y traídos por conflictos inconscientes; mientras que los psicosomáticos provienen de la pobreza o carencia de pensamiento, tiene un mayor concurso la estancia psíquica del preconsciente por déficit de éste y provienen de una desorganización psíquica que ha encontrado continuidad en una desorganización somática.

Los síntomas histéricos son vulnerables a la interpretación, mientras que los psicosomáticos pueden ser reactivados con la interpretación porque, ante un exceso de sentido, la excitación que éste produce podría desbordar los recursos psíquicos del sujeto.

Las defensas que el sujeto emplea en la formación de los síntomas conversivos son la *represión* y el *desplazamiento*; a la formación de los trastornos psicosomáticos precede la *negación* (sobre todo del sufrimiento psíquico, alexitimia) y la *supresión o rechazo.*

Consideramos que estos postulados han sido comprobados con los resultados obtenidos en nuestro estudio en los capítulos 9 y 10: los diferentes grados de mentalización dividen la muestra en dos tipos de funcionamiento mental que corresponden por sus rasgos de personalidad evaluados bien al funcionamiento neurótico, que incluye la histeria, bien al funcionamiento de corte psicosomático. Los sujetos que corresponden al primer grupo (buena/media mentalización) tienen un menor riesgo, estadísticamente significativo, para enfermar que aquellos que reflejan una mala mentalización.

Por tanto, en Medicina Psicosomática, la forma en que se presentan los síntomas somáticos, no puede ser definitiva, en cuanto a emitir un diagnóstico, a no ser que se tengan en cuenta los elementos que componen el funcionamiento psíquico de cada individuo; ya que los procesos psicológicos, desde su estructuración como sujeto y los rasgos de personalidad actuales, son determinantes en el origen y evolución de la enfermedad que ha devenido de la puesta en juego integrada de la psique y el cuerpo.

En esta línea disentimos de la indiferenciación que manifiestan las clasificaciones de Psicopatología DSM-IV (300.81), y CIE-10 (F45.0),

respecto a lo que en ellas se denomina como *Trastornos somatomorfos*, enunciando las diferencias a partir del síntoma. Especialmente desafortunada nos parece la inclusión en una definición general[4] de las tres patologías psíquicas -la hipocondría, los trastornos psicosomáticos y la conversión-, tan distantes entre sí, teniendo en cuenta que los procesos mentales que las generan —no olvidemos que estamos hablando de Psicopatología— son radicalmente distintos.

11.6. EL ESTRÉS:

Uno de los puntos más difícilmente comprensibles de nuestra investigación es el resultado que hemos obtenido de la no existencia de correlación significativa entre la aparición del ESTRÉS y el enfermar.

De hecho, estamos acostumbrados a escuchar que se ha producido tal o cual alteración fisiológica por estrés, desde disfunciones sexuales a dolores, erupciones en la piel, etc. Esta misma idea se transmite frecuentemente en las consultas médicas, generalmente, cuando no se encuentran causas biológicas o genéticas, y ante la sospecha de que pueda predominar la etiología psicógena. Así como se manejó en décadas anteriores la generalizada expresión de que *"los nervios"* eran la causa de aquellas enfermedades inexplicables para la ciencia médica, actualmente *"el estrés"* se ha convertido en ese *cajón de sastre* que las engloba. El estrés se vincula de forma genérica, por tanto, a muchos cuadros orgánicos, como es el *infarto de miocardio*, así como también en psiquiatría se vincula con *depresión, pánico, adicciones*, etc.

Este positivismo reduccionista nos lleva a hacer un uso abusivo del término, con el que se trata de explicar todo, incluso lo que no se conoce se dice *debe ser por estrés"*. Reflexiona Rodolfo D'ALVIA que el estrés *"desde una perspectiva antropológica tiene en la sociedad moderna la misma misión que tuvieron en la antigüedad los fantasmas y los espíritus endemoniados."*[5]

Sin embargo, los resultados de nuestro estudio responden a lo que habíamos previsto, a partir de los siguientes fundamentos teórico-clínicos:

---

[4] Comprendemos esta generalización desde el método fenomenológico de la descripción de síntomas que emplea para la Clasificación de anomalías y trastornos.

[5] D'Alvia, R., *Consideraciones sobre el estrés desde la psicosomática psicoanalítica,* , Madrid (Abril 96) Rev. Psicoterapia y Psicosomática nº 32, p.33

Partimos de los trabajos de W. Cannon (1932) y su definición de homeostasis, la categorización que H. Seyle (1936) realiza del estrés como reacción del organismo ante estímulos nocivos, y la participación de las distintas teorías psicológicas en el desarrollo del concepto, a partir de la guerra de Corea.

Comparación del concepto de estrés con los procesos psicosomáticos en la psicología dinámica:

La psicología dinámica no asume el concepto de forma incondicional, al considerarlo demasiado genérico como etiología de las alteraciones psíquicas y fuente de confusión en la conflencia causa/efecto.

No obstante, de la mano de R. D'ALVIA[6], encontramos algunas correspondencias entre los elementos que conforman el *"estrés"* como fenómeno físico-psíquico y determinados conceptos de la psicología dinámica, tanto en su definición como en la sintomatología que propicia en el funcionamiento psíquico de las personas.

Analizamos en qué medida se relacionan los procesos psíquicos inherentes al estrés y los trastornos psicosomáticos.

En lo que SEYLE denomina como *"Reacción de alarma"* (1ª fase) hay una equivalencia de manifestaciones sintomáticas con los primeros movimientos en el devenir del trastorno psicosomático —según la teoría dinámica-. Si nos quedáramos en este punto, también nosotros veríamos el estrés como etiología de la psicosomática.

Sin embargo, a partir de la 2ª fase: *"Alargue del Contrasock"* (Seyle), el proceso de desorganización psicosomático sigue otro curso diferente: si en la situación de estrés el individuo es consciente de su malestar físico y psíquico, en el proceso psicosomático no le resulta disruptivo en el plano de su psiquismo; y es con la aparición de la alteración fisiológica —y no en todos los casos-, cuando se hace patente la irrupción de un mal que le resultará muy difícil asimilar como de etiología psicológica.

Y en la 3ª fase (etapa de agotamiento) SEYLE considera que devienen enfermedades *de adaptación,* en aras de la homeostasis; sin embargo, en la teoría de P. MARTY se culmina la deconstrucción del psiquismo y aparece el abismo de la organicidad.

Los resultados que arroja nuestra investigación nos informan de que no existe relación directa entre estrés y el grado de mentalización: es decir, que a mayor grado de estrés no se puede deducir peor mentalización, ni su contrario. Lo cual viene a corroborar la idea de que el estrés no tiene

---

[6] Capítulo 12, anexo VII (Estrés)

por qué impedir de forma directa el trabajo mental, y, consecuentemente, el estrés no es determinante para el riesgo de enfermar. Y que el grado de coexistencia *estrés / psicosomática*, por tanto, no se basa en la relación causa efecto.

Un aumento del *factor estrés* puede ser concomitante a otros elementos propios del proceso de desmentalización en momentos intermedios, cuando aún no se ha producido la situación de Depresión Esencial. El estrés puede considerarse como el último estado de alerta consciente para el individuo de que su psiquismo está siguiendo un proceso de deconstrucción mental, antes de que la consciencia pueda controlar la desorganización somática.

11.7. ABORDAJES TERAPÉUTICOS:

Nos alerta pensar que la confusión respecto a la etiología y el origen, así como en el sustento del funcionamiento psíquico del individuo respecto a los trastornos psicosomáticos pueda abocar también a tratamientos indiferenciados, guiados por la apariencia de idéntica o parecida fenomenología con los síntomas conversivos.

A la vista de los resultados, somos partidarios de que pueda generarse un debate en relación a la aplicación de T.R.A. a mujeres infértiles, sobre la posibilidad de abrir un espacio a la intervención psicológica. Puesto que, sin tener en cuenta el funcionamiento psíquico de cada paciente, se puede dar una retroalimentación en el binomio médico-paciente, ya que el éxito relativo de las T.R.A. conforta una ideología médica biomecánica, reduciendo la infertilidad a una pura disfunción del aparato reproductor. Esta tendencia, que es paralela a la idea contemporánea de dominio que intenta reducir el azar y los riesgos, es compartida a la vez por los médicos y por los pacientes, circunstancia que abocará a enquistar esta dinámica.

Desde el punto de vista de los tratamientos psicológicos, susceptibles de ser aplicados a las personas que padecen este tipo de trastornos, es esencial haber podido discriminar previamente un diagnóstico de las hipotéticas patologías restantes. Hemos puesto empeño en esta tarea a lo largo del presente trabajo. Puesto que, de la misma forma que es importante el grado de tolerancia del cuerpo a determinadas sustancias químicas que han de ser prescriptas en dosis predeterminadas en función de las características biológicas y defensivas individuales, el psiquismo de cada sujeto tiene sus propias limitaciones.

Propugnamos la terapia de la palabra en su doble vertiente de escuchar e interpretar, pero no podemos olvidarnos de la capacidad de recibir de

un individuo y de elaborar aquello que le inoculamos, sin que le genere una mayor excitación de la que puede canalizar.

Obviamente, estos dos vértices (HISTERIA / PSICOSOMÁ-TICA) implican dos maneras diferentes de pensar la cura: en la primera, la tarea interpretativa tenderá al nexo específico del síntoma, a "interpretar el síntoma", aunque esta interpretación no sea "simbólica". Aquí parece fundamental señalar la diferencia entre "significado" y "sentido" del síntoma, si se considera que el síntoma "dice" o se considera el sentido que toma en la configuración vincular o tranferencial.

Desde la segunda perspectiva (la psicosomática), la labor terapéutica apunta a la creación de estructuras mentales "simbolizantes", y a la fantasmatización secundaria. Evidentemente la concepción de la transferencia y la contratransferencia también serán muy diferentes, dada la frialdad, distancia y desafecto con que los pacientes psicosomáticos se relacionan con las demás personas, incluídas las más próximas.

En cualquier caso, nos adherimos a Monique BYDLOWSKI en la idea de que el tratamiento de la esterilidad debería ser, en primer lugar, el tratamiento del sufrimiento psíquico asociado, tanto si se elige la paternidad biológica o adoptiva. El tratamiento médico sería más pertinente —y, muy probablemente, más efectivo— cuando este sufrimiento se hubiera superado.

ANEXO I

CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA
(Criterios para la evaluación de la entrevista.
Revisión de 1989)

1. ESTRUCTURA FUNDAMENTAL

Es la parte básica, inamovible a la edad adulta, de la organización psicosomática individual.

Debe ser objeto de una sola anotación para cada sujeto.

Estudia la organización psicosomática individual definitiva, que va desde la neurosis mental a la psicosis polimorfa y hasta la organización alérgica.

Permite una sola anotación por sujeto

1.1. Neurosis mental

[F.P.] Sintomatológicamente organizada, con funcionamiento mantenido en el tiempo. Solo puede utilizarse en el caso de que las dificultades somáticas sean accidentales —en el sentido traumático quirúrgico— o infecciosas, durante las epidemias. En los demás casos, aunque se traten de organizaciones anales con manifestaciones obsesivas pasajeras o de organizaciones histéricas con fenómenos conversivos, la sistemática mental neurótica ha sido desbordada por el conflicto, al

menos momentáneamente. Estos casos no pueden figurar más que en la rúbrica de neurosis polimorfas, no debiendo señalarse los síntomas más que más tarde, en la clasificación.

1.2. Neurosis polimorfas
Sin sintomatología mental dominante y mantenida.

121: Neurosis de carácter bien mentalizada [C.B.P.]
Certeza sobre el valor funcional de los mecanismos mentales. Representaciones ricas, profundas y con buena calidad asociativa.

122: Neurosis de carácter con mentalización incierta [FP]
Dudas sobre el valor funcional de los mecanismos mentales, porque las posibilidades representativas y asociativas de estos pacientes varían en el tiempo: en ocasiones parecen bien mentalizados, con pensamiento rico, y en otras mal mentalizados, con pensamientos pobre y superficial.

123: Neurosis de carácter mal mentalizada [FR]
Representaciones ausentes o raras, superficiales y pocas asociaciones cuando existan.

131: Neurosis de comportamiento [FR]
Insuficiencia originaria del preconsciente, ausencia o limitación y superficialidad de las representaciones (representaciones de las cosas), ausencia de afectos y de simbolización. Expresión habitual del inconsciente y del ello en comportamiento.

A diferencia de las N. de carácter mal mentalizadas, no se trata de las consecuencias de una desorganización mental, sino que constituyen una falta originaria de organización.

Al estar mal constituido el preconsciente (1ª tópica), la segunda tópica se organiza deficientemente.

Como no hay introyecciones, el Superyo edípico normalmente no está constituido; por el contrario, podemos encontrar un Yo-ideal acentuado, poco elaborado a partir de la omnipotencia infantil. No hay conflictos intrapsíquicos, no hay angustia ni sentimiento de culpa. Los conflictos que pueden aparecer tienen que ver con al oposición del Yo-ideal a los objetos exteriores, dando lugar a reacciones de vergüenza

que a veces el sujeto refiere como culpa. También pueden confundirse heridas narcisistas con culpa.

141: Psicosis sintomáticamente organizada.
Sintomatológicamente organizadas, con funcionamiento mantenido en el tiempo. Solo puede utilizarse en el caso de que las dificultades somáticas sean accidentales —en el sentido traumático-quirúrgico— o infecciosas, durante las epidemias. En los demás casos la sistemática mental psicótica ha sido desbordada por el conflicto, al menos momentáneamente. Estos casos no pueden figurar más que en la rúbrica de psicosis polimorfas, no debiendo señalarse los síntomas más que una ve en toda la clasificación.

151: Psicosis polimorfa.

161: Psicosis de comportamiento

181: Organización alérgica esencial.
Hay una fijación masiva a un estadío de "indistinción primaria" con la madre o, en algunos casos, un retorno regresivo parcial a ese estadío.

El sujeto trata de fusionarse con el objeto, borrando los límites entre los dos; adornando al objeto con cualidades propias de él, mediante un proceso de proyección, o apropiándose de cualidades del objeto mediante un proceso de identificación. En cualquier caso, no sirve cualquier objeto, debe responder a las exigencias de la neurosis de carácter que, según Pierre Marty, acompaña siempre a los estados alérgicos.

100: Otras

2. PARTICULARIDADES HABITUALES MAYORES

Reúnen los datos del orden somático sintomáticos, más o menos inmediatos, que conciernen al funcionamiento mental y forma de vida habituales, y son tenidos en cuenta desde los datos de la anamnesis.

Para facilitar la corrección estadística se han dividido en tres órdenes de particularidades, aunque dichos órdenes estén a menudo

intrincados, traduciendo en definitiva la observación del entrevistador o, secundariamente, la del terapeuta.

2.1. Repertorio de las particularidades habituales mayores

2.1.1. Orden sintomático

211: Angustias difusas:
Angustias automáticas —en el sentido clásico— de los periodos de apuro, invasivas. Traducen el desamparo del individuo ante el fluyo de movimientos instintivos no dominados porque no son elaborables y que parecen no poder expresarse de ninguna otra manera.

No representan un estado arcaico de desbordamiento. No proceden de un sistema fóbico procedente de represiones, por lo que no hay objeto fóbico representado ni que pueda representarse.

El paciente las describe como un malestar inespecífico, un desasosiego permanente.

No tomarlas por objetales solamente porque sean consecutivas a una pérdida de objeto

221: Angustias objetales [FP]
Señales de alarma acompañadas de representaciones.

222: Angustias difusas [CG]
Angustias automáticas de los episodios de desamparo.

2.1.2. Rasgos de carácter

231: Alérgico [CMP]

- — Alrededor de los 8 meses, ausencia de angustias ante la vida de un rostro distinto del de su madre.
- — A partir del periodo de latencia, permanente y gran familiaridad del sujeto con su proceso primario.
- — Indistinción entre sí mismo y los otros por los que el sujeto se interesa afectivamente. Esto les da a veces una impresionante capacidad de empatía.
- — Facilidad de establecer relación con los humanos, pero también con los animales, plantas y seres inanimados.

— Gran facilidad para reemplazar la investidura de un objeto por otro. La separación de los objetos solo tiene lugar cuando éstos se muestran, durante demasiado tiempo, diferentes del sujeto
— Una especie de representación de *madre ideal*, cuyas cualidades son atribuidas a cualquier objeto investido.
— Gran interés por (ocuparse de) los otros como seres queridos, pero que, no obstante, son fácilmente intercambiables.

De estas características derivan los traumatismos particulares de los alérgicos esenciales, cuyo traumatismo más específico es la desorganización ante la incompatibilidad, abierta y prolongada, entre dos objetos igualmente investidos.

Estos rasgos pueden encontrarse parcialmente aislados.

232: Anal y obsesivo [CMP]
Indican necesidad de retención y control de los objetos. Se manifiestan como tendencia al orden, la limpieza, meticulosidad, necesidad de comprobar reiteradamente las cosas, rigidez de comportamiento y dificultad para adaptarse a un esquema diferente al propio, rituales, etc.

233: Hipocondríaco [CBP]
Inquietud del sujeto relativa al estado de su cuerpo y sus órganos, que se manifiesta en un temor o en la creencia de padecer enfermedades que no se manifiestan clínicamente.

234: Histérico [CBP]
Propensión a la sugestibilidad, a arranques emotivos irracionales y a una conducta caótica, a la dramatización y a la conducta histriónica.

235: Oral [CBP]
Falta de inclinación a cuidar de sí mismo y exigencia de que los demás se ocupen de él. La exigencia de los cuidados se expresará en una extrema pasividad o en una conducta sádico-oral muy activa, según la etapa de la fase oral en la que esté fijado. Las tendencias sádico-orales tienen a menudo un carácter vampírico, no renunciando éstas personas a su objeto y adhiriéndose a él por "succión".

Suelen presentar signos de identificación con el objeto.
Dependen de sus objetos para la conservación de su autoestima.

236: Perverso [CBP]

237: Fálico-narcisista [CBP]
Conducta temeraria, resuelta, segura de sí mismo, rasgos que son, no obstante, reactivos. Vanidad y una sensibilidad intensa que revelan tanto el temor a la castración como la existencia de necesidades narcisistas.

238: Fóbico de ambiente o de invasión [CBP]
Evitación de situaciones externas, no ligadas a un objeto, sino relacionadas con situaciones generadoras de angustia: ambientes, espacios....

239: Fóbico de objeto [CBP]
Evitadores de objetos generadores de angustia.

240: Psicótico [CBP]
Rasgos relacionados con síntomas psicóticos, sin llegar a adquirir dicha entidad: Rasgos paranoides, tendencia al aislamiento afectivo, dificultades de contacto con la realidad.

241: Sado-masoquista (relaciones erotizadas) [CBP]
Erotización de las situaciones vitales de tal modo que la satisfacción obtenida permite afrontar situaciones aparentemente poco agradables que impliquen sumisión o renuncia (por ejemplo, determinados trabajos o situaciones laborales, cuidado de enfermos, etc.) o, por el contrario, enfrentamientos y discusiones.

242: Sado-masoquista (descargas en el comportamiento) [CMP]
Pasos al acto de tipo sádico o masoquista, con carácter de perversión.
*243: Apariencia masoquista del tipo de 'neurosis del destino' [FR]*Hay ausencia de integración de satisfacciones pasivas. Estados de sufrimiento sin objeto, sin deseos y sin modificación con ocasión de la enfermedad, que no se convierte en objeto de una investidura.

251: Comportamientos (pasos frecuentes a) [CG]

Los comportamientos son una posible vía de descarga de las excitaciones. Están basados en una actividad sensorio-motora.

Pueden ser de diferentes categorías. Van desde las actividades reflexivas que acompañan nuestra actividad mental, hasta aquellos que, siendo directamente eróticos, orgásmicos o agresivos, descargan rápidamente la excitación, pasando por aquellos que de forma más indirecta, a través de actividades físicas que poseen un valor instintivo y pulsional, descargan solo una parte de la excitación dejando al sujeto la tranquilidad necesaria para la elaboración mental.

Pueden ser sublimatorios o perversos. Otros son simples reflejos físicos sin representación mental (por ejemplo: en el deporte). Otros pueden ser operatorios, acompañados solamente de representaciones de cosas técnicas, o de cosas que se ha hecho o se van a hacer.

También existen conductas que derivan de un rechazo total de la actividad mental. Se reducen a agitación física sin contenido, que no descarga las excitaciones. Otras cercanas a éstas, se presentan como mecanismos de agotamiento físico, sin valor erótico o agresivo (por falta de una organización mental que permita a las excitaciones convertirse en representaciones mentales elaborables.

Los comportamientos pueden ir acompañados de representaciones de palabra, pero a veces solo de representaciones de cosa e incluso carecer de cualquier tipo de representaciones mentales elaborables. En los individuos permanentemente privados de representaciones elaborables, las excitaciones no encuentran más salida que la acción inmediata; estas acciones se distinguen de los "acting-out" en que no se acompañan de fantasías inconscientes.

252: Sonambulismo [FR]

261: Despersonalización (manifestaciones de)

271: Depresión latente [CMP]

281: Inhibición, evitación o rechazo de las representaciones y de los pensamientos [CMP]

Rechazo o supresión de algunos pensamientos o algunas representaciones. Son pensamientos y representaciones muy próximos a la conciencia, no están reprimidos —en cuyo caso pertenecerían a lo

inconsciente— pero son apartados de la conciencia. Al no utilizarse los mecanismos neuróticos de la evitación y la represión, no pueden ser elaborados mentalmente.

282: Derivación de las expresiones pulsionales hacia el comportamiento [FR]
Al igual que las ideas o las representaciones, los comportamientos de descarga total o parcial de las excitaciones eróticas o agresivas también pueden ser objeto de rechazo, cegándose en consecuencia su posible vía de descarga.

291: Irregularidades agudas del funcionamiento mental [CMP]

292: Negación de la realidad (patológica o no)

293: Intelectualización defensiva [FP]

294: Utilización relevante del pensamiento mágico [FP]

300: Mentales (otros mecanismos utilizados) [CBP]

2.1.3. Orden de interpretación

411: Homosexualidad latente
Rasgos de ciertas tendencias homosexuales inconsciente, que se expresan en actitudes o relaciones no sexualizadas.

421: Infantilismo regresivo
Tendencia a las respuestas de tipo infantiles frente a las situaciones conflictivas, búsqueda de apoyo y protección en figuras de carácter parental, rechazo de la asunción de responsabilidades y, en general, vuelta a una posición de carácter infantil.

431: Yo Ideal predominante (al lo menos tan marcado como el Superyo post-edípico) [CMP]
Aspecto conservado o recuperado del narcisismo primario, el Yo-ideal es testimonio de una insuficiencia evolutiva parcial del aparato mental. Su presencia puede ser basal o aparecer solo con motivo

de desorganizaciones o regresiones psíquicas. Desde fuera se percibe como un sentimiento de omnipotencia del sujeto frente a sí mismo y, llegado el caso, frente al mundo exterior.

Se presenta como un poderoso rasgo de carácter. Así como el superyó es fuente de prohibiciones y el Ideal del Yo es creador de obligaciones, aunque diferibles, el Yo ideal es un estado de exigencia sin matices del sujeto con respecto a él mismo (omnipotencia), sin posibilidad de adaptación a las circunstancias exteriores ni a los seres que le rodean. No deja sitio a las deliberaciones internas ni a las regresiones.

El fracaso ante la realidad es vivido como una herida narcisista y no como una culpabilidad negociable.

441: Neurosis traumática [FR]

Su origen no está en conflictos infantiles sino en el presente. Tras un choque emotivo, generalmente con amenaza para la vida del sujeto, el exceso de excitaciones se transforma directamente en síntoma, sin mediación psíquica. Los síntomas repiten la experiencia (intento de descarga) y no tienen significado inconsciente.

451: Sublimaciones artísticas [FP]

461: Sublimaciones sociales [FP]

La sublimación es un proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Freud destacó principalmente la actividad artística y la investigación intelectual.

Se dice que la pulsión se sublima en la medida en que es derivada a un nuevo fin no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados. Afecta a las pulsiones parciales, en especial a aquellas que no logran integrarse en la forma definitiva de la genitalidad.

Constituyen una eficaz vía de descarga de excitación; incluso cuando los intereses artísticos, deportivos o sociales adoptan un nuevo aspecto pasivo, más sensitivo que motor, resultan relativamente liberadores de tensión.

471: Tradición cultural o religiosa que gravite sobre el funcionamiento psicosomático [CMP]

481: Dificultades sexuales habituales [FR]
Eyaculación precoz, impotencia, frigidez

482: Noción de traumatismo [FR]
Conciencia o recuerdo de una situación o actividad parental que haya podido trastornar la evolución clásica de la sexualidad.

491: rechazo (inconsciente o no) de las regresiones [CMP]

492: Conductas de agotamiento libidinal [CMP]

493: Peso traumático permanente [FR]

400: Otras.

2.1.4. Orden de la anamnesis
(Investigar, si es posible, los dos primeros años de vida)

611: Conversiones frecuentes (histéricas o no) [FR]

621: Duelos antiguos no elaborados [FR]

622: Problemas fundamentales de identidad [CMP]

623: Duelos de personas o pérdidas de objeto directa o indirectamente significativos, durante el embarazo de la madre o en los dos primeros años [CMP]

624: Cambio notable en la economía relacional, en los dos primeros años [CMP]

625: Duelo de personas o pérdidas de objeto significativos prepuberales no elaborados [FR]

626: Cambio notable, prepuberal, de la economía relacional [FR]

627: Depresiones agudas o sub-agudas frecuentes (sintomáticas en el sentido psicoanalítico) [FP]

628: Depresiones esenciales frecuentes [FR]

629: Desorganizaciones repetidas [FR]
Rachas de enfermedades

631: Homosexualidad
Práctica de contactos homosexuales

641: Neurológicas centrales (afecciones)

651: Perversiones organizadas [FP]

661: Polioperados
Con anterioridad a la desorganización actual

671: Suicidio [FR]
Intentos anteriores a la desorganización o a la enfermedad.

681: Tono libidinal [FR]
Disminución en relación al envejecimiento, sean las que sean las limitaciones de las investiduras.

691: Toxicomanías habituales (incluídas las iatrogénicas) [FR]

692: Psicoterapias anteriores.

693: Depresión de la adolescencia.

600: Otras.

3. CARACTERÍSTICAS ACTUALES MAYORES

Reúnen datos sintomáticos inmediatos, datos anamnésicos recientes, datos que conciernen al funcionamiento mental y al modo de vida actuales.

Este apartado trata de poner en evidencia la existencia de cambios recientes que pudieran haber ocasionado la aparición de un movimiento de desorganización somática.

Las características actuales mayores pueden ser, y son a menudo, objeto de varias valoraciones por cada sujeto.

3.1. Repertorio de las características actuales mayores.

801: Conversión (histérica o no) [FR]

802: Depresión esencial [CMP]

803: Depresión sub-aguda o aguda (sintomática en el sentido del psicoanálisis) [FP]

804: Desorganización progresiva [CMP]

805: Duelos o pérdidas de objetos significativos recientes no elaborados [FR]

807: Vida operatoria [CMP]

806: Médico-legal o profesional
(problemas recientes pensando sobre el funcionamiento psicosomático)

808: Padre de un niño tratado a la vez en psicoterapia.

809: Psicoterapias anteriores (antecedentes de menos de un año)

810: Sexuales (dificultades efectivas recientes, impotencia y frigidez)

811: Suicidio [FR]
Intento reciente

812: Toxicomanías recientes (incluso iatrogénicas) [CMP]

813: Limitaciones recientes, accidentales o no, de las actividades corporales [FR]
La reducción o interrupción de las actividades física investidas afectivamente (ya sea por accidente, enfermedad, envejecimiento y otras causas), impiden la descarga de las excitaciones por medio de los comportamientos.

814: Cambio notable de la economía relacional [FR]

815: Cambio de la economía relacional en menos de un año [FR]

816: Frustración del placer sexual [FR]

820: Reorganización relativa (por lo menos provisional) sobre una forma hipocondríaca) [FP]

822: Beneficios secundarios de la enfermedad actual
Beneficios personales (por ejemplo, quedarse en casa), atenciones de la familia y los amigos, visitas del médico o cuidado hospitalario, beneficios sociales, etc.

ANEXO II

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA APLICAR LA CLASIFICACIÓN DE PIERRE MARTY [1, 2]

(Se advierte sobre el secreto profesional en relación a todos los datos concretos que se viertan en la entrevista)

1. Antecedentes médicos.
2. Antecedentes quirúrgicos.
3. Alergias (respiratorias, epiteliales, otras)
4. Algias
5. Tratamiento y consumo habitual de fármacos (hacer hincapié en el consumo de aspirinas).
6. Accidentes.
7. Consumo de tabaco.

---

[1] Adaptación realizada por el doctorando para la investigación "*La infertilidad femenina como trastorno psicosomático*" (Madrid, 1/09/00)

[2] Cuando se pregunta por cualquier persona próxima al sujeto, se investigan: relación, desengaños, accidentes, antecedentes médico-quirúrgicos, muerte, existencia de algún otro dato especial por su carga emotiva.

8. Consumo de alcohol.
9. Consumo de otras drogas.
10. Menarquia, menstruación,
11. Embarazos, abortos, antecedentes en la familia
12. Cambios en el apetito/peso. Tipo de alimentación
13. Cambios en la visión / audición.
14. Hiperactividad/hipoactividad
15. Calidad del sueño, cambios recientes en su duración o calidad.
16. Sueños y pesadillas (se pide al paciente que relate alguno).
17. Lugar de nacimiento.
18. Domicilio (incluyendo cambios realizados).
19. Estudios (nivel, cambios de centro).
20. Trabajo (cambios trabajo, periodos de desempleo, paro y bajas laborales).
21. Abuelos
22. Padres.
23. Hermanos
24. Tíos, primos
25. Parejas (novios, cónyuges, relaciones extramatrimoniales).
26. Relaciones sexuales (primera, con las diferentes parejas, actuales).
27. Amigos.
28. Animales de compañía.
29. Vacaciones.
30. Navidades.
31. Viajes (de trabajo y ocio)
32. Hobbies.
33. Consultas a curanderos, echadoras de cartas, etc.
34. Religiosidad.
35. Interés por la política.
36. Qué programas de TV le gustan más (¿ve mucho TV o poco?
37. ¿Hasta qué punto le afecta lo que los demás piensen de usted?
36. ¿De qué se arrepiente? [culpas]
37. ¿Qué metas ha logrado en su vida y cuáles no ha logrado?
38. ¿Cuál es su principal deseo incumplido?
39. ¿Cómo le afectó –y le afecta- la noticia de su infertilidad?

40. Si le dijeran que hay enfermedades que comienzan o empeoran por cómo se toma uno la vida, ¿se lo creería?.
41. ¿Hay algo importante que haya supuesto mucho estrés o una gran alegría, algo especialmente relevante en su vida que no me haya dicho o que no le haya preguntado?
42. ¿Considera que le queda algo que añadir a todo lo que hemos hablado?.

ANEXO III

IDEAL DEL YO / YO IDEAL

IDEAL DEL YO	En cuanto a:	YO IDEAL
Evolutivamente es posterior	CRONOLOGÍA	Evolutivamente es anterior
Es un modelo al que el sujeto intenta adecuarse	MODELO	Modelo basado en la omnipotencia narcisista
Tiene que ver con el amor al objeto	EL OBJETO	Tiene que ver con la idealización y con la sobreestimulación de un objeto inalcanzable
Convive con la castración	LA CASTRACIÓN	Tapona la castración
Parte de un YO generalmente formado	EL "YO"	Denuncia fallas en la formación del YO
Tiene que ver con los aspectos amorosos del YO	ESTANCIA PSÍQUICA	Tiene que ver con el ELLO y sus conexiones con el YO
Genera sentimientos de culpa, porque está basado en el amor al objeto	LOS SENTIMIENTOS	Genera sentimientos de rabia, vergüenza y fracaso porque está basado en la búsqueda de completud narcisista
Sujeto bien mentalizado	MENTALIZACIÓN	Sujeto mal mentalizado
Deseo dirigido a lo más valorado del objeto	El DESEO	Fracasa en la formación del deseo
Se somete a la Ley	LA LEY	Genera ley
En funcionamiento secundario	IDENTIFICACIONES	En funcionamiento primario, es decir, con identificaciones masivas)

ANEXO IV
CRITERIOS RORSCHACH

CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DE INDICADORES DEL TEST DE RORSCHACH PARA APLICAR A LA MUESTRA COMO RASGOS EVALUABLES DEL GRADO DE MENTALIZACIÓN:

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
R (17-27)	R (> 27)	R (< 17)	Capacidad productiva
L (0,84-0,32)	L (> 0,84[1])	L (< 0,32 L (> 0.84)[2]	— permisividad o evitación de afectos (rigidez afectiva) — indicador de la capacidad para abrirse a un campo estimular nuevo
EB introversivo[3] extratensivo[4]	EB (ambigual)	EB (coartado)	Posibilidades de participación de los elementos ideacionales y afectivos de manera integrada.
FC > CF+C	FC = CF+C	FC < CF+C	Capacidad para modular la expresión de los afectos
*Sum dir. C' < Sum pond. C[5]	Sum dir. C'< Sum pond. C[6]	Sum directa C' =/> Sum pond. C	Relaciona el grado de reversión sobre sí mismo de elementos afectivos disruptivos con el nivel de procesamiento de emociones que el sujeto deliberadamente utiliza.

[1] Si existen respuestas C

[2] Si no existen respuesta C

[3] Siempre que el denominador sea > 0. Si es el denominador "0", mala mentalización.

[4] Siempre que FC>CF+C y M > 0. Si el numerador es "0", mala mentalización

[5] En al menos 2 puntos.

[6] En 0,5 / 1 / 1,5 puntos

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
M > 3	M (2-3)	M < 2	Capacidad para utilizar símbolos y representaciones en el marco de una actividad creadora y de introspección
FM (5-4-3)	FM (>5)	FM <3	Indica la capacidad para activar representaciones mentales ante la aparición de las pulsiones y de las necesidades creadas por éstas
m (0)	m (1)	m (>1)	Pérdida de control, que puede alterar o interrumpir los procesos de pensamiento. Procesos de tensión intrapsíquica inconscientes.
a>p	a = p	a<p	Tendencia a la actividad o a la pasividad en el afrontamiento de los problemas, y en las relaciones interpersonales
H > 3	H (2-3)	H< 2	Representaciones internas del elemento humano.
Sum C' (0/1)	Suma C' = 2	Sum C' > 2	Mide el riesgo de sufrir episodios de desorganización como consecuencia de estímulos disruptivos internos.
T = 1	T > 1	T = 0	Indica la necesidad de cercanía y contacto o el grado de malestar que experimenta un sujeto cuando registra esta necesidad y no la ha resuelto.
Y = 1	Y (2 –3)	Y = 0 o (> 3)	Registro de ansiedades difusas no ligadas que genera sentimientos de indefensión y desvalimiento.
Aislamiento < 0,25 %	Aislamiento 0,25-0,33 %	Aislamiento > 0,33 %	Percepción del entorno interpersonal
Afri >0,69	Afri (0,69-0,44)	Afri < 0,44	Responsividad del sujeto a los estímulos emocionales
Egoc. 0,32-0,46	Egoc<0,32	Egoc>0,46	Autocentramiento y autoestima

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
S = 1-2	S = 0-3-4	S > 4	En un extremo, nos informa sobre su capacidad de autonomía, indepen-dencia y autoafirmación; en otro sobre actitudes caracteriales y rígi-das en relación a un mal manejo de la hostilidad
Blends > 20 %	Blends 0,20 %	Blends < 20 %	Variabilidad de registros para modular respuestas afectivas
An+Xy 0/1	An+Xy (2-3)	An+Xy > 3	Corresponde a representaciones corporales con una carga emocio-nalmente disruptiva.
EA >6	EA (4-6)	EA < 4	Potencial de recursos organizados disponibles para iniciar conductas deliberadas (capacidad para pensar antes de actuar)
es (12-5)	es (4-2)	es < 2 es > 12	Déficit en la capacidad de expresión de los estados de necesidad y de introspección. O bien desborda-miento de éstos por impactos traumáticos.
EA > es	EA = es	EA < es	Relaciona los recursos accesibles para iniciar conductas deliberadas, frente al malestar que producen los disparadores internos de tensión.
Fd = 0	Fd = 1	Fd > 1	Estas respuestas están directa-mente relacionadas con conductas dependientes y regresiones pasivas.
COP > 1	COP = 1	COP = 0	Tendencia a establecer vínculos positivos o dificultad para ello.
PSV = 0	PSV (1-2)	PSV > 2	Denuncian la existencia de cierta rigidez en los procesos cognitivos.
Zd (de -3 a +3)	Zd > (3)	Zd < -3	Eficacia del esfuerzo organizador e interés por captar o no el entorno.

Buena mentalización (1)	Mentalización media (0)	Mala mentalización (-1)	Criterios clínicos
Zf > 40%	Zf (30 – 40 %)	Zf <30	Esfuerzo y capacidad creativa; Adaptabilidad
GHR > PHR	GHR = PHR	GHR < PHR	Calidad de las representaciones del elemento humano.
CDI (0-2)	CDI (3-4)	CDI (>4)	Nivel de dificultad para enfrentarse eficazmente a las demandas comunes a su entorno social.

ANEXO V
ÍNDICE DE GRAVEDAD FEMENINO Y FACTOR MASCULINO

CRITERIOS DE GRAVEDAD POR PATOLOGÍA GINECOLÓGICA*

(puntuación de "0" a "5")

	Puntos
ESTERILIDAD SIN CAUSA	0
ENDOMETRIOSIS I:	1
ENDOMETRIOSIS II:	2
ENDOMETRIOSIS III:	4
ENDOMETRIOSIS IV:	5
FACTOR CERVICAL:	2
FACTOR UTERINO LEVE:	2
FACTOR TUBÁRICO BILATERAL SEVERO:	3
FACTOR TUBÁRICO BILATERAL MODERADO:	1
OVARIO POLIQUÍSTICO:	2
TROMPAS PERMEABLES:	0

FACTOR MASCULINO

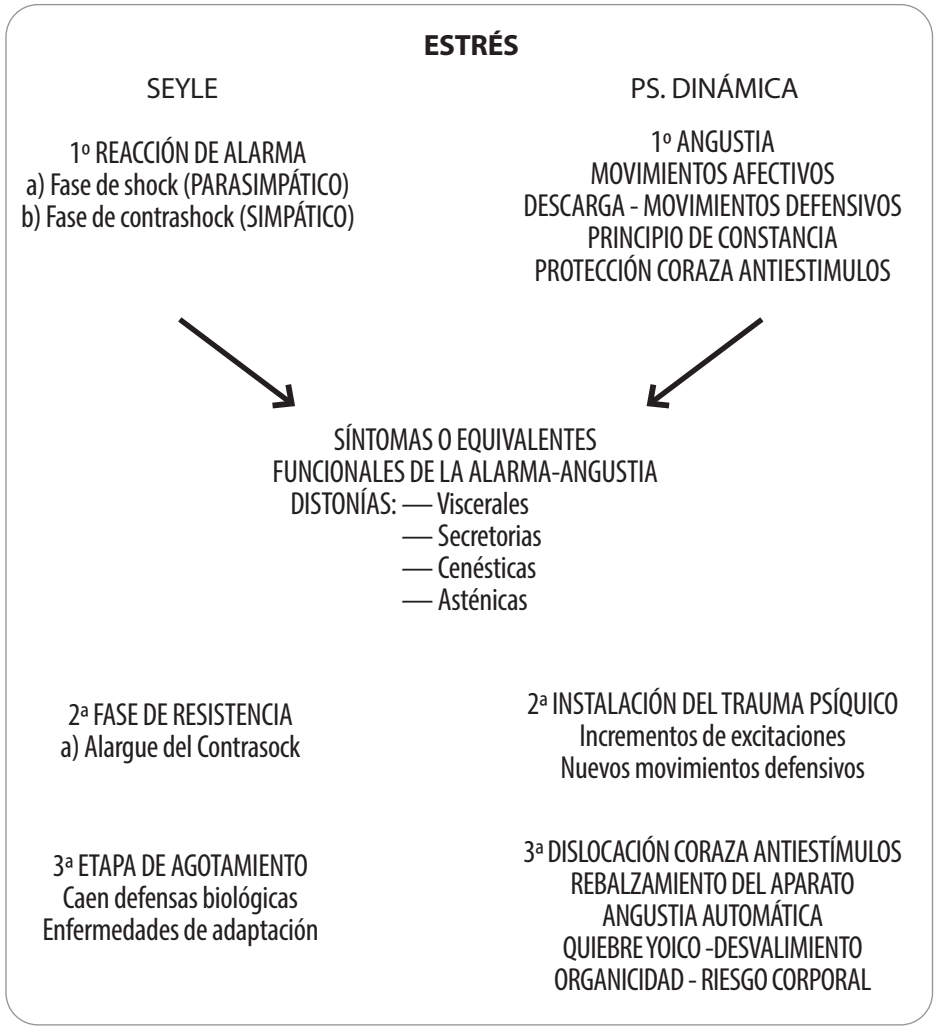
(leve: 1; moderado: 2 ; severo: 3)

FACTOR MASCULINO LEVE:	1
FACTOR MASCULINO MODERADO:	2
FACTOR MASCULINO SEVERO:	3

— No se tiene en cuenta en esta escala la suma de dos o más patologías
— Para elaborar esta escala de gravedad nos hemos servido del estudio de los resultados obtenidos en los 120 sujetos, partiendo del diagnóstico médico y de las estadísticas publicadas en *CUADRENOS DE MEDICINA REPRODUCTIVA*, vol. 1, nº 2, año 1995.

La denominación del trastorno en ambos casos (I.G.F. y F.M.) es la que ha emitido como diagnóstico el equipo médico que ha realizado la exploración.

ANEXO VI
ESTRÉS Y PS. DINÁMICA



Adaptación del original de R. D'ALVIA

TABLA 1.- PUNTUACIONES DEL RORSCHACH

MUESTRA	R	L	EB	FC/CF+C	C'/C	M	FM	m	a/p	H	SC'	T	Y	Aisl	Afri	Egc	S	Blens	An+Xy	EA	es	EA/es	Fd	COP	PSV	Zd	Zf	GHR/PHR	CDI	Σ
S-1	-1	0	1	-1	-1	0	-1	0	-1	-1	0	-1	1	1	-1	0	1	-1	0	1	0	-1	1	0	0	0	-1	1	-1	-5
S-2	-1	0	-1	-1	0	-1	-1	0	-1	-1	-1	-1	-1	1	0	0	0	-1	0	0	1	-1	1	-1	0	1	0	0	0	-9
S-3	-1	0	0	-1	0	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	-1	1	-1	0	0	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	-1	-1	1	-1	0	-13
S-4	1	0	0	-1	0	0	-1	-1	1	1	1	-1	-1	0	-1	0	0	-1	0	0	0	-1	1	1	-1	0	0	1	0	-2
S-5	-1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	-1	-1	-1	0	-1	1	0	1	-1	0	-1	1	-1	0	-1	1	1	0	1
S-6	1	1	1	-1	1	-1	-1	-1	1	0	1	-1	-1	-1	-1	1	1	-1	1	1	1	-1	0	-1	0	1	1	1	0	3
S-7	1	-1	-1	-1	0	-1	-1	1	0	-1	1	1	1	1	-1	1	0	-1	-1	-1	-1	0	0	-1	-1	0	-1	1	-1	-7
S-8	-1	1	-1	0	1	-1	-1	0	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	0	0	-1	0	0	0	1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-5
S-9	-1	0	1	-1	1	0	-1	1	1	-1	1	1	1	0	0	1	1	-1	-1	0	0	1	1	0	-1	1	1	0	0	6
S-10	-1	1	-1	0	1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	0	0	-1	-1	1	-1	0	0	0	1	1	-1	-1	1	0	-1	-1	-5
S-11	1	0	0	-1	0	0	-1	-1	0	0	1	-1	-1	0	0	1	1	-1	1	-1	1	-1	1	0	1	1	1	1	0	3
S-12	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	0	-1	1	-1	-1	1	0	1	0	-7
S-13	1	0	0	0	0	0	1	1	1	-1	1	-1	-1	-1	0	-1	0	-1	0	-1	0	-1	0	-1	1	1	0	0	-1	-3
S-14	1	-1	-1	0	0	-1	-1	1	1	0	1	-1	1	1	-1	1	1	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	0	0	1	0	4
S-15	1	0	0	-1	0	-1	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	-1	0	0	-1	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	0	0	0	0	-1	-13
S-16	1	0	-1	-1	1	-1	-1	0	-1	-1	1	-1	1	1	-1	0	1	-1	-1	0	0	1	1	-1	-1	-1	1	-1	0	-5
S-17	1	0	0	1	1	1	-1	0	-1	0	1	1	-1	1	1	0	0	-1	0	1	1	-1	1	-1	1	0	0	0	-1	5
S-18	-1	0	0	0	0	-1	1	0	1	-1	1	1	-1	1	-1	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	0	0	1	1	0	2
S-19	-1	0	-1	-1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	0	1	1	0	1	-1	0	0	0	1	1	-1	1	-1	-1	0	0	-2
S-20	0	1	1	-1	1	0	-1	1	1	-1	1	-1	0	1	1	0	0	-1	0	1	-1	1	1	0	-1	1	1	-1	0	5
S-21	1	-1	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	0	-1	1	-1	0	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	0	1

MUESTRA	R	L	EB	FC/CF+C	C/C	M	FM	m	a/p	H	SC	T	Y	Aisl	Afri	Egc	S	Blens	An+Xy	EA	es	EA/es	Fd	COP	PSV	Zd	Zf	GHR/PHR	CDI	Σ
S-22	-1	0	0	0	1	0	-1	1	-1	0	1	-1	-1	1	0	0	0	-1	1	-1	0	1	0	-1	0	-1	0	1	-1	-3
S-23	1	0	0	-1	-1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	0	1	0	0	-1	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	-1	-1	0	1	0	-7
S-24	1	0	0	-1	1	1	-1	1	1	-1	1	-1	0	1	1	0	-1	-1	0	1	0	1	1	-1	1	0	1	1	1	8
S-25	1	0	1	0	1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	1	1	0	0	0	-1	-1	0	0	1	1	-1	0	0	-1	-1	0	1
S-26	1	0	-1	1	-1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	-1	1	0	1	0	-1	-1	-1	1	-1	1	-1	0	1	0	0	0	-3
S-27	1	0	-1	1	0	-1	-1	1	-1	-1	0	-1	-1	1	0	0	1	-1	0	-1	0	-1	0	-1	1	-1	1	-1	-1	-7
S-28	1	0	-1	-1	1	-1	1	-1	-1	-1	-1	-1	0	1	1	0	1	-1	-1	1	0	0	1	-1	-1	0	-1	0	1	-4
S-29	1	-1	0	0	-1	0	-1	0	1	-1	0	-1	-1	0	1	-1	0	-1	0	-1	-1	0	1	-1	0	1	-1	1	0	-6
S-30	-1	1	1	-1	1	0	-1	0	1	-1	1	-1	-1	0	1	0	1	-1	1	1	0	1	1	-1	1	1	1	0	0	6
S-31	0	0	0	1	0	-1	1	1	1	0	1	-1	0	1	0	0	0	-1	-1	-1	1	1	-1	-1	0	1	-1	1	0	0
S-32	-1	0	0	-1	0	-1	-1	-1	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	0	1	0	1	1	-1	0	1	-1	1	0	-6
S-33	1	0	0	0	1	0	-1	1	1	0	1	0	0	1	-1	1	1	0	1	-1	0	-1	1	-1	0	-1	1	1	-1	5
S-34	1	0	1	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	-1	1	1	0	1	0	-1	1	0	0	-1	1	-1	1	1	1	1	0	9
S-35	0	1	1	-1	1	1	-1	-1	1	0	1	-1	-1	1	0	1	-1	1	-1	1	-1	-1	1	0	0	1	1	1	1	6
S-36	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	-1	-1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	-1	0	0	1	15
S-37	0	0	1	-1	0	1	1	-1	1	0	1	-1	1	1	0	0	-1	-1	0	0	1	-1	0	-1	0	-1	1	0	0	1
S-38	1	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	0	1	1	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	-1	1	0	-1	0	1	1	-1	1	8
S-39	1	1	0	-1	0	0	0	0	1	-1	0	-1	-1	-1	-1	0	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	0	1	1	0	-1	-1
S-40	0	1	1	-1	-1	0	0	-1	1	0	1	-1	0	0	0	-1	0	-1	1	0	-1	-1	0	-1	1	0	-1	-1	0	-5
S-41	1	1	0	-1	1	1	1	0	1	0	1	-1	0	-1	0	1	1	-1	1	1	1	0	0	0	1	-1	1	-1	1	9
S-42	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	-1	1	0	0	1	-1	-1	1	0	1	1	-1	0	1	1	-1	1	9
S-43	1	1	1	-1	0	0	1	1	0	-1	0	-1	-1	1	0	0	0	-1	0	1	-1	-1	-1	-1	1	-1	1	-1	0	-2
S-44	-1	1	0	-1	1	0	1	1	1	-1	1	-1	-1	1	-1	1	0	-1	0	1	1	-1	1	-1	0	-1	1	1	0	3
S-45	-1	1	-1	1	0	-1	0	1	1	-1	1	-1	-1	0	0	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	0	1	1	1	-1	1
S-46	0	0	0	-1	0	0	1	1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1	-1	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	-1	1	0	-1	-1	-8

MUESTRA	R	L	EB	FC/CF+C	C'/C	M	FM	m	a/p	H	SC'	T	Y	Aisl	Afri	Egc	S	Blens	An+Xy	EA	es	EA/es	Fd	COP	PSV	Zd	Zf	GHR/PHR	CDI	Σ
S-47	0	1	1	0	1	-1	0	0	1	-1	1	0	-1	1	0	0	-1	1	0	1	-1	-1	0	0	1	1	-1	0	0	3
S-48	1	0	-1	-1	-1	-1	1	0	-1	-1	-1	-1	1	1	0	0	-1	-1	1	-1	1	-1	0	-1	0	1	-1	0	-1	-8
S-49	-1	1	1	-1	-1	1	1	1	0	0	-1	-1	1	1	-1	1	1	-1	0	1	1	-1	1	-1	0	0	1	1	1	6
S-50	-1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	1	0	1	-1	0	1	-1	0	0	-1	0	-1	1	-1	1	-1	0	1	1	1	0	-1
S-51	-1	0	1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	-1	-1	0	-1	-1	0	1	-1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	0	-9
S-52	1	1	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	1	1	0	-1	0	1	1	0	3
S-53	1	1	-1	0	-1	-1	0	0	1	-1	1	-1	-1	-1	0	1	0	-1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1	1	0	0	-1	-6
S-54	1	1	1	-1	1	0	0	-1	1	-1	1	-1	1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	1	1	0	-1	0	1	1	1	0	5
S-55	1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	1	-1	1	-1	-1	1	-1	0	1	-1	1	-1	0	-1	1	-1	-1	1	-1	1	0	-3
S-56	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	0	-1	0	-1	0	0	1	-1	0	1	-1	-1	0	-3
S-57	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	1	0	-1	1	-1	-1	1	1	-1	1	0	0	-1	0	-8
S-58	1	0	1	-1	0	0	-1	1	-1	0	1	1	0	1	0	1	-1	-1	0	0	1	-1	1	-1	0	-1	1	0	0	2
S-59	1	0	-1	0	-1	0	-1	1	1	-1	1	-1	1	1	-1	0	1	-1	0	-1	1	-1	1	0	0	0	1	0	0	1
S-60	1	-1	-1	0	-1	-1	1	1	-1	-1	1	-1	1	-1	0	0	-1	-1	0	-1	1	-1	1	-1	-1	1	1	1	-1	-5
S-61	1	0	0	-1	1	0	-1	-1	1	-1	1	-1	1	1	1	0	1	-1	-1	0	1	-1	1	0	1	0	-1	1	0	3
S-62	1	1	1	-1	1	0	-1	1	-1	0	1	-1	-1	1	0	0	0	-1	-1	1	0	1	0	-1	0	-1	1	1	1	3
S-63	1	0	1	-1	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	0	1	-1	1	0	-1	1	0	1	-1	1	-1	0	1	0	-1	0	3
S-64	1	0	0	0	-1	-1	1	1	0	-1	1	-1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	-1	-1	0	-1	0	0	4
S-65	-1	-1	1	0	-1	0	-1	1	1	0	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	0	-1	-1	1	1	-1	1	1	0	1	0	0
S-66	1	1	-1	-1	-1	-1	-1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	0	1	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	0	1	0	0	0	-1
S-67	1	-1	-1	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	0	0	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	-1	-1	-1	-1	0	-3
S-68	-1	1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	1	0	1	0	-1	0	-1	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	0	1
S-69	-1	1	0	1	0	-1	-1	0	0	0	1	-1	-1	0	-1	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	0	0	1	1	0	-1
S-70	1	-1	-1	0	-1	-1	-1	-1	1	0	1	-1	1	1	1	0	0	-1	0	-1	1	-1	1	-1	0	-1	1	1	0	-2
S-71	1	1	1	0	1	1	0	0	0	-1	1	1	0	1	1	-1	0	-1	0	0	1	0	1	-1	0	0	-1	-1	0	5

MUESTRA	R	L	EB	FC/CF+C	C/C	M	FM	m	a/p	H	SC	T	Y	Aisl	Afii	Egc	S	Blens	An+Xy	EA	es	EA/es	Fd	COP	PSV	Zd	Zf	GHR/PHR	CDI	Σ
S-72	1	1	0	-1	1	0	0	0	1	0	1	-1	-1	1	-1	1	0	-1	1	0	1	-1	0	1	0	-1	1	1	0	5
S-73	0	1	1	-1	1	-1	1	0	0	-1	0	0	0	1	1	0	-1	0	0	0	1	0	1	-1	0	1	-1	1	0	4
S-74	0	1	1	0	1	1	-1	0	-1	0	1	0	-1	-1	0	1	-1	-1	0	1	0	1	1	0	0	-1	1	1	0	4
S-75	1	1	1	1	0	0	-1	-1	0	1	1	-1	1	1	-1	0	0	-1	0	-1	1	-1	0	0	0	1	1	1	0	5
S-76	1	0	0	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	-1	0	1	0	0	0	-1	-1	-1	1	-1	-1	0	-1	-1	1	0	0	-2
S-77	-1	1	1	-1	1	0	-1	1	0	-1	1	-1	1	1	0	0	1	-1	1	1	0	1	1	-1	0	0	1	-1	0	5
S-78	1	0	0	0	1	-1	1	1	1	-1	1	-1	-1	1	0	0	1	-1	-1	-1	1	-1	1	0	0	1	1	1	0	5
S-79	1	-1	1	-1	1	1	1	-1	1	0	1	-1	-1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12
S-80	1	1	0	1	0	-1	1	0	1	-1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	0	-1	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	0	1
S-81	0	0	0	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	-1	1	1	1	1	0	-1	0	-1	1	1	1	13
S-82	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	0	1	1	-1	0	1	1	0	1	-1	0	0	0	1	1	-1	1	0	1	-1	1	2
S-83	1	-1	-1	0	-1	0	-1	1	1	0	1	-1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	-1	1	0	-3
S-84	1	0	0	1	0	0	1	0	1	-1	1	-1	-1	0	0	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	1	-1	3
S-85	1	0	-1	1	1	0	1	1	1	-1	1	0	-1	1	1	0	0	-1	1	-1	1	-1	0	0	-1	0	1	-1	0	4
S-86	-1	-1	-1	0	-1	-1	0	1	1	0	1	-1	-1	1	-1	0	0	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	0	1	1	1	0	-5
S-87	1	1	1	-1	1	-1	0	1	1	-1	1	-1	1	1	0	1	-1	-1	1	0	1	-1	1	-1	1	1	-1	1	0	7
S-88	-1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	-1	1	-1	1	1	0	0	-1	-1	-1	0	1	-1	1	-1	0	0	1	1	0	3
S-89	0	1	1	-1	1	-1	1	-1	1	0	1	-1	-1	1	1	0	-1	-1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	0	-1	-1	1	0
S-90	0	-1	1	-1	1	1	-1	0	1	1	1	-1	-1	1	0	0	-1	-1	0	1	1	1	0	-1	0	-1	1	1	1	4
S-91	0	-1	1	-1	1	1	0	-1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1	0	1	0	1	-1	-1	0	-1	1	-1	1	-1	1	-1
S-92	1	0	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	-1	0	1	0	1	0	-1	0	1	1	1	1	14
S-93	1	0	0	-1	1	0	-1	0	-1	-1	1	-1	-1	-1	-1	1	1	-1	0	0	0	1	1	0	1	-1	1	1	-1	-1
S-94	-1	-1	1	-1	1	-1	0	0	1	-1	1	1	0	-1	0	-1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	-1	1	1	0	1
S-95	-1	0	0	1	1	1	-1	1	0	0	1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	0	0	-1	1	1	-1	1	-1	1	1	0	2
S-96	1	0	0	-1	0	-1	1	0	1	-1	0	1	0	1	-1	-1	-1	1	0	0	1	0	0	-1	-1	-1	-1	-1	0	-4

MUESTRA	R	L	EB	FC/CF+C	C'/C	M	FM	m	a/p	H	SC'	T	Y	Aisl	Afri	Egc	S	Blens	An+Xy	EA	es	EA/es	Fd	COP	PSV	Zd	Zf	GHR/PHR	CDI	Σ
S-97	0	0	1	-1	1	1	-1	1	-1	0	1	1	-1	1	0	0	1	-1	-1	1	0	1	1	-1	-1	1	-1	1	1	5
S-98	0	0	1	-1	1	0	0	-1	1	1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	-1	1	1	-1	1	0	-1	-1	1	1	1	3
S-99	1	1	0	-1	1	0	1	-1	1	0	1	-1	0	-1	0	0	0	0	1	0	1	-1	1	-1	1	0	-1	1	0	4
S-100	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	1	0	-1	1	-1	0	0	-1	0	0	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1	-1	1	1	0	-5
S-101	1	-1	0	-1	1	1	1	-1	1	0	1	0	-1	1	0	0	0	1	-1	1	-1	-1	1	-1	1	0	1	1	1	6
S-102	1	1	0	-1	1	1	-1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	-1	0	1	1	1	0	-1	1	-1	1	1	0	10
S-103	1	0	1	0	0	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	1	0	1	1	-1	0	1	-1	1	1	-1	0	1	1	1	0	8
S-104	1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	-1	-1	0	1	0	-1	0	-1	-1	0	1	-1	0	0	1	0	0	-5
S-105	0	0	0	0	1	-1	1	-1	1	-1	1	1	-1	1	1	0	-1	-1	-1	1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	1	1	1
S-106	-1	1	1	-1	1	0	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	-1	0	1	1	0	1	1	-1	1	-1	0	1	1	1	0	7
S.107	1	1	-1	0	1	-1	0	-1	0	-1	1	-1	-1	0	-1	0	0	-1	0	0	-1	-1	1	1	1	0	-1	1	-1	-4
S.108	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1	-1	0	-1	1	-1	-1	-1	0	0	1	-1	0	-1	-1	0	1	-1	0	1	-1	0	0	-12
S-109	1	0	0	-1	0	0	-1	1	0	0	1	-1	0	1	0	1	0	-1	0	-1	0	-1	1	0	-1	1	1	1	0	2
S-110	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	1	0	0	-1	-1	1	-1	-1	1	1	0	-1	1	-1	-1	0	-9
S-111	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	1	-1	0	1	0	1	1	0	-1	1	1	1	1	15
S-112	1	0	0	0	0	-1	1	1	0	0	1	1	-1	1	1	0	0	-1	1	1	-1	0	0	-1	0	1	0	-1	0	4
S-113	1	0	-1	1	0	-1	0	-1	1	-1	0	-1	0	1	0	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	0	0	-4
S-114	-1	0	-1	-1	0	-1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	-1	-1	0	1	-1	0	1	-1	1	1	4
S-115	-1	1	0	0	0	-1	1	0	-1	-1	1	-1	0	1	-1	1	1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	0	1	1	0	2
S-116	0	1	0	-1	1	1	1	0	1	0	-1	0	-1	1	-1	1	0	1	-1	1	-1	-1	-1	-1	0	0	1	-1	1	1
S-117	0	-1	0	-1	1	1	-1	-1	1	0	0	-1	-1	1	0	0	0	-1	-1	1	1	-1	1	-1	-1	0	-1	-1	1	-5
S-118	0	1	0	0	1	-1	1	1	1	-1	-1	-1	-1	0	0	-1	0	-1	0	1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	1	0	-2
S-119	1	-1	1	1	0	1	-1	1	-1	-1	1	-1	0	1	0	1	1	-1	1	0	1	0	1	-1	0	-1	-1	0	0	3
S-120	0	1	0	0	0	1	0	-1	1	-1	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	-1	0	1	-1	-1	1	-1	1	0	-1	1	0	-4

TABLA 2. PUNTUACIONES DE LA CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA

C-1 MUESTRA	C-2 C.B.P. [N X 3]	C-3 F.P. [N X 1]	C-4 F.R. [N X -1]	C-5 C.M.P. [N X -2]	C-6 C.G. [N X -3]	C-7 Σ	C-8 MENTALIZACIÓN
S-1	3	5	-6	-8	0	-6	MALA
S-2	6	4	-5	-6	-3	-4	MALA
S-3	3	2	-7	-6	0	-8	MALA
S-4	6	2	-4	-3	0	1	MEDIA
S-5	3	4	-2	-2	0	3	MEDIA
S-6	3	2	-4	-4	0	-3	MEDIA
S-7	3	3	-5	-4	-3	-6	MALA
S-8	3	3	-5	-2	-3	-4	MALA
S-9	6	7	-4	-4	0	5	BUENA
S-10	3	5	-3	-6	-3	-4	MALA
S-11	6	3	-5	-6	0	-2	MEDIA
S-12	0	4	-2	-4	-3	-5	MALA
S-13	6	5	-4	-5	0	2	MEDIA
S-14	9	4	-6	-2	0	5	BUENA
S-15	0	6	-4	-4	-6	-8	MALA
S-16	3	4	-6	-2	-6	-7	MALA
S-17	12	5	-3	-4	0	10	BUENA
S-18	3	7	-2	-4	0	4	BUENA
S-19	6	5	-4	-4	-3	0	MEDIA
S-20	0	5	-3	-4	-3	-5	MALA
S-21	3	4	-3	-4	-3	-3	MEDIA
S-22	6	7	-4	-4	-3	2	MEDIA
S-23	0	8	-3	-4	-6	-5	MALA
S-24	0	6	-5	-4	-3	-6	MALA
S-25	3	4	-2	-2	0	3	MEDIA
S-26	6	5	-4	-6	0	1	MEDIA

C-1 MUESTRA	C-2 C.B.P. [N X 3]	C-3 F.P. [N X 1]	C-4 F.R. [N X -1]	C-5 C.M.P. [N X -2]	C-6 C.G. [N X -3]	C-7 Σ	C-8 MENTALIZACIÓN
S-27	0	4	-5	-2	-3	-6	MALA
S-28	0	5	-3	-4	-6	-8	MALA
S-29	0	4	-3	-4	-3	-6	MALA
S-30	3	3	-6	-4	0	-4	MALA
S-31	3	5	-4	-6	0	-2	MEDIA
S-32	0	6	-3	-6	-6	-9	MALA
S-33	6	8	-3	-2	0	9	BUENA
S-34	3	5	-7	-8	-3	-10	MALA
S-35	9	4	-3	-2	0	8	BUENA
S-36	6	5	-2	-2	0	7	BUENA
S-37	3	6	-4	-2	0	3	MEDIA
S-38	15	6	-5	-4	0	12	BUENA
S-39	3	6	-3	-4	0	2	MEDIA
S-40	0	5	-6	-6	-3	-10	MALA
S-41	3	7	-6	0	0	4	BUENA
S-42	9	9	-5	-4	0	9	BUENA
S-43	0	5	-4	-6	0	-5	MALA
S-44	3	7	-7	-4	0	-1	MEDIA
S-45	3	5	-10	-2	0	-4	MALA
S-46	6	7	-8	-6	-6	-7	MALA
S-47	3	5	-6	-4	0	-2	MEDIA
S-48	3	4	-15	-2	0	-10	MALA
S-49	12	9	-10	-2	0	9	BUENA
S-50	0	4	-7	2	3	2	MEDIA
S-51	0	3	-6	0	-3	-6	MALA
S-52	0	3	-7	-4	0	-8	MALA
S-53	0	9	-6	-2	-6	-5	MALA
S-54	6	6	-3	-2	0	7	BUENA
S-55	12	4	-2	-2	0	12	BUENA
S-56	0	2	-3	0	0	-1	MEDIA
S-57	0	2	-8	0	0	-6	MALA
S-58	3	4	-8	-2	0	-3	MEDIA
S-59	3	4	-7	-2	-3	-5	MALA

C-1 MUESTRA	C-2 C.B.P. [N X 3]	C-3 F.P. [N X 1]	C-4 F.R. [N X -1]	C-5 C.M.P. [N X -2]	C-6 C.G. [N X -3]	C-7 Σ	C-8 MENTALIZACIÓN
S-60	0	3	-4	-6	-3	-10	MALA
S-61	0	7	-5	0	0	2	MEDIA
S-62	3	3	-4	-4	0	-2	MEDIA
S-63	3	2	-4	0	0	1	MEDIA
S-64	6	6	-3	-2	0	7	BUENA
S-65	0	5	-4	-2	0	-1	MEDIA
S-66	6	4	-7	0	0	3	MEDIA
S-67	3	5	-6	-2	0	0	MEDIA
S-68	3	7	-3	-4	0	3	MEDIA
S-69	3	5	-3	-2	0	3	MEDIA
S-70	6	5	-2	-4	0	5	BUENA
S-71	0	7	-2	0	0	5	BUENA
S-72	9	2	-3	0	0	8	BUENA
S-73	6	6	-3	-2	0	7	BUENA
S-74	3	6	-2	-2	0	5	BUENA
S-75	6	4	-3	0	0	7	BUENA
S-76	1	7	-6	0	0	2	MEDIA
S-77	0	4	-5	-2	-3	-6	MALA
S-78	0	8	-2	0	0	6	BUENA
S-79	0	5	-5	-2	-3	-5	MALA
S-80	9	2	-8	0	0	3	MEDIA
S-81	12	8	-4	-6	0	10	BUENA
S-82	6	6	-6	-6	0	0	MEDIA
S-83	3	7	-4	-4	0	2	MEDIA
S-84	3	6	-3	-4	0	2	MEDIA
S-85	0	7	-6	-4	-3	-6	MALA
S-86	0	3	-4	-4	-3	-8	MALA
S-87	9	4	-2	-2	0	9	BUENA
S-88	0	3	-2	-6	0	-5	MALA
S-89	6	5	-4	-4	0	3	MEDIA
S-90	6	5	-3	-2	0	6	BUENA
S-91	3	4	-3	-2	0	2	MEDIA
S-92	9	3	-2	-2	0	8	BUENA

C-1 MUESTRA	C-2 C.B.P. [N X 3]	C-3 F.P. [N X 1]	C-4 F.R. [N X -1]	C-5 C.M.P. [N X -2]	C-6 C.G. [N X -3]	C-7 Σ	C-8 MENTALIZACIÓN
S-93	3	3	-1	-2	0	3	MEDIA
S-94	6	5	-5	-4	0	2	MEDIA
S-95	9	4	-4	-2	0	7	BUENA
S-96	0	3	-5	-6	0	-8	MALA
S-97	6	6	-2	-4	0	6	BUENA
S-98	0	3	-4	-6	0	-7	MALA
S-99	6	4	-2	-2	0	6	BUENA
S-100	0	5	-3	-4	-3	-5	MALA
S-101	3	6	-2	-2	0	5	BUENA
S-102	6	9	-4	-2	0	9	BUENA
S-103	9	8	-3	-2	0	12	BUENA
S-104	0	5	-4	-6	-3	-8	MALA
S-105	3	3	-5	-2	0	-1	MEDIA
S-106	6	7	-2	-2	0	9	BUENA
S.107	0	3	-3	-4	-3	-7	MALA
S.108	0	1	-4	-4	-3	-10	MALA
S-109	3	6	-2	-4	0	3	MEDIA
S-110	0	0	-2	-2	-3	-7	MALA
S-111	9	6	-5	0	0	10	BUENA
S-112	0	5	-4	-4	-3	-6	MALA
S-113	0	2	-4	-6	0	-8	MALA
S-114	3	6	-3	-4	0	2	MEDIA
S-115	3	5	-1	-4	0	3	MEDIA
S-116	3	4	-2	-2	0	3	MEDIA
S-117	0	3	-3	-4	-3	-7	MALA
S-118	6	5	-2	-6	0	3	MEDIA
S-119	3	5	-4	-4	0	0	MEDIA
S-120	0	5	-3	-4	-6	-8	MALA

TABLA 3. PUNTUACIONES DE LOS CUESTIONARIOS

MUESTRA	PANAS	IRE	H. (ANS)	A. (DEP)	D. (A+D)	MCMQ	POND ESTR	P.D. TAS	POND TAS
S-1	1,8	25	13	14	27	3,6	1	81	1
S-2	0,8	7	6	6	12	0,87	-1	70	0
S-3	0,45	6	5	8	13	1,3	-1	75	1
S-4	1	9	10	10	20	0,54	0	68	0
S-5	0,94	14	10	8	18	0,7	0	65	0
S-6	0,88	13	11	9	20	0,62	0	82	1
S-7	0,62	8	5	10	15	0,95	-1	79	1
S-8	0,58	3	6	6	12	2	-1	77	1
S-9	1,4	12	8	10	18	0,6	0	52	-1
S-10	0,75	7	5	8	13	2	-1	78	1
S-11	1	15	8	13	21	0,62	0	72	0
S-12	0,66	6	7	5	12	1,5	-1	60	-1
S-13	0,92	10	10	11	21	0,6	0	69	0
S-14	5,4	18	15	14	29	3,5	1	48	-1
S-15	3,2	20	15	16	31	4	1	81	1
S-16	1,2	9	9	12	21	0,58	0	84	1
S-17	2,5	18	14	18	32	3,2	1	35	-1
S-18	1,2	13	9	10	19	0,72	0	70	0
S-19	0,96	10	10	10	20	0,5	0	67	0
S-20	0,4	7	4	7	14	0,98	-1	40	-1
S-21	1	9	8	11	19	0,38	0	71	0
S-22	0,9	12	9	9	18	0,5	0	60	-1
S-23	0,7	3	7	8	15	1,65	-1	88	1
S-24	4	23	18	15	33	4,2	1	45	-1
S-25	3,4	21	14	16	30	3,6	1	68	0
S-26	0,95	11	11	9	20	0,32	0	88	1
S-27	0,46	6	9	7	16	2,2	-1	77	1

MUESTRA	PANAS	IRE	H. (ANS)	A. (DEP)	D. (A+D)	MCMQ	POND ESTR	P.D. TAS	POND TAS
S-28	0,8	6	8	9	17	0,98	-1	85	1
S-29	1,8	17	10	14	24	4	1	90	1
S-30	3,2	23	11	13	24	2,9	1	47	-1
S-31	1	14	9	9	18	0,75	0	69	0
S-32	0,6	5	6	5	11	0,8	-1	39	-1
S-33	0,82	8	7	7	14	1,5	-1	43	-1
S-34	2	19	14	15	19	2,2	1	61	-1
S-35	0,55	4	9	8	17	1,8	-1	57	-1
S-36	5	25	18	12	30	4,5	1	80	1
S-37	0,93	9	10	10	20	0,68	0	71	0
S-38	0,98	15	9	11	20	0,36	0	60	-1
S-39	1	13	9	12	21	0,46	0	78	1
S-40	0,7	6	8	7	15	0,95	-1	87	1
S-41	4,4	28	16	14	30	3,2	1	50	-1
S-42	3,2	22	12	14	26	2,8	1	59	-1
S-43	1,2	11	7	11	18	0,29	0	88	1
S-44	4,6	18	13	13	26	4,5	1	67	0
S-45	0,9	13	10	10	20	0,7	0	72	0
S-46	0,6	7	6	8	14	0,96	-1	55	-1
S-47	2,8	20	15	14	29	2,6	1	71	0
S-48	0,8	3	8	8	16	1	-1	60	-1
S-49	5,6	19	14	16	30	3,8	1	38	-1
S-50	1	12	11	11	22	0,73	0	64	0
S-51	0,78	4	6	7	13	0,94	-1	71	0
S-52	1,3	13	12	8	20	0,72	0	65	0
S-53	0,6	6	7	7	14	1,6	-1	67	1
S-54	0,52	8	8	9	17	2	-1	61	-1
S-55	3,4	18	15	15	30	2,8	1	56	-1
S-56	0,9	12	10	11	21	0,44	0	70	0
S-57	0,5	8	9	7	16	2,4	-1	64	1
S-58	0,94	9	9	13	22	0,6	0	69	0
S-59	1	10	10	12	22	0,36	0	71	0
S-60	1	15	9	10	19	0,73	0	70	1
S-61	0,88	10	8	11	19	0,3	0	52	-1

MUESTRA	PANAS	IRE	H. (ANS)	A. (DEP)	D. (A+D)	MCMQ	POND ESTR	P.D. TAS	POND TAS
S-62	0,96	10	12	10	22	0,44	0	66	0
S-63	1,4	14	11	11	22	0,5	0	64	0
S-64	0,38	8	8	7	15	0,95	-1	60	-1
S-65	0,88	11	10	9	19	0,64	0	69	0
S-66	0,93	13	10	11	21	0,72	0	70	0
S-67	1	9	10	12	22	0,36	0	72	0
S-68	1	9	9	9	18	0,7	0	66	0
S-69	1,2	13	10	9	19	0,65	0	65	0
S-70	0,9	10	8	12	20	0,42	0	71	1
S-71	3	22	15	15	30	3,5	1	49	-1
S-72	4,2	18	17	15	32	4	1	40	-1
S-73	4,6	24	14	13	27	2,8	1	62	-1
S-74	5	26	16	13	29	2,6	1	72	1
S-75	0,92	9	9	10	19	0,55	0	55	-1
S-76	1	13	10	12	22	0,7	0	68	0
S-77	4,5	20	15	12	27	3,8	1	41	-1
S-78	5,2	28	16	15	31	2,6	1	49	-1
S-79	3	18	12	12	24	4	1	52	-1
S-80	2	16	13	15	28	3,4	1	84	1
S-81	2,5	23	14	14	28	4,4	1	36	-1
S-82	0,95	14	10	11	21	0,32	0	65	0
S-83	0,88	15	9	9	18	0,64	0	68	0
S-84	1	10	10	12	22	0,48	0	71	0
S-85	3,2	22	14	13	27	3,2	1	51	-1
S-86	0,45	6	7	7	14	2,1	-1	76	1
S-87	2,6	18	13	15	28	2,8	1	48	-1
S-88	1	12	9	12	21	0,46	0	67	0
S-89	3	20	14	15	29	4	1	64	0
S-90	5	20	16	14	30	3,5	1	73	1
S-91	1,3	9	11	10	21	0,6	0	70	0
S-92	0,7	8	8	8	16	0,8	-1	52	-1
S-93	0,9	10	10	9	19	0,52	0	65	0
S-94	0,98	12	10	10	20	0,35	0	68	0
S-95	5,2	19	13	15	28	2,8	1	71	0

MUESTRA	PANAS	IRE	H. (ANS)	A. (DEP)	D. (A+D)	MCMQ	POND ESTR	P.D. TAS	POND TAS
S-96	0,75	5	7	8	15	1,2	-1	78	1
S-97	2,8	26	13	13	26	2,7	1	38	-1
S-98	1,4	14	11	11	22	0,36	0	88	1
S-99	1,8	16	18	17	35	3,9	1	40	-1
S-100	3	19	13	15	28	3,2	1	86	1
S-101	5,2	22	15	15	30	4,3	1	38	-1
S-102	0,9	10	12	10	22	0,7	0	32	-1
S-103	4	25	14	15	29	4,5	1	55	-1
S-104	0,6	7	5	7	12	0,92	-1	60	-1
S-105	0,94	12	8	12	20	0,6	0	71	0
S-106	3,4	18	18	11	29	3	1	46	-1
S.107	4	20	14	15	29	3,4	1	83	1
S.108	0,45	8	8	9	17	2	-1	76	1
S-109	1	13	10	10	20	0,56	0	72	0
S-110	0,8	4	6	8	14	0,88	-1	80	1
S-111	0,76	5	8	9	17	1,6	-1	84	1
S-112	5	19	15	16	31	4	1	61	-1
S-113	0,48	7	10	7	17	0,78	-1	79	1
S-114	0,9	12	8	10	18	0,72	0	90	1
S-115	1,2	10	9	9	18	0,4	0	69	0
S-116	1	13	10	11	21	0,48	0	64	0
S-117	0,58	5	8	8	16	0,84	-1	85	1
S-118	5,2	20	14	16	30	3,1	1	67	0
S-119	0,97	10	9	13	22	0,5	0	87	1
S-120	0,78	5	7	9	16	0,88	-1	76	1

TABLA 4. PUNTUACIONES COMPARADAS

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-1	28	-5	MALA	-6	2	1	2	S	1				1	1
S-2	35	-9	MALA	-4	4	1	5	N		0			0	-1
S-3	34	-13	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
S-4	28	-2	MEDIA	1	3	0	3	S	1				0	0
S-5	36	1	MEDIA	3	3	0	3	N		0			0	0
S-6	38	3	MEDIA	-3	2	0	2	S	1				1	0
S-7	35	-7	MALA	-6	5	0	5	N		0			1	-1
S-8	32	-5	MALA	-4	5	0	5	N		0			1	-1
S-9	34	6	BUENA	5	0	0	0	S	1				-1	0
S-10	30	-5	MALA	-4	0	0	0	S	1				1	-1
S-11	37	3	MEDIA	-2	2	0	2	S	1				0	0
S-12	28	-7	MALA	-5	4	0	4	N		0			-1	-1
S-13	35	-3	MEDIA	2	0	0	0	S	1				0	0
S-14	30	4	BUENA	5	0	0	0	S	1				-1	1
S-15	27	-13	MALA	-8	5	0	5	N		0			1	1
S-16	32	-5	MALA	-7	2	0	2	S	1				1	0
S-17	32	5	BUENA	10	1	1	2	S	1				-1	1
S-18	32	2	MEDIA/BUENA	4	3	1	4	N		0			0	0
S-19	34	-2	MEDIA	0	2	3	5	N		0			0	0
S-20	34	5	BUENA/MALA	-5	5	0	5	N		0			-1	-1

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-21	33	1	MEDIA	-3	3	0	3	S	1				0	0
S-22	30	-3	MEDIA	2	0	1	2	S	1			2	-1	0
S-23	37	-7	MALA	-5	4	1	5	N		0			1	-1
S-24	31	8	BUENA/MALA	-6	2	0	2	?			.		-1	1
S-25	31	1	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	1
S-26	29	-3	MEDIA	1	0	2	2	S	1				1	0
S-27	31	-7	MALA	-6	2	0	2	S	1				1	-1
S-28	33	-4	MALA	-8	4	0	4	?			.		1	-1
S-29	30	-5	MALA	-6	5	0	5	N		0			1	1
S-30	32	6	BUENA/MALA	-4	2	0	2	N		0			-1	1
S-31	31	0	MEDIA	-2	2	0	2	N		0			0	0
S-32	34	-6	MALA	-9	3	1	4	N		0			-1	-1
S-33	30	5	BUENA	9	0	2	2	S	1			3	-1	-1
S-34	30	9	BUENA/MALA	-10	5	0	5	N		0			-1	1
S-35	37	6	BUENA	8	1	1	2	S	1				-1	-1
S-36	32	15	BUENA	7	2	0	2	S	1				1	1
S-37	34	1	MEDIA	3	1	1	2	S	1				0	0
S-38	35	8	BUENA	12	2	0	2	S	1				-1	0
S-39	37	-1	MEDIA	2	1	2	3	S	1				1	0
S-40	39	-5	MALA	-8	4	3	5	?			.		1	-1
S-41	33	9	BUENA	4	0	2	2	S	1				-1	1
S-42	35	9	BUENA	9	2	3	5	N		0			-1	1
S-43	37	-2	MEDIA/MALA	-5	5	0	5	N		0			1	0
S-44	36	3	MEDIA	-1	2	0	2	?			.		0	1
S-45	26	1	MEDIA/MALA	-4	3	0	3	N		0			0	0

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-46	29	-8	MALA	-7	3	1	4	N		0			1	-1
S-47	31	3	MEDIA	-2	1	2	3	S	1				0	1
S-48	27	-8	MALA	-10	2	0	2	S	1				1	-1
S-49	37	6	BUENA	9	2	1	3	S	1			2	-1	1
S-50	35	-1	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-51	29	-9	MALA	-6	4	1	5	N		0			0	-1
S-52	33	3	MEDIA/MALA	-8	4	0	4	N		0			0	0
S-53	38	-6	MALA	-5	3	0	3	?			.		1	-1
S-54	37	5	BUENA	7	4	0	4	N		0			-1	-1
S-55	33	6	BUENA	12	0	0	0	S	1				-1	1
S-56	33	-3	MEDIA	-1	2	0	2	S	1				0	0
S-57	29	-8	MALA	-6	4	1	5	N		0			1	-1
S-58	38	2	MEDIA	-3	2	1	3	N		0			0	0
S-59	27	1	MEDIA/MALA	-5	4	2	5	N		0			0	0
S-60	35	-5	MALA	-10	1	3	4	N		0			1	0
S-61	31	3	MEDIA	2	3	0	3	S	1				-1	0
S-62	36	3	MEDIA	-2	3	1	4	N		0			0	0
S-63	35	3	MEDIA	1	3	0	3	N		0			0	0
S-64	30	4	BUENA	7	2	1	3	S	1			2	-1	-1
S-65	33	0	MEDIA	-1	3	0	3	?			.		0	0
S-66	36	-1	MEDIA	3	0	0	0	S	1				0	0
S-67	37	-3	MEDIA	0	1	3	4	N		0			0	0
S-68	37	1	MEDIA	3	3	1	4	N		0			0	0
S-69	30	-1	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	0
S-70	35	-2	MEDIA/BUENA	5	4	0	4	N		0			1	0

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-71	33	5	BUENA	5	4	0	4	S	1			2	-1	1
S-72	36	5	BUENA	8	2	0	2	S	1				-1	1
S-73	29	4	BUENA	7	0	0	0	S	1			2	-1	1
S-74	36	4	BUENA	5	1	3	4	N		0			1	1
S-75	38	5	BUENA	7	2	0	2	S	1				-1	0
S-76	25	-2	MEDIA	2	2	1	3	S	1				0	0
S-77	35	5	BUENA/MALA	-6	5	0	5	N		0			-1	1
S-78	33	5	BUENA	6	2	0	2	S	1				-1	1
S-79	36	12	BUENA/MALA	-5	4	0	4	N		0			-1	1
S-80	35	1	MEDIA	3	2	0	2	S	1				1	1
S-81	35	13	BUENA	10	1	0	1	S	1				-1	1
S-82	34	2	MEDIA	0	2	3	5	?			.		0	0
S-83	32	-3	MEDIA	2	2	0	2	?			.		0	0
S-84	26	3	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-85	35	4	BUENA/MALA	-6	0	2	2	S	1				-1	1
S-86	27	-5	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
S-87	36	7	BUENA	9	5	1	5	N		0			-1	1
S-88	35	3	MEDIA/MALA	-5	2	0	2	S	1				0	0
S-89	29	0	MEDIA	3	2	0	2	S	1				0	1
S-90	33	4	BUENA	6	0	2	2	S	1				1	1
S-91	28	-1	MEDIA	2	2	0	2	S	1				0	0
S-92	32	14	BUENA	8	2	2	4	S	1			2	-1	-1
S-93	29	-1	MEDIA	3	3	0	3	S	1				0	0
S-94	31	1	MEDIA	2	3	0	3	S	1				0	0
S-95	36	2	MEDIA/BUENA	7	4	0	4	N		0			0	1
S-96	35	-4	MALA	-8	5	0	5	N		0			1	-1

C-1 MUESTRA	C-2 edad	C-3 ROR	C-4 MENTALIZACIÓN	C-5 CLAS	C-6 I.G.F	C-7 F.M.	C-8 I.G.T	C-9 EMB	C-10 SI	C-11 NO	C-12 ¿?	C-13 E.M.	C-14 TAS	C-15 ESTR
S-97	25	5	BUENA	6	2	0	2	S	1				-1	1
S-98	36	3	MEDIA/MALA	-7	2	0	2	S	1				1	0
S-99	33	4	BUENA	6	0	2	2	S	1			2	-1	1
S-100	32	-5	MALA	-5	5	0	5	N		0			1	1
S-101	22	6	BUENA	5	0	2	2	S	1				-1	1
S-102	33	10	BUENA	9	5	0	5	N		0			-1	0
S-103	29	8	BUENA	12	0	3	4	N		0			-1	1
S-104	36	-5	MALA	-8	4	1	5	N		0			-1	-1
S-105	33	1	MEDIA	-1	2	1	3	N		0			0	0
S-106	28	7	BUENA	9	2	1	3	?			.		-1	1
S.107	29	-4	MALA	-7	4	0	4	N		0			1	1
S.108	29	-12	MALA	-10	4	0	4	N		0			1	-1
S-109	29	2	MEDIA	3	2	1	3	S	1				0	0
S-110	34	-9	MALA	-7	5	2	5	N		0			1	-1
S-111	31	15	BUENA	10	2	0	2	S	1				1	-1
S-112	34	4	BUENA/MALA	-6	1	0	1	S	1				-1	1
S-113	30	-4	MALA	-8	3	1	4	?			.		1	-1
S-114	36	-2	MEDIA	2	1	0	1	S	1				1	0
S-115	31	2	MEDIA	3	2	0	2	N		0			0	0
S-116	39	1	MEDIA	3	2	3	5	N		0			0	0
S-117	33	-5	MALA	-7	4	0	5	N		0			1	-1
S-118	32	-2	MEDIA	3	2	0	2	S	1				0	1
S-119	30	3	MEDIA	0	2	0	2	N		0			1	0
S-120	33	-4	MALA	-8	4	0	4	N		0			1	-1
						46(9)			58	52	10			

BIBLIOGRAFÍA

Augé, M. y Henzlick, C., *Steérilite, aridité, sécheresse. Quelques invariants de la pensée symbolique, Le sens du mal*, París, Archives contempoarines, 1984.

Alexander F., *Psychosomatic medicine: its principles and applications*, New York: W.W. Norton, 1950.

Alexander F, Szasz T.A. *El enfoque psicosomático en medicina*. En Alexander F.(Ed), Psiquiatría dinámica. Buenos Aires: Paidos, 1971; 309-337. (Orig. 1958).

Alexander F, French T, Pollock G. (Eds). *Psychosomatic specificity. Vol. 1. Experimental study and results. Chicago*: University of Chicago Press, 1968.

Ajuriaguerra J. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson, 1993 (Orig. 1973).

Apfel RJ. Sifneos PE. Alexithymia. "Concept and measurement", *Psychotherapy and Psychosomatics*; 1979, 32: 180-190.

Aulagnier P. *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu, Bs.Aires ,1977.

Avila L.A., "A doenca na alma: Groddeck e a psicossomatica psicanalitica", *Revista de Psicanalise,* París 1997; 10(19)(2): 43-48.

Bachofen, J.J., *El matriarcado*, Madrid, Akal, 1987.

Barcia D., *Las raíces históricas del pensamiento psicosomático*. Psiquis, 1998; 19(5): 171-181.

Békey, M. (copiladora), *Lecturas de lo psicosomático*, Buenos Aires, Lugar, 1991.

Belmont, N., "Proposition pour une antrhopologie de la naissance", *Topique, nº 43.*

Centro Editor de América Latina, Bs. Aires 1972. *La naissance, regards anthropologiques,* Dunod, 1989.

Benedek, T./ Ham, G.C./ Robbins, F.P. / Rubenstein, B.B., "Same emotional factors in infertility", *Psychosomatic Medicine, vol. XV, núm. 5*, 1953.

Berenstein I. Puget J: *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós, Bs. Aires 1997.

Biancoli R., "Georg Groddeck; the psychoanalyst of symbols", *International Forum of Psychoanalysis* 1997; 6(2): 117-125.

Bion W., "Las Transformaciones" *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXII - Nº 2 – 2000.*

Bollas C., *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido y no pensado,* Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

Braunschweig, D. y Fain, M., *La noche y el día. Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*, título original: *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, traductor: Leonardo Wolfson, Buenos Aires Amorrortu, 1975.

Bydlobski, M., *La dette de vie*, París, (Le fil rouge), Ed. Puf, Paris 1988.

Dewaraja R. y otros, Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymic, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1997, 66 (2): 83-86.

Cabetas, I., *Anorexia nerviosa y melancolía*, Tesis doctoral, Univ. Complutense, Madrid (25/11/98)

Campbell EF., "Failure in the mother child dyad", Finell JS Ed, Mind-body problems: psychotherapy with psychosomatics *disorders*. Northvale, N.J.: Jason Aronson, 1997; 121-131.

Calatroni, M. T. de (compiladora), *Pierre Marty y la psicosomática*, B.A. 1998, Ed. Amorrortu.

Carratelli TI, Lanza AM., Integrated psychodynamic approach in infantile psychosomatic illness. *Clinical observations. Giornale di Neuropsychiatria dell'Eta-Evolutiva*, 1997; 17(3): 167-173.

Castellano-Maury, E., La Histeria, ¿Eros o thánatos? Rev. De Psicoanálisis, A.P.M. nº 26 (dic.97)

Castellano-Maury, E., Histeria y Adenomiosis, Rev. *Psicoterapia y Psicosomática nº 35-36*, Madrid (Oct.97)

Chiozza LA. *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática,* Buenos Aires: Paidós.1976.

Chiozza LA., *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease and other disorders*, Madison, CT.: Psychosocial Press/ Int. Univ. Press, 1998.

D'Alvia, R., Consideraciones sobre el estrés desde la psicosomática psicoanalítica, Rev. *Psicoterapia y Psicosomática nº 32*, Madrid (Abril 96)

D'Alvia, R., Narcisismo, patología de riesgo y enfermedad somática, *Rev. de psicosomática y psicoterapia, nº 23-24*, Madrid 1993.

Douglas G. Altman, Practical Statistics For Medical Research, Chapman & Hill / CRC, London 1991.

Dunbar F., *Diagnóstico y tratamiento psicosomáticos*. Barcelona: Publicaciones médicas, 1950.

Dunbar F., *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*, 1943.

Dejours, C., Enfermedades somáticas, ¿un sin sentido?, Rev. *Psicoterapia y Psicosomática* nº 35-36, Madrid (Oct.97)

Deutsch 1953 F. *The Pschysomatic Concept in Psychoanalysis*. International University Press. New York.

Deutsch, H., *La psicología de la mujer, Tomo II*, Buenos Aires, Losada, 1970

Dio Bleichmar, E., *La sexualidad femenina*. De la niña a la mujer, Barcelona, Paidós, 1997.

Eco, U., "Cómo se hace una tesis, Título original: *Come si fa una tesi di laurea* (1977), Traductor: L. Baranda y A. Clavería, Barcelona, Gedisa, 1982.

Engel G., Anxiety and depression withdrawal: the primary affects of unpleasure, *International Journal of Psychoanalysis*; 1961, 43: 89-97.

Exner Jr., John E., Sendín C., "Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo". Titulo original: *The Rorschach: A Comprehensive System*. Vol. 2. (Traducción: Manuel Esbert Ramírez), Madrid, Ed. Psimática, 1995.

FAIN, M. y MARTY, P. (París, 1964), Perspectiva psicosomática sobre la función de las fantasías, *Revue Française de Psychanalyse, XXVIII*, págs. 609-22.

Faure Pragier,S., En finir avec la stérilité psychogène: pour une conception de l'inconception, *Bull. SPP*, 1999, nº 52, pp.105-108.

Faure Pragier,S., *Il nous faut en finir avez la stérilité psychogène: pou une théorie de l'inconception*, Chapitre (Sch) in SCHMID-KITSIKIS E. Et SANZANA A. (dir)-Concepts limites en psychanalyse, Paris, Puf, 1990.

Fenichel O., Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena, *Collected Papers of Otto Fenichel*. New York: W.W. Norton, 1945.f

Ferenczi S(1929): *El niño mal recibido y su instinto de muerte*. Psicoanalisis Madrid, Espasa Calpe.

Ferrari Héctor A., *Salud Mental en Medicina*. Lopez editores, Bs. Aires1996.

Ferraz FC. Das neurosis atuais a psicossomatica. Percurso: *Revista de Psicanalise* 1996; 8(16)(1): 35-42.

Freud, S., *La afasia*, Título original: Uber Aphasie (1891), Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.

Freud S., *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Buenos Aires: Amorrortu, 1, 112-132. 1890.

Freud S. *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* (nota introductoria). Buenos Aires: Amorrortu, 3, 26-40.1893.

Freud S., *Proyecto de psicología*. Buenos Aires: Amorrortu, 1, 323-446.1895.

Freud S., *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu, 2, 1-325.1895.

Freud S., *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia*. Buenos Aires: Amorrortu, 3, 85-115.1895.

Freud S., *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu, 20, 71-164.1926.

Freud, S., *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1.975.

Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secundary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977, 28: 180-190.

Freyberger H y otros. Psychoterapeutic interventions in alexithymic patients, *Psychoterapy and Psychosomatics*, 1985, 44: 72-81.

Fukunishi I., Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease, *Psychological Reports*. 1997, 81 (2): 627-633.
Fukunishi I. y cls., Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia, *Comprehensive Psychiatry*, 1997, 38 (3): 166-170.
García-Verde, M.R., *Psicosomática ginecológica en su correlación con los cuadros ansiosos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
Garma A. *El psicoanálisis: teoría, clínica y técnica.* Buenos Aires: Paidós, 1971.
Graves, R., *La diosa blanca*, Madrid, Alianza, 1983.
Green, A., "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte", título original: *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (1983), traductor: J.L.Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
Groddeck G., *El libro del ello*, Madrid: Taurus, 1973 (Orig, 1923).
Groddeck G., *La malade, l'art et le symbole*, París: Gallimard, 1969.
Guerra Díaz, D., *Cómo afrontar la Infertilidad*, Barcelona, Planeta, 1998.
Guittard-Maury, M.F., Aux origines féminines de la sexualité, de Jacques André, *Rev. francesa de Psicoanálsis*, Paris 1971.
Halliday J.L., "The rising incidence of psychosomatic illness". *British Medical Journal 1938*, 2: 11-14.
Hartocollis P, Actual Neurosis and Psychosomatic Medicine: The vicissitudes of an enigmatic concept, *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1361-1373
Héritier, F., *Fecundación y esterilidad, El hecho femenino*, Argos, Barcelona, Vergara, 1979.
Herrero Vicente, D.G., Reproducción asistida: perspectiva psicoanalítica, *Rev. de psicoterapia y psicosomática nº 56*, Madrid 2004, p. 70-86.
Hinshelwood RD., *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Buenos Aires: Amorrortu,1989
Horney K.. The paucity of inner experiences, *American Journal of Psychoanalysis, 1952*, 12: 3-9.
Ingelmo Fernández, J., *Factores psicológicos como determinantes de la esterilidad femenina primaria*, Tesis doctoral, Univ. Extremadura (Fac. de Medicina), 1981.
Kate, L y Col., Is a History of depressive symptoms associated with an increased risk of infertiliti en women? *Rev. Psychosomatic Medicine*, T.57, 1995.
Klein, R.D., Infertility. *Women speak out about their experiences of reproductive medicine,* London, Pandora Press, 1989.
Kreisler L., *El Niño psicosomático*, Buenos Aires: Huemul, 1975.
Kreisler L., La expresión somática: La patología psicosomática, Lebovici S, Diatkine R y Soule M. (Eds). *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1990; vol 4: 135-159.
Krystal H., Desomatization and the consecuences of infantile psychic trauma, *Psychoanalytic Inquiry*, 1997, 17 (2): 126-150.
Krystal H. Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of Child*, 1978, 33:.81-116.
Laín Entralgo P. *Introducción histórica al estudio de la Patología Psicosomática.* Madrid, 1950.
Langer, M., *Maternidad y sexo*, Buenos Aires, Paidós, 1974.

Laplanche, J. Y Pontalis J.B., "Diccionario de Psicoanalísis", Título original: *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Barcelona, Labor, 1983.

Lechin,F./Dijs,B./Lechin,M., Plasma Neurotransmitters and funtional illness, *Rev. Psychoter and Psychosomatic,1996, 65*.

Lesser IM., "A review of the alexithymia concept". *Psychosomatic Medicine*, 1981, 43(6): 531-543.

Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*, Buenos Aires, Eudeba, 1980.

Liberman D. et al., *Del cuerpo al símbolo*, Ananké, Bs. A. 1993.

Lipowski Z.J. "Psychosomatic Medicine: past and present III: current research" *Canadian Journal Psychiatry* 1986, 31.

Lipton E.L.,et al. (1961) "Autonomic functions in the neonate" *Psychosomatic Medicine 23*.

Loren, J.A., Aportes del psicoanálisis a la investigación Psicosomática, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática nº 1*, Madrid (jul-dic. 1980)

Loren, J.A., Vértices psicoanalíticos de la investigación psicosomática, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática, nº 13*, Madrid jul-dic. 1986.

Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T., The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease; *Psychosomatics,* 1997, 38 (5): 497-502.

Malinowski, B., *Sexo y represión en la sociedad primitiva*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.

Marty, P., "Mentalización y psicosomática", tít. org. *Mentalisation et psychosomatique*, 1991, Tr. M. Tenorio de Calatroni, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.

Marty, P., "El orden psicosomático", Título original: *L'Ordre Psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort*, Ed. Payot 1980, Traducido por I. Usobiaga y J. Alarcón, Valencia, Promolibro, 1995.

Marty, P., "Los movimientos individuales de vida y de muerte", T. O.: *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'economie psychosomatique*, Tr:López,D.,BarcelonaToray, 1984.

Marty, P., "La Psicosomática del adulto", título original: *La psychosomatique de l'adulte*, traductora: Marta Tenorio Calatroni, Avellaneda (BA), Amorrortu, 1992.

Marty, P., Fain, M. M'Uzan, M. David, Ch., El caso Dora desde el punto de vista psicosomático, *Rev. Françáise de Psychanalyse nº 4* – 1968, Trad.: Eloisa Castellano-Maury, Rev. De Psicoterapia y Psicosomática, núm. 45 – agosto del 2.000.

Marty P., Stora JB., *La clasificación psicosomática MARTY IPSO: método diagnóstico de las organizaciones psicosomáticas y enfermedades somáticas*, Psicoterapia Analítica 1989; 1: 19-31.

Marty P., "La déliaison psychosomatique", *Revue Française de Psychanalyse 1990*; 3: 615-624.

Marty P, M'Uzan M., "La pensée opératoire", *Revue Française de Psychanalyse* 1963; 27 (suppl).

Marty P, M'Uzan M, David C., *La investigación psicosomática*. Barcelona: Luis Miracle, S.A, 1967 (Orig. 1963).

McDougall J. *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes, 1991.

McDougall J: *Un cuerpo para dos*. En Lecturas de lo psicosomàtico, M. Bèkei (ed) Lugar editorial Bs. Aires 1991.

McGuigan, F.J., *Experimental Psychology, A Methodological Approach*., México 1,D.F. Trillas, 1971.

100. McLaren, A., *Reproductive rituals*, Londres, Methman, 1984.

McLean PD., "Psychosomatic disease and the visceral brain". *Psychosomatic Medicine*, 1949, 11(6): 338-353.

Michelena Oigguioli, M., El problema de la castración en un ciclo de fertilización "in vitro". De Yerma a Frankenstein, Rev. *Psicoterapia y Psicosomática Nº 23-24,* Madrid 1993.

Miguel Aisa, M. de, Histeria y psicosomática, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática* nº 35-36, Madrid, Oct. 97.

Miguel Aisa, M. de, El sentido del síntoma psicosomático, *II Jornada de Avances en Medicina Psicosomática*, Madrid 2004.

Mingote Adán, J.C., *Enfermedades psicosomáticas*. Factores psicológicos que afectan a la salud, Ed. Edilsa, 2.004 Madrid.

Mingote Adán, C. y Orengo, F., Presentación de la psicoterapia de un caso de histeria de conversión en un varón, Rev. *Psicoterapia y Psicosomática nº 35,* oct. 1997.

Moral de la Rubia, J., *Estudio de la constelación alexitímica en el Rorschach y el análisis de los sueños*, Tesis, Fac. Medicina,U.A.H., Alcalá de Henares 1997.

Moreau, F. y cols., A partir de la fecundación "in vitro", *Rev. Psicoterapia y Psicosomática, Nº 26*, 1993.

Moreau, F., A propósito de ciertos aspectos evolutivos de los fallos narcisistas en psicosomática, *Congr. Hispano-francés de Psicosomática*, Bilbao, Junio 1999.

Moreno, E., Identidad femenina en la sociedad actual, *Jornadas Instituto de la Mujer "Salud mental y género"*, Madrid oct.99.

Morera, P., *La Adopción*, Conf. A.P.M., Madrid, 1997.

M'Uzan M, David CH., Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique, *Revue Française de Psychanalyse 1960*; 24, 1: 19-39.

Nemiah,J.C., A Psychodynamic view of psychosomatic medicine, *Rev. Psychosomatic medicine, mayo-junio 2000.*

Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations", *Psychotherapy and Psychosomatics; 1977,* 28: 199-206.

Nemiah JC, Sifneos PE. "Psychosomatic illness. A problem in communication", *Psychotherapy and Psychosomatics; 1970*, 18: 154-160.

Ortigues, Marie-Cécile y Edmond, *Edipo africano*, Buenos Aires, Noé, 1974.

Otero J., Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. Aperturas Psicoanalíticas, *Revista de Psicoanálisis, 2000*, *nº 4, http/www. aperturas.org*.

Otero J., Alexitimia, una revisión, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999*, 19 (72): 587-596.

Pérez, P., La no-palabra, la modulación de las emociones y la ambigüedad, *III Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XI Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P., S. Miguel de Tucumán* (Argentina, 1999)

Pérez, P., Plumed, ML., Tamayo, A., Briones, N., De Felipe, J., Ansiedades neuróticas y psicóticas en pacientes psicosomáticos, Ponencia *XIV Congreso Internacional de Rorschach y M.Proyectivos, Lisboa* 19/22 jul.1993.

Pérez-Galdós, S., Paréntesis mental: somatización grave en el curso del proceso analítico, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática Nº 23-24*, Madrid 1993.

Phyllis T., Sexualité, féminité et psychanalyse contemporaine, *Revista francesa de Psicoanálsis nº 1,* París 1997.

Pomeroy, S.B., *Diosas, rameras, esposas y esclavas. Mujeres de la antigüedad clásica*, Madrid, Akal, 1987.

Rabe, T. Y Runnebaunm B., Enfoques terapéuticos de la paciente estéril*, Rev. Iberoamericana de Fertilidad, vol IV*, núm. 21, Buenos Aires 1987.

Rallo. J., Factores psicosomáticos en la esterilidad e infertilidad conyugales, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática, nº 18-19*, Madrid oct.1991.

Rallo, J., Martí, F., Mingote, J.C., "Freud y la medicina psicosomática", *Rev. de psicoterapia y psicosomática nº 23-24*, Madrid, 1.993.

Rank, O., *Le mithe de la naissance du héros*, París, Payot, 1983.

Reiser M., Psychoanalysis in patients with psychosomatic disorders. En Carasu TB y Steinmuller, RI, *Psychosomatics in Medicine*. New York Grune and Stratton, 1978

Remohi, J.. Simón, C., Pellicer, A., Bonilla-Musoles, F., *Reproducción humana*, Cap. 18, Madrid, McGrauw-Hill-Interamericana, 1996

Rolla Peretto, C., Duelo y somatización, *Conf. Hospital Doce de Octubre,* Madrid, febrero de 2.000.

Rolla Peretto, C., El sentido del síntoma psicosomático, *II Jornada de Av. en Medicina Psicosomática,* Madrid 2004.

Rubinow y cls, Infertility and depresión, Rev. *Psychosomatic medicine*, T. 57, 1995

Ruesch J., "The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine". *Psychosomatic Medicine; 1948,* 10: 134-144.

Saintyres, P., *Las madres vírgenes y los embarazos milagrosos*, Madrid, AKAL, 1985.

Sami-Ali. *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Buenos Aires: Paidós, 1991 (Orig. 1987).

Serrano,R., Rubio, J., Trastornos psicosomáticos en las mujeres que abortan voluntariamente. Un caso de esterilidad psicógena, *Rev. Psicoterapia y Psicosomática Nº 23-24,* Madrid 1.993.

Silvestre, C., La vie, en ce jardín, Rev. *Topique, núm. 43*, Paris 1989.

Shipko S., Alexithymia and somatization, *Psychoterapy and Psychosomatics, 1982*, 37: 193-201.

Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics; 1973*, 22: 255-262.

Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik, 1989.

Stephanos S., Analytical psychosomatics in internal medicine, *International Journal of Psychoanalysis, 1980;* 7: 219-232.

Taylor GJ., Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment, *American Journal of Psychiatry, 1984*, 141 (6): 725-732.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA., *The alexithymia construct. A potencial paradigm for psychosomatic medicine. Psycho-somatics*, 1991, 32 (2): 153-164.

Thompson, R. F., *Fundamentos de psicología fisiológica*, México 1,D.F., Trillas, 1973.

Túbert, S., Construcción cultural de la feminidad, *Jorn. Institutu de la Mujer Salud mental y género* Madrid oct. 99.

Túbert, S., *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, Madrid, El Arquero, 1988.

Túbert, S., *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI, 1.991.

Ulnik J., Revisión crítica de la Teoría de Pierre Marty. *Revista Web Aperturas de Psicoanálisis. www.aperturas.com.*

Ulnik J., Narcisismo y enfermedad somática, *Actualidad Psicológica, 1993*, 18(196): 18-21.

Usobiaga, I., *Al doblar la esquina*, manuscrito nov. 1991.

Utrilla Robles, M., ¿Daño oculto o abandono de la percepción? Relaciones entre histeria y psicosomática, *Rev. Psicoterapia y psicosomática, núm. 42,* Madrid jul.1999.

Vaillant, G. E. *Ego Mechanisms of defense*, (Cuestionario traducido por Carlos Mingote Adán) Washington DC, American Psychiatric Press, 1992.

Valcarce, M., Mujeres y las llamadas profesiones de ayuda, Instituto de la mujer, *Jorn. "Salud mental y género*", Madrid oct. 99.

Vanrell, J.A., Calaf, J., Balasch, J., Viscasillas, P., *Fertilidad y esterilidad humanas*, Caps.1 y 20, Barcelona, Masson-Salvat, 1994.

Videla, M., Psicología en cirugía ginecológica, *Rev. Actualidad psicológica nº 192,* Buenos Aires 1986.

Videla, M., Savransky, R., Sas, M., *Esterilidad en la pareja*, Buenos Aires, Trieb, 1984.

Vogt R., Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients, *Psychotherapy and Psychosomatics; 1977*, 28: 98-105.

Von Rad M., Alexithymia and symptom formation. *Psychoterapy and Psychosomatics, 1984,* 42: 80-89.

Von Rad M, Lalucat L, Lolas F., Differences in verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics, 1977*, 28: 83-97.

Winnicott DW., Collected Papers: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock Publications, 1958.

Yago, T., Segura, J., Irazábal, E., *Infertilidad y reproducción asistida*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997.

"El árbol de la vida", de G. KLIMT

Portada: *Fragmento de "LAS TRES EDADES DE LA MUJER"*,
de G. KLIMT (1.908)

En el cuadro completo se representan no solo los estadios de la vida, sino diferentes aspectos de la feminidad. El contraste entre la estilización de la joven y el naturalismo de la vieja tiene un valor simbólico: la primera fase de la vida está determinada por las posibilidades y las metamorfosis inacabables, mientras que la última se caracteriza por la unidad inalterable en la que no se puede huir de la confrontación con la realidad. La primera fase se define por el sueño, la última por la imposibilidad del mismo.

(Gottfried FLIEDL)

La mujer joven y el retoño en sus brazos -infancia y juventud- representa en su conjunto a la maternidad, con todo el flujo de ternura y calidez inherente a la relación madre/hijo.