



CONSIDERACIONES BIOGRAFICAS EN EL
PNEUMOTORAX ESPONTANEO IDIOPATICO.

MARIA DOLORES CARRETERO ALFEREZ

EXAMEN GRADO DE LICENCIATURA

Dirigida por el Dr. D. MIGUEL SOLER VIÑOLO,
profesor titular del Departamento de Psiquiatría y
Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Granada.

TITULO:

**"CONSIDERACIONES BIOGRAFICAS EN EL
PNEUMOTORAX ESPONTANEO IDIOPATICO".**

POR:

MARIA DOLORES CARRETERO ALFEREZ

Granada, a 30 de Abril de 1.986.

MIGUEL SOLER VIÑOLO, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, JEFE DEL SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA,

CERTIFICO :

Que Da **MARIA DOLORES CARRETERO ALFEREZ**, ha realizado bajo MI DIRECCION, en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, los trabajos de investigación correspondientes a su Tesina, para alcanzar el Grado de Licenciatura, sobre **CONSIDERACIONES BIOGRAFICAS EN EL PNEUMOTORAX ESPONTA NEO IDIOPATICO**, que ha terminado con todo aprovechamiento, habiendo, el que suscribe, revisado la presente Tesina y estando conforme con su presentación para ser juzgada.

Y para que conste y surta los efectos oportunos ante el Tribunal que ha de juzgarla, firmo el presente en

Granada, a 30 de Abril de 1.986.

DEDICATORIA

A mis padres.

A mis hermanos Rafael y Gabriel.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. D. Miguel Soler, mi primer maestro, que con sus conocimientos científicos y su estímulo personal dió luz y guió este trabajo, ayudándome, además, en los comienzos de mi orientación profesional.

Al Dr. D. Manuel Jorge Bolaños por su importante colaboración estadística y su constante amabilidad.

Al Profesor Ruiz Ogara, que con sus enseñanzas logró me interesara y estimulara más en el campo de la Psiquiatría.

Al Dr. Gázquez Evangelista, por enseñarme a saber entender, el Psicodiagnóstico de Rorschach.

A los directores y personal del Servicio de Documentación e Informática Clínicas del Hospital Clínico Universitario por la ayuda prestada en la recogida de material.

A los médicos de los Servicios de Médica, Patología Quirúrgica, Farmacología y Consulta de Respiratorio del Hospital Clínico Universitario y a los del Servicio de Respiratorio de la Residencia Sanitaria de la S.S. Ruiz de Alda, en quienes encontré en todo momento una extraordinaria colaboración para proporcionarme los enfermos.

A mis compañeros del Departamento de Psiquiatría "algo muy especial".

Y a mis amigas y amigos, a los que tuve a mi lado, "Un Gracias Gigante".

INDICE

"A los que
adentro y afuera
viven y se desviven
mueren y se desmueren"

MARIO BENEDETTI.

"Nada nos destruye más certeramente
que el silencio de otro ser humano".

GEORGE STEINER.

TITULO	I
CERTIFICADO	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	VI
INDICE	VIII
I. INTRODUCCION	
I.A. Concepto del Pneumotórax espontáneo idiopático	2
I.B. Antecedentes históricos de la Medicina Psicosomática	3
I.C. El problema de la especificidad o -elección del órgano	6
I.D. Personalidad	8
I.E. "Equivalentes depresivos"	13
I.F. La identidad clínica psicosomática.	18
I.G. Stress	20
I.H. Psicofisiología de la respiración .	23
I.I. Justificación del tema	26
II. MATERIAL Y METODO	
II.A. Material.	
II.A.I. Estudio retrospectivo durante los años (1.976-1984)	29
II.A.II. Estudio prospectivo	29
II.B. Método.	
II.B.I. Estudio retrospectivo durante los años (1.976-1.984)	32
II.B.II. Estudio prospectivo.	
1. Recogida de datos	33
1.a. Psicobiografía	33
1.b. Psicodiagnóstico de -Rorschach.	34
1.c. Escala para la depresión de Hamilton	37
1.d. Cuestionario Cornell Index PN.2	39
2. Ordenación de datos	39
2.a. Psicobiografía	39
2.b. Psicodiagnóstico de -Rorschach	43
2.c. Escala para la depresión de Hamilton	43

2.c. Escala para la depresión de Hamilton	43
2.d. Cuestionario Cornell Index FN.2	43
3. Método estadístico	43
Psicobiografías	46
III. RESULTADOS	
III.C.I. Estudio retrospectivo durante los años (1.976 - 1.984)	94
III.C.II. Estudio prospectivo	127
1.a. Psicobiografía	127
1.b. Psicodiagnóstico de Rorschach	170
1.c. Escala para la depresión de Hamilton	184
1.d. Cuestionario Cornell Index FN.2.	186
IV. DISCUSION	
IV.I. Estudio retrospectivo durante los años (1.976-1.984)	189
IV.II. Estudio prospectivo	195
1.a. Psicobiografía	195
1.b. Psicodiagnóstico de Rorschach	201
1.c. Escala para la depresión de - Hamilton	203
1.d. Cuestionario Cornell Index - FN.2.	204
V. CONCLUSIONES	205
VI. BIBLIOGRAFIA	208

I. INTRODUCCION

I A.- Concepto del Pneumotórax espontáneo idiopático.

El creador de la palabra "neumotórax" fue ITARD en 1.803.

Predomina entre los veinte y cuarenta años y de preferencia en el sexo masculino. Algo mas frecuente en el lado derecho. Las estadísticas indican un aumento valorable de esta patología.

Explicamos brevemente en qué consiste esta enfermedad. En general resulta de la ruptura del alveolo pulmonar y pleura visceral adyacente con paso de aire desde el pulmón a la pleura, cuya cavidad se convierte de virtual en cámara aérea real.

Clásicamente se distingue un PN.E. (pneumotórax espontáneo) primitivo, antes llamado idiopático, benigno primario, simple, de los reclutas, etc., se debe a la ruptura de bullas subpleurales por lo general apicales. Se da en jóvenes (20 años) de aparente buen estado de salud anterior. Y hay quien, como SATTLER que ve que no en pocos casos, existe una salida molecular del aire a través de la membrana pleural adelgazada y permeabilizada, sin roturas visibles y por una pleura porosa.

El secundario lo es a traumatismos o a afecciones bronquiales, pulmonares o pleurales.

Viene determinado por la siguiente clínica: dolor, disnea, y tos, como síntomas fundamentales, mientras que son la fiebre, los sudores, desvanecimientos, náuseas, vómitos y el shock los menos frecuentes.

Esta es la visión vigente en los tratados de Medicina interna. Pero nosotros queremos contestar al interrogante: ¿Cómo influye el campo psíquico

del individuo en la fisiopatología del PN.E.?

Para ello vamos a estudiar cómo los conflictos psíquicos producen enfermedades somáticas. Esta idea nos lleva, necesariamente a hacer un breve resumen de cómo surge y se desarrolla la denominada Medicina Psicosomática.

I B.- Antecedentes históricos de la Medicina Psicosomática.

HEINROTH, en 1.818 introdujo el término psicósomático. HANDSLEY en 1.876 escribió "Si la emoción no se libera se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento. La pena que puede expresarse mediante gemidos y llantos se olvida con rapidez, en cambio la pena muda que roe el corazón constantemente acaba por romperlo". Hacia la mitad del siglo XIX, época de la anatomía patológica y fisiopatología, se abandonó bastante las anteriores creencias. Pero en 1.923 FREUD afirma que era consciente de la existencia de factores psicógenos en las enfermedades. Comenzó su análisis con las neurosis y acabó afirmando que en psicósomática, la realidad ocupa un lugar mucho mas importante que en las neurosis mentales.

Sobre (1.970), GRODDECK, siguiendo a FREUD, habla acerca del "ELLO", pero un "ello" somático y psíquico, no el ello freudiano, era biológico y psíquico, una fuerza y fundamento de la vida humana. Además en su práctica somática se le definía por: médico entusiasta y caluroso; por la audacia en sus interpretaciones a las enfermedades somáticas, y por la forma de dar sus interpretaciones a los enfermos. Pero en definitiva los aliviaba, lo que coincide con la opinión contemporánea de que

los enfermos somáticos, son a menudo ansiosos y deprimidos que encuentran dificultades en expresar mentalmente su vida.

En 1889 con el condicionamiento de PAULOV y los estudios sobre patología córtico-visceral de BYKOV, se realizaron trabajos con el fin de crear trastornos psicossomáticos funcionales o experimentales, son las mal llamadas "neurosis experimentales" en los animales. Gracias al desarrollo de la Neurofisiología tenemos una mejor explicación de los pasos que van de la emoción a la lesión.

En los años 30 la escuela americana con ALEXANDER, DEUTSCH y DUMBAR entre otros ven como por medio de la conversión se puede pasar de lo psíquico a lo somático.

Entre los años 30 y 50 (1.900), se desarrollan trabajos experimentales de (CANNON y L.E. HINKLE) estudiando en el hombre y en el animal cierto número de variables fisiológicas en función de situaciones psicológicas experimentales, pero sin mencionar el reflejo condicionado ni actividades superiores, lo que se conoce como "Principio de regulación homeostático". SELYE (1.946) en experiencias de stress obtiene modificaciones somáticas que las recoge en el Síndrome General de Adaptación.

Hemos de recordar el balance neurovegetativo tropotropo - ergo -tropo; la regulación emocional vinculada al sistema límbico, PAPEZ (1.937), MC. LEAN (1.949); el descubrimiento de la estimulación placentera de OLDS y MILNES (1.954); la relación entre el núcleo amigdalino y las manifestaciones de la agresividad de KLÜVERBUCY; al igual que los progresos en el conocimiento de los neurotransmisores.

Al final de los años 50 en Francia con P.MAR TY, M. de M'UZAN, M. FAIN y C. DAVID; y desde una perspectiva psicoanalítica trabajan en el funcionamiento mental de enfermos con afecciones somáticas, pero atendiendo a la estructura del aparato mental y a la calidad de las defensas mentales y comportamientos mentales.

La Psicofisiología que alcanza gran realce en la década 70 - 80 aporta nuevos datos en la investigación de los correlatos fisiológicos de la emoción (cf. MASON, 1.968, GRINGS y DAWSON, 1.978, GREENFIELD y STERNBACH, 1.972).

En una línea existencialista M. BOSS (1.969) piensa que el cuerpo representa uno de los lugares de paso para las realizaciones de nuestras relaciones con el mundo, relaciones que constituyen la existencia. Describe varias vivencias o modalidades de estar en el mundo, acompañadas en el organismo de regímenes funcionales específicos: úlceras, hipert., asma, etc.

Todas las teorías y trabajos expuestos anteriormente han sido los diferentes caminos que llevan a comprender la génesis psíquica de ciertos síntomas y trastornos somáticos. Lo vemos claramente en el singular esquema:

Conflicto psíquico → alteración emocional y stress → trastornos funcionales → lesiones orgánicas → enfermedad psicósomática (cf. RUIZ OGARA 1.984).

Así queda constituida la Medicina Psicósomática como una actitud ante la enfermedad y el enfermar humano.

Después del estudio de la participación de

factores psíquicos en la enfermedad, nos preguntamos porqué en ciertas ocasiones, estos conflictos se evidencian en el campo somático (úlceras, asma, etc.), y otras veces, este mismo conflicto elige la vía de lo psíquico.

Por lo que nos ocupamos a continuación de la especificidad o elección de órgano.

I C.- El problema de la especificidad o elección de órgano.

De nuevo otro interrogante ¿por qué motivo determinados sujetos sufren determinadas enfermedades? Aunque hoy permanece poco claro, empezaron las respuestas con:

- FL. DUMBAR (1.948) quien estableció que determinadas enfermedades se correlacionaban en gran manera con determinadas personalidades.

- F. ALEXANDER (1.952) defiende que ciertos conflictos provocan emociones específicas que por el Sistema Vegetativo ocasionan ciertos síndromes fisiológicos, que si persisten durante tiempo ocasionan un estado crónico de irritación de un órgano.

- HOFF Y RINGEL (1.969), establecen que la elección se hace por la cooperación de factores psicológicos y orgánicos:

A. Motivos psicodinámicos: a su vez distinguimos:

a) Que determinados conflictos se relacionan con determinadas emociones.

b) Que durante el desarrollo infantil de la

emoción tiene diversos puntos de ataque somático o bien diferentes órganos efectores.

c) Finalmente, que ciertos generos de vida se correlacionan con ciertos síndromes.

B. Factores somáticos: lo decisivo es el conflicto psicológico de la primera infancia, que tiende a expresarse a través de un órgano. Si este conflicto coincide con un órgano que es inferior, en general, por carga hereditaria, las probabilidades de que se "fije" el síntoma, o sea, de que desempeñe un papel crónico a lo largo de la vida, resultan mucho mayores. Además se añade al estilo de vida que actúa nocivamente de un modo crónico sobre un determinado órgano. Sólo se entiende el efecto patógeno de la forma de vivir, analizando biográficamente al paciente.

BARCIA SALORIO (1.982) se define más conforme con la teoría de la multicausalidad de HOFF y RINGEL (1.969). Refiere que la mayoría de los psicósomáticos otorgan al género de vida un papel primordial, aunque lo decisivo para él es la valoración o la necesidad que para este género de vida patógeno poseen algunos sujetos. Luego, el factor personal es lo fundamental.

Autores como P. MARTY, FAIN y M'UZAN (1.963) de la escuela de París afirman que en los pacientes psicósomáticos existe una deficiencia de fantasías y representaciones simbólicas. Según ellos el "Pen-samiento operatorio" se debería a cierta disociación entre el inconsciente, preconsciente y consciente, más importante para los trastornos psicosomáticos.

Lo que viene a ser para SIFNEOS (1.970), la

"Alexitimia" entendida como falta de habilidad para conocer los propios estados de ánimo.

En otra vertiente, MENG, SCHUZ deciden señalar la causa hacia una estructura yoica débil, o a las características de las organizaciones anteriores de la personalidad que mantendría en un equilibrio precario a los enfermos psicossomáticos (cf. RUIZ OGARA, 1.984).

DIXON (1.981), ve en cambio mecanismos de defensa muy primitivos como determinantes de los trastornos psicossomáticos.

Y concluimos con la opinión de RUIZ OGARA, (1.984): quizás se ha menospreciado la teoría de ALEXANDER (1.952) y la de DUMBAR (1.948), puesto que hay personas en cuya organización, desde pequeñas, hay una mayor tendencia a somatizar algunos estados emocionales o conflictos, y hay una estructura yoica definida en que esto aparece con mayor intensidad y herencia.

Por tanto, en los enfermos psicossomáticos se da una indiferenciación entre lo somático y lo psíquico. Si surge un conflicto se manifiesta más en lo somático, por la especial conformación de la personalidad.

Con lo que corresponde inmediatamente aludir a la personalidad y estructura, comprendida su importancia en la psicossomática.

I.D. Personalidad

Comenzamos dando una visión global acerca de que se entiende por Personalidad, que la recoge ALLPORT (1.961) como es: "la organización dinámi-

ca en un individuo de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes singulares a su ambiente".

Seguidamente esbozaremos de manera breve los conocimientos más importantes sobre su estructura, para que al final, que es lo que nos interesa estemos en condiciones de comprender de qué manera influyen los conflictos en la personalidad hasta desembocar en patologías psicósomáticas. Así pues, comenzamos:

En la personalidad y conducta del hombre se distinguen los niveles:

- Social (de roles y protagonistas de relaciones, actitudes, etc.).
- Psicológico (de individuo existente).
- Biológico (de organismo viviente con determinantes hereditarios).

Pasamos a ver estos niveles:

1).- Nivel biológico.

KRETSCHMER, sí nos distinguió el tipo leptosómico, pícnico, atlético y displásico.

Como una elevada cifra de enfermos de PN.E. son de tipología leptosómica, citamos sus características. Presentan un humor frío y distante. Las expresiones de sensibilidad son raras y poco visibles. A ésta agrega un permanente repliegue sobre sí mismo. Son escasamente comunicativos y poco sociables. Con marcado predominio de la vida interior con tendencia a la abstracción (introversión). La movilidad psíquica de éstos es limitada.

2).- Nivel psicológico; con:

a) JUNG colaboró diferenciando los tipos introvertido y extrovertido.

b) La teoría psicoanalítica; cuyo esquema básico viene dado por el Ello, Yo, y Superyo, y por la topografía localizada en el inconsciente (incluye deseos, pulsiones y recuerdos infantiles), en el preconscious, y el consciente (organización psíquica más madura y racional).

De igual manera se distingue el aspecto económico, es decir, el quantum de energía psíquica y sus desplazamientos en el psiquismo; el dinámico, refiriendo que los conflictos psíquicos inconscientes entre las presiones y defensas desencadenan patologías; el genético, o sea para comprender los fenómenos psicológicos se requiere una comprensión de su origen y desarrollo y que los síntomas pueden producirse por reactivación de estadios libidinales anteriores. En conexión con el desarrollo libidinal, se da el desarrollo de la personalidad.

c) Conductismo.

Según ellos el comportamiento de los individuos es aprendido en virtud de las sucesivas asociaciones estímulo-respuesta y los refuerzos que se apliquen a determinadas conductas.

3).- Nivel sociocultural.

El hombre nace y se desarrolla en la familia y en un medio sociocultural que organiza su experiencia, y cuyas influencias y modelos internalizados pasan a integrarse en su personalidad.

KIMBAL YOUNG quien cita aspectos de la formación de la personalidad como son, el grado de exigencia, control, rigidez y castigos impuestos

al niño en el aprendizaje; grado de afecto; y la imagen de sí mismo que se le da.

KARDINER y LINTON en cambio introducen el concepto de "personalidad de base".

La personalidad se realiza a través de roles, y a su vez la estructura social de status y rol presiona sobre ella, por lo que en ocasiones surgen tensiones debidas al desfase entre personalidades y roles, creando conflictos emocionales, con manifestaciones patológicas, psíquicas o psicossomáticas.

Pero según RUIZ OGARA (1.976), todas las anteriores son dignas de criticar.

Por otra parte, en cuanto al desarrollo de la personalidad en las diferentes etapas de la vida lo explican dos grandes concepciones:

1).- Teoría psicoanalítica, con la etapa oral, anal, fálica, período de latencia y etapa genital.

El desarrollo adecuado de la personalidad requiere la superación de las fases anteriores y la dirección adecuada de la libido hacia objetivos inmediatos. Así progresa y adquiere la autosuficiencia personal necesaria para adaptarse a situaciones nuevas. A veces pueden ocurrir "fijaciones" (el niño se detiene en una de las etapas por lo que no progresa en el desarrollo); o "regresiones" (cuando encontrándose en una etapa, vuelve a etapas anteriores).

En ambos casos se buscan épocas de mayor gratificación y seguridad.

2).- Fases del desarrollo cognitivo según la

teoría epistemológica - genética.

Para ellos el desarrollo de la personalidad del niño se realiza como una construcción operativa y progresiva, en la cual cada nueva estructura adquirida sólo es posible en función de la precedente.

Después del estudio de los diferentes factores que determinan la personalidad, creemos conveniente la integración de todos ellos pues como señala RUIZ OGARA (1.976): "Para comprender la organización de la personalidad, sus pautas de reacción, los objetivos de su conducta y niveles de aspiración, sus reacciones frente al éxito y al fracaso, y toda su evolución histórica hemos de integrar los datos sociofamiliares, los acontecimientos de su infancia, su educación, vicisitudes en sus relaciones interpersonales (trabajo, matrimonio, etc.), roles, status social, etc., y es de la integración total de este conjunto de factores, de donde se extrae nuestra comprensión de esa individualidad, que no está ni totalmente determinada por su constitución y educación, ni es totalmente libre, porque se halla inmersa en la cultura y la Historia".

Una vez nombrado como se entiende el PN.E. en los Tratados de Medicina Interna, y estar intentando en nuestro estudio un acercamiento de la biografía del enfermo de PN.E., deteniéndonos para ello en la evolución de la Medicina psicosomática y en la personalidad, creemos necesario hacer comentarios sobre el término de "Equivalentes depresivos", puesto que como se verá en el desarrollo de este trabajo hemos hallado en estos sujetos afectados de PN.E.

I.E. "Equivalentes depresivos"

En la psiquiatría actual el concepto de depresión es muy variable de unos autores a otros, por lo que la escuela de López-Ibor se ha definido en este terreno. Sus criterios son idénticos a los de la psiquiatría alemana e inglesa. Pero diferentes a las concepciones psicodinámicas de la psiquiatría de los EE.UU.

Para K. SCHNEIDER (1.967) siguiendo a SCHELER, en las depresiones existe una alteración de los sentimientos vitales, que hablan del modo de estar global de nuestro organismo. Los síntomas clínicos de la melancolía, la tristeza, la inhibición motora y el pensamiento inhibido, son derivados de la tristeza vital.

Para LOPEZ-IBOR (1.972) no es del todo cierto, y el problema aumenta cuando intentamos tener en cuenta los síntomas somáticos que acompañan a la melancolía, o los equivalentes depresivos.

Al buscar un diagnóstico se debe de tener en cuenta trastornos en cada nivel de la personalidad, buscando factores somáticos, psicológicos, familiares y sociales. Lo más importante es que en algunos enfermos la alteración básica es la alteración endotímica del ánimo.

A partir de la experiencia clínica hay que aproximar lo endógeno a lo somatógeno.

Nos interesa definir los rasgos clínicos de los sentimientos vitales, de sus alteraciones patológicas:

- No son dirigidos. Sin embargo, estas depre

siones seudorreactivas son diagnosticadas por el propio enfermo si se le escucha.

- Las alteraciones endógenas tienen un curso fásico.

- Variación polimorfa. La ansiedad se manifiesta a veces como sobrecogimiento y otras como sobresalto.

- La alteración endógena desborda, el fondo endotímico de la personalidad y se manifiesta en el plano somático (equivalentes) y en el plano psíquico.

Algunas enfermedades psicósomáticas dan un paso más lejos que los equivalentes depresivos puros, ya que en ellos hay además una alteración local.

Ya es hora de definir "los equivalentes depresivos", pues bien, se entienden como manifestaciones menos habituales o más recientemente conocidas de algunas enfermedades. En medicina se habla de síntomas equivalentes de otros cuando sean manifestaciones de la misma enfermedad aún desconocida y se pueden colocar en el cuadro clínico al lado de la manifestación más habitual y "típica" de la enfermedad.

FREUD (1.903) participa también afirmando que todos los síntomas neuróticos se pueden considerar como expresión de la angustia, hasta interrogarse sobre el porqué algunas personas en lugar de una crisis de ansiedad tienen síntomas somáticos que ellos mismos no reconocen como angustia y que confunden al médico. Años más tarde encuentra que la psicodinámica del dolor es igual a la de la de-

presión.

Los trastornos somáticos que acompañan a las depresiones clínicamente manifiestas son muy variables.

LOPEZ-IBOR de nuevo ve que en los enfermos casi siempre hay un cuadro depresivo mitigado (astenia, fatiga, irritabilidad, ansiedad, etc.) Cuando el enfermo ha mejorado, enfoca los problemas mejor, y es cuando afirma que efectivamente cuando acudió por primera vez se encontraba triste, etc. La inhibición psicomotora, la falta de ilusión en las tareas de la vida, o en los intereses, la astenia, son a veces difíciles de diagnosticar en un principio cuando se presentan así, apenas esbozadas.

Acercándonos a la enfermedad por nosotros estudiada que se acompaña de dolor, y dentro de los equivalentes depresivos, el dolor es un sentimiento sensorial, entre los que están más ligados a la corporalidad.

Generalmente en los estados psicósomáticos o neurosis de órganos el dolor se reproduce a través de la alteración somática que acompaña al estado de tensión.

Clásicamente en la Patología Psicósomática se ha advertido la frecuencia con que aparecen manifestaciones corporales:

a).- Alternando su presentación con síndromes angustiosos o depresivos: Suplencias. Son cuadros somáticos con una duración determinada y que a su desaparición le sigue la psicopatología, y viceversa.

b).- En otros casos las sustituyen: el cuadro psicopatológico (depresivo) pasa a un segundo plano y el orgánico destaca: Equivalente depresivo.

c).- El cuadro psicopatológico y orgánico coinciden, se acompañan.

Enfocándolo todo en lo observado en los enfermos de PN.E., es preciso hablar acerca de lo que LOPEZ-IBOR dice que entiende como "Sucesión de Síndromes". Pues bien, un síndrome sucede a otro sin orden. El cambio sucede sin motivo ni causa aparente. Es decir, sería un fenómeno que dependería de la propia naturaleza de la enfermedad, es decir, el cambio es uno de los rasgos básicos de las enfermedades endotímicas. Las fases se suceden unas a otras con períodos intervalares, muy variables y sin un orden en la repetición del tipo de las fases.

Hay varios tipos de evolución:

a).- Formas de evolución monopolar (depresiones monopolares).

b).- Formas de evolución bipolar: manía-depresión, o como en los ejemplos siguientes, depresión asma o depresión úlcera, cefaleas-obsesiones, etc.

c).- Formas multipolares fásicas.

d).- Durante un período dilatado de la vida, varias fases que se suceden ininterrumpidamente.

e).- Cuando alternan dos o más equivalentes.

f).- Los desarrollos en el plano de la personalidad y en el plano de lo psicossomático.

Una vez visto todo lo anterior, sólo resta indicar que las enfermedades psicosomáticas, al igual que los trastornos endógenos, toman distintas formas de curso; bien se da un episodio único, otras veces el curso es fásico, y otras el curso se enconiza.

B. LUBAN-PLOZZA y W. PÖLDINGER (1.975), de la misma manera que el anterior autor comentó que en la práctica la depresión desempeña un papel importante como trasfondo de los problemas que plantean los síntomas somáticos, dos estados resultantes han sido denominados de diversas formas por los autores: equivalentes depresivos, depresión la tente, larvada, oculta o enmascarada, depressio si ne depressione, enfermedades de sustitución.

El peligro de estos síntomas que enmascaran la depresión es lo que induce al médico a ignorar los trastornos físicos que los provocan. Esta difi cultad es aún mayor si tenemos en cuenta que los pacientes sienten una necesidad de negar la existencia de problemas psíquicos. Se pueden identificar por el hecho del ahínco en las molestias somáticas por parte del enfermo.

Según WIEK afirma que es importante conocer la "reacción del último momento". Los enfermos que ha bitualmente hablan muy poco y contestan de mala ga na, se muestran bruscamente agitados cuando el médico da por finalizada la entrevista. Entonces es cuando se deshacen literalmente en palabras para explicar sus males.

En las depresiones endógenas, al igual que en otras, los síntomas somáticos y psicosomáticos pueden predominar hasta el punto de ocultar los

auténticos síntomas psicopatológicos, éste es, la depresión. Se habla entonces de depresiones larvadas o enmascaradas.

Lo típico de la mayoría de los síntomas depresivos puramente subjetivos, es que son rasgos, mal delimitados y adoptan con frecuencia un carácter cambiante y difuso.

La experiencia de la angustia y de la depresión se caracterizan, porque a partir de cierta intensidad, se acompañan de expresiones concomitantes orgánicas (náuseas, vómitos, algias, palpitaciones, etc.). O sea que determinadas emociones y sentimientos (angustia y depresión) se acompañan más que otros de correlatos físicos. (MANUEL MARTINEZ GARCIA DE CASTRO, 1.985).

Con lo comentado hasta ahora acerca de todo lo referente a los equivalentes depresivos hemos dado un poco de luz a bastantes de los enfermos que han sido motivo de nuestro estudio. En cambio otros, y concretamente dos enfermas se encontraban previamente al PN.E. en tratamiento psiquiátrico por depresión. Concepto en el que no nos detenemos por ser de todos conocido.

Ya estamos en condiciones de hablar acerca de la identidad clínica psicosomática.

I.F. La identidad clínica psicosomática.

Según LOPEZ SANCHEZ (1.985), la Medicina psicosomática es una necesaria actitud del médico en general.

Corresponde con una gran variedad de trastornos, peculiares por su génesis, su clínica, su evo

lución o por sus requerimientos terapéuticos.

Los enfermos incluidos como psicossomáticos presentan disturbios orgánicos evidentes, con una personalidad básica nítidamente neurótica, cuyas alteraciones orgánicas pueden ponerse en relación cronológica, biográfica o existencial con la evolución de su neurosis, siendo la respuesta a la psicoterapia de peor calidad que las neurosis convencionales.

Exponemos a continuación las características de estos enfermos.

1.- Lesionalidad.

Están presentes una lesión o disfuncionalidad orgánica.

2.- Automía.

Su curso se encuentra divorciado de los acontecimientos de la vida exterior e interior del sujeto, e incluso de los acontecimientos que pudieron ser un factor de primer orden para su desencadenamiento. La evolución del cuadro no está tan en función del entorno (como en los histéricos).

3.- Estilo de las resistencias.

Presentan dificultades de verter al exterior las conflictivas psicoafectivas y la vivenciación de los sentimientos de enfermedad o problemáticas psíquicas. El enfermo es reacio a admitir la relación posible entre esas conflictivas y la patología orgánica que sufre.

4.- Carácter desvinculante de la enfermedad.

Este individuo huye ante ciertas zonas de la realidad (negación de una relación razonable, mani

pulación de manuales biográficos que se distorsionan, aceptación de racionalizaciones que las situaciones reales contradicen, etc.).

5.- Refratariedad.

Esta surge en muchos cuadros al tratamiento psicoterápico ya que abandonan en las primeras sesiones, y aquellos que continúan presentan torpeza en la evolución de sus tratamientos psicológicos.

6.- Gravedad.

El daño orgánico que en última instancia puede acontecer para el individuo afecto, no tiene paralelo en el resto de la psicopatología.

Delimitándonos al aparato respiratorio en Medicina Psicosomática, debemos decir que los síndromes cardiopulmonares psicosomáticos, son o bien dependientes de crisis de ansiedad fóbica excasamente depresivos, en los cuales encontramos siempre factores sociales adversos para el paciente que precipitan y mantienen el cuadro, o son enfermedades psicosomáticas muy ligadas a conflictos profundos y antiguos (cf. MARTINEZ PINA, 1.973).

Acercándonos al final es preciso aludir al tan traído y llevado concepto del stress, que de alguna manera ha participado en el surgir de la alteración respiratoria, motivo de nuestra investigación.

I.G.Stress.

Comenzaremos preguntándonos ¿de qué modo interviene el stress para poder explicar las múltiples clínicas psicosomáticas?

De todos es conocido que gracias a los estu-

dios neurofisiológicos y los psicológicos se han puesto de manifiesto los mecanismos de la interacción psicosomática.

LUBAN-PLOZZA y PÖLDINGER, (1.975) proponen el siguiente esquema:

1. Conflicto.
2. Incapacidad para hallar una solución, dando lugar a represión.
3. Aumento de la tensión psíquica, consecuencia de la represión, que conduce a:
4. Ansiedad, depresión, actitud hostil.
5. Conversión, regresión. Al principio un estadio "no organizado" de la afección (cefaleas, dolores abdominales) y después, afecciones organizadas (asma, úlcera de duodeno, etc.).

El conflicto psicológico - stress - provoca una activación en el hipotálamo, y en general en el sistema límbico, desde donde se activan mecanismos neurofisiológicos y neuroendocrinos, de protección y defensa. Los estímulos llegan a la corteza, percibiéndose la emoción. Si el conflicto sucumbe, se mantiene la excitación neuroendocrina, y surgen los trastornos psicosomáticos.

Según HINKEL y WOLFF, (1.957) las experiencias adversas de los enfermos en su infancia, las dificultades que cada uno ha experimentado en sus relaciones interpersonales en la edad adulta, y las exigencias externas del ambiente social van siempre asociadas positivamente a una mayor susceptibilidad para enfermar.

Los ambientes sociales desfavorables se atrib

buían a situaciones reactivadoras de estados infantiles que de alguna manera habían sido compensados. Así, la enfermedad se consideraba como un fracaso en la adaptación a las exigencias de la vida, por lo que sólo puede entenderse un acontecimiento biográfico y sólo en la relación dialéctica individuo-exigencia social.

Pero BARCIA SALORIO, (1.982) y similares insisten en que lo anterior debe ser enriquecido desde una perspectiva antropológica.

Especial mención a LOPEZ-IBOR (1.972) que de manera concisa situa al stress como uno de los principios básicos en la patología psicosomática. Así, entiende el stress como "una situación de tensión y sobreestimulación psíquica y/o somática generadora de ansiedad, y que pone en marcha los mecanismos generales de adaptación".

De modo que puede provocar:

a).- Manifestaciones somático - vegetativas (anorexia, insomnio, alteraciones del ritmo intestinal, adinamia, etc.).

b).- Manifestaciones psíquicas como ansiedad, disminución de actividad psicomotriz, sentimientos depresivos, etc.

c).- Y por último, manifestaciones psicosomáticas: infarto de miocardio, asma, etc.

También es interesante comentar que el stress prolongado puede conducir a una depresión por disminución cerebral de catecolaminas (WEIS, 1.972) y a una disminución de la capacidad defensiva del organismo. En ocasiones, una pequeña desgracia o pérdida

dida parece precipitar grandes reacciones psicósomáticas. Último hecho éste que se encuentra ligado a lo que en algunos de los pacientes, motivo de nuestro estudio les ha sucedido.

ROF CARBALLO (1.972), nos habla de lo que denomina "life-events" o Acontecimientos vitales o sucesos capaces de desencadenar una patología. Entre todos los acontecimientos vitales que pueden desencadenar clínicas psicopatológicas y/o psicósomáticas el más importante es el tema de las "Pérdidas", entendidas como pérdida de objeto (muerte o pérdida de una figura protectora, pérdida de una situación de apoyo, de un objeto que llena la vida), en definitiva objetos que venían a prolongar la primitiva urdimbre de afecto de la persona.

Y por último, citar a LOPEZ SANCHEZ (1.985), quien convenientemente señala que la teoría del stress no es mejor que otras (depresión básica, vida operatoria del pensamiento, personalidad neurótica).

Sólo resta esbozar como todas las premisas anteriores repercuten en el aparato respiratorio.

I.H. Psicofisiología de la respiración

Tanto las teorías filosóficas de la antigüedad como las primeras ideas médicas, han hecho jugar al aire y a la respiración un papel fundamental.

Las primeras opiniones aludían a que la inspiración consiste en hinchar los pulmones de aire exterior y al mismo tiempo recibir el soplo de una potencia exterior sobrenatural que puede así ani-

mar el cerebro.

La sensibilidad particular del sistema respiratorio a las emociones puede explicarse por estar conectado a dos sistemas:

a).- Uno neurovegetativo, automático e inconsciente.

b).- Otro estriado, voluntario y consciente. El sujeto normal, atento a una acción, no es ya consciente inmediatamente del funcionamiento respiratorio. Por el contrario, basta que se desconecte del mundo exterior para ser consciente de su propio funcionamiento vegetativo automático, y de la resonancia de una emoción sobre él. Así, el aliento, es el testimonio más inmediato de la vida y de sus avatares.

La falta de aliento o la sensación de ahogo es la sensación principal de un riesgo vital.

La primera respiración del niño, con su primer llanto o grito y el posterior desarrollo de la función respiratoria es la conquista de una autonomía, pues según RACAMIER piensa, es en la medida que la respiración es el signo de la separación de la madre y que toda ruptura afectiva podría hacer regresar y además es la posibilidad de modulaciones con intención expresiva, sobre el fondo de las necesidades fisiológicas, y que el salto de lo psíquico a lo somático se hará por regresión hacia un funcionamiento elemental disquinético en el que una lucha opone sistema vegetativo y esfuerzos voluntarios en lugar de la armonía teóricamente adquirida con el paso de los años.

Posteriormente hay un aprendizaje de la res-

piración.

Es muy frecuente la utilización defectuosa de las posibilidades ventilatorias reales de las que dispone un individuo.

La angustia puede entrañar un bloqueo respiratorio con hipertonia muscular o estar suscitada por la contracción desordenada de los músculos abdominales y respiratorios accesorios.

LUMINET (1.969), demuestra que en un sujeto una resistencia al flujo respiratorio, y asociándole a ello una sugestión activa, se provoca una emoción intensa con regresión libidinal y fijación temporal sobre el árbol bronquial de una sintomatología psicósomática ejemplar.

La inadaptación del funcionamiento respiratorio puede ser experimentada como un bloqueo torácico con o sin dolores precordiales e intercostales. Puede tratarse de dolores agudos que se irradian a los hombros, o a los miembros superiores.

En el transcurso del tiempo se autonomizan los trastornos, es decir, el paciente aprecia la coincidencia de los trastornos con la ansiedad, y posteriormente el lugar de los dolores parece ser el origen del mal.

Como consecuencia de todo lo expuesto hasta ahora, comentamos seguidamente cuales han sido las motivaciones que nos han llevado a nuestro trabajo con enfermos de PN.E.

I.I. Justificación del tema.

El primer contacto con el tema que nos ocupa se lo debemos al Dr. D. Miguel Soler Viñolo, quien ante la petición de realizar una tesina bajo su dirección, y aludiendo a los temas que en ese momento tenía especial interés en investigar, me ofreció el campo de aquellos sujetos que disfrutando de buena salud, les asaltaba bruscamente un dolor, una disnea, y un todo un cortejo sintomático inesperado de carácter grave para quien lo padecía, pues "no pueden respirar, les falta el aliento, la vida" y, cómo no, vimos que podíamos hacer algo al menos abrir una puerta en ese origen desconocido.

Estos hechos que se venían observando en la clínica durante años, coincidieron con "la casualidad" de que entre unos de los afectados, estaba un familiar de quien dirige nuestra tarea de estudio, motivo que le hizo sospechar más aún de determinadas características acerca de las personas que lo sufrían, pues conocía la situación tensional por estudios de esta persona. A partir de lo cual, fueron aumentando los comentarios, que a él llegaban tanto en opinión de profesionales médicos como es el caso de Josep Mayol, que mientras realizaba su especialidad en el Servicio de Respiratorio, publicó un trabajo ofreciendo determinadas conclusiones acerca de lo que observaba en la clínica diaria refiriéndose al PN.E. idiopático; como que eran también individuos ajenos al problema quienes fortuitamente contaban con algún amigo joven, que había padecido con anterioridad PN.E. sin causa conocida.

Ante todo ésto, creimos bastante interesante el dar un poco de luz, o al menos intentarlo, preocupándonos por este tema, en aras de encontrar ciru

cunstancias biográficas que estos sujetos tuviesen en común, con lo que a la vez adelantaríamos algo de su origen, y por tanto en un futuro se aproximaría más exactamente su tratamiento. Ayudaríamos de esta forma a estas personas, que en definitiva son las que se lo merecen, además decimos que se abre todo un abanico de posibilidades, con dudas sí, quizás, pero de la duda sale la investigación. Así pues, estamos decididos a continuar y a admitir hipótesis, comentarios; si ésto fuese así, habríamos conseguido nuestro propósito.

II. MATERIAL Y METODO

II A. MATERIAL.

Nuestra investigación se basa en el:

II A I. ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE LOS AÑOS (1.976 - 1.984).

En este estudio hemos observado el movimiento de enfermos con PN.E., atendiendo a las historias clínicas registradas en el Servicio de Documentación del Hospital Clínico de Granada durante nueve años que constituyen un total de 122 casos.

II A II. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Para este trabajo hemos contactado directamente con todos los enfermos de PN.E. ingresados en el Hospital Clínico de Granada y en la Residencia Sanitaria de la S.S. Ruiz de Alda, desde el 1 - Octubre - 84 hasta el 1 - Octubre - 85. Debido a su baja frecuencia nos hemos visto obligados a incluir en este grupo de enfermos a aquellos individuos que habiendo padecido con anterioridad dicha enfermedad han colaborado amablemente a la realización de nuestro estudio. Comparados todos ellos con individuos del grupo control. Así pues, para la realización del presente trabajo, hemos estudiado un total de 44 personas, que se distribuyen de la siguiente manera:

- 22 enfermos con pneumotórax espontáneo.
- 22 sujetos normales.

La muestra de personas de las llamadas normales ha constituido el grupo control y está formada por individuos que reúnen estas dos características:

1ª.- No padecer, ni haber padecido, al menos de una forma consciente, enfermedades psíquicas.

2ª.- Pertenecer a la misma clase social de los

pacientes que han sido objeto de nuestra experiencia. De esta manera las posibles diferencias a encontrar serán la consecuencia del proceso mórbido y no atribuibles a circunstancias socioeconómicas.

Las características que definen a los grupos estudiados son:

1.- Edad.

1a. Enfermos con PN.E.

Los límites de edad de los pacientes con PN.E se encuentran entre 12 y 58 años, con una $X = 24,63$ y una $S = 9,15$.

1b. Control.

Las personas normales tienen unas edades que se encuentran entre 12 y 51 años, con una $X = 25,68$ y una $S = 9,41$.

2.- Sexo.

2a. Enfermos con PN.E.

Los enfermos con PN.E. se distribuyen en 18 varones y 4 hembras.

2b. Control.

Los individuos normales se distribuyen en 18 varones y 4 hembras.

3.- Estado civil.

3a. Enfermos con PN.E.

Los enfermos con PN.E. se distribuyen entre 14 solteros y 8 casados.

3b. Control.

Los individuos normales se distribuyen entre 14 solteros y 8 casados.

4.- Nivel profesional.

4a. Enfermos con PN.E:

- Estudiantes: 11
- Camareros: 4
- Profesión universitaria: 1
- Obreros: 6

4b. Control.

- Estudiantes: 11
- Camareros: 4
- Profesión universitaria: 1
- Obreros: 6

5.- Biotipos.

5a. Enfermos con PN.E.

Los enfermos de PN.E. se distribuyen entre 13 leptosómicos, 2 atléticos y 7 no claramente definidos.

5b. Control.

Los individuos normales se distribuyen entre 9 leptosómicos, 3 atléticos y 10 no claramente definidos.

II B. METODO.

B I. ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE LOS AÑOS (1.976 - 1.984).

De este material hemos realizado un análisis descriptivo de las siguientes variables:

- 01.- Sexo.
- 02.- Estado civil.
- 03.- Edad.
- 04.- Nº de hermanos.
- 05.- Biotipos.
- 06.- Naturaleza.
- 07.- Residencia.
- 08.- Comarcas sanitarias de la provincia de Granada.
- 09.- Profesión.
- 10.- Situación laboral.
- 11.- Antecedentes familiares (padre).
- 12.- " " (madre).
- 13.- " personales psiquiátricos.
- 14.- " " del S.N.C.
- 15.- " " respiratorios.
- 16.- " " digestivos.
- 17.- " " cardiocirculatorios.
- 18.- " " metabólicos.
- 19.- " " del sistema termorre-
gulador.
- 20.- Antecedentes personales dermatológicos.
- 21.- " " genitourinarios.
- 22.- " " locomotores.
- 23.- Año de ingreso con PN.E.
- 24.- Mes de ingreso con PN.E.
- 25.- Día del mes (por semana) del ingreso.
- 26.- Día de la semana del ingreso.
- 27.- Momento de aparición del PN.E.
- 28.- Situación de aparición del PN.E.
- 29.- Tipos de tensiones.

- 30.- Duración del ingreso (días).
- 31.- Nº de reingresos.
- 32.- Servicio de ingreso.
- 33.- Fuma/día.
- 34.- Bebe/día.
- 35.- Diagnóstico.
- 36.- Diagnóstico (recidiva).

B II. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Para una mejor comprensión de lo realizado vamos a exponer el método que hemos seguido, dividido en tres apartados:

- 1.- Recogida de datos.
 - 1.a. Psicobiografía.
 - 1.b. Técnica proyectiva: Psicodiagnóstico de Rorschach.
 - 1.c. Escala para la depresión de Hamilton.
 - 1.d. Cuestionario Cornell Index FN.2.
- 2.- Ordenación de datos.
- 3.- Método estadístico.

Comenzamos pues con :

1.- Recogida de datos.

Hemos creído que los instrumentos de trabajo que más se adecuan a nuestros propósitos son:

1.a. Psicobiografía.

Según G. Clauser en su libro "Manual de análisis biográfico" (1.968), donde nos habla de las necesidades de una anamnesis biográfica, entiende por biografía médica aquella que pretende ampliar la historia del enfermo a historia del sufrimiento de la personalidad enferma y profundizar en ella. El método de tal patobiografía es la anamnesis biográ

fica.

Esta técnica de investigación biográfica como método antropológico es aplicable a todos los enfermos, y por tanto, a todas las enfermedades.

Todo padecimiento tiene una significación subjetiva de índole espaciotemporal que puede ser localizada biográficamente. Si los resultados de un interrogatorio biográfico son además de interés clínico, es cosa que se decidirá a la vista de su significación práctica.

El punto de vista muchas veces defendido, de que al insistir en este método supone ya una psicogénesis es erróneo. Ni se pretende con ello demostrar a toda costa la validez de lo psíquico, ni acentuar con parcialismo su importancia.

El interrogatorio se practica al enfermo profundizando en su historial, pretende más bien comprender sin prejuicios la serie de vivencias de una vida. Los factores anímicos y corporales tienen en este caso la misma importancia fundamental.

Siempre se ha de considerar, junto a la posible determinación de los síntomas por contenidos - anímicos, aquella otra por peculiaridades constitucionales, es decir, por inferioridades orgánicas heredadas o adquiridas. Su investigación debería apoyarse en primera línea sobre anamnesis biográfica. "La historia clínica tiene el valor y ocupa el lugar que le es inherente a las observaciones experimentales y sistemáticas en las ciencias naturales. Es el material inicial positivo al que se puede enlazar problemas nuevos y todo tipo de conclusiones" (V. Weizsäcker, 1.951).

1.b. Técnica proyectiva: Psicodiagnóstico del Rorschach.

Constituyen una amplia gama de métodos totalmente heterogéneos entre sí, pero que se basan en un principio subyacente fundamental: la idea de que el estilo peculiar que caracteriza el comportamiento de un sujeto en una situación dada puede permitirnos un conocimiento de la estructura total de la personalidad.

La expresión "Técnicas proyectivas" fue introducida por L.K. Frank (1.939), en un momento en el que ya habían sido publicadas las más importantes de ellas.

Allport (1.970) clasifica las pruebas proyectivas en:

- 1.- Técnicas perceptivas.
- 2.- Técnicas aperceptivas.
- 3.- Técnicas productivas.

En las técnicas perceptivas se estudia el estilo cognitivo del sujeto a través de la forma en que se configura la realidad en sus procesos perceptivos (visuales: Test de Rorschach).

Para el estudio de la personalidad hemos utilizado una de estas técnicas proyectivas: el Psicodiagnóstico de Rorschach.

Esta prueba fue publicada en 1.920 por Herman Rorschach. Representa una llamada a la espontaneidad e iniciativa del sujeto que dará el nº y calidad de respuestas que desee, utilizando su peculiar manera de comunicarse (cf. Gázquez Evangelista, 1.981).

Thomas et al (1.973) otorgan al contenido patológico del test de Rorschach un potencial pronóstico y predictivo no sólo para entidades de muy notoria vinculación psiquiátrica, como serían las conductas suicidas, sino para parcelas de menor noto-

riedad psicológica aparente como son la hipertensión arterial, las enfermedades coronarias, incluso los tumores malignos.

El material del test consta de diez láminas que presentan unas manchas de tinta simétricas, salvo pequeñas diferencias, que carecen de concreción configurativa, así el probando tiene que ser resuelto con sus talentos y afectos estructurados. Las láminas segunda y tercera presentan manchas rojas y negras; las octava, novena y décima son policromadas, el resto son negras con tonos grises diversos. Estas manchas de forma y tonalidades caprichosas evocan interpretaciones diferentes en los distintos probandos.

Rorschach entregaba a sus probandos la primera lámina con la pregunta: ¿qué puede ser esto? e igual con las demás. Una vez recogido el protocolo, hay dos formas para analizar las respuestas dadas por los probandos al test: un "análisis formal" tal y como lo describió Rorschach y un "análisis dinámico", resultante de aplicar interpretaciones psicoanalíticas, al valor simbólico que tienen determinadas expresiones.

En cuanto al análisis formal, éste se realiza en tres momentos:

1º). La notación: donde cada respuesta es provista de su correspondiente fórmula. Cada respuesta debe ser juzgada desde cuatro puntos de vista:

- Por su modo de apercepción, o sea la manera como es percibida la mancha (si como totalidad o en sus grandes o pequeños detalles y en qué estructura).

- Según los determinantes, es decir, los factores vivenciales psíquicos que han determinado la

respuesta (si la forma, si el color, si la forma y el color, si el color y la forma o si el movimiento).

- Según el contenido de la interpretación (animales, hombres, etc.) y finalmente,

- Por su frecuencia, o sea por el grado de su originalidad.

Cada una de estas cualidades se señala en la formula con una letra.

2º). Cómputo. Establecidas todas las fórmulas, se suman todos los elementos de la misma clase y se dispone una relación numérica del protocolo.

3º). Valoración del cómputo.

1.c. Escala para la depresión de Hamilton.

La escala heteroaplicada para la evaluación de la depresión de Hamilton contiene una serie de items, variable según la versión. Cada uno es evaluado con un baremo de 3 ó 5. No se diferencia entre intensidad y frecuencia del síntoma.

Se da mayor importancia a los síntomas somáticos y comportamentales de la depresión que a las manifestaciones psicológicas y cognitivas.

La primera escala (1.960) por nosotros utilizada (al final la explicaremos detenidamente), se redujo a 17 items en una versión de 1.967.

La versión más reciente de 1.978, contiene 24 items y ha sido aceptada por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU. Añade a la primera versión tres items: sentimiento de impotencia, pérdida de esperanza y desvalorización; puntuados de 0 a 4.

Desde 1.975, Bech y cols. diseñaron una ver-

sión de 6 items denominada "Subescala de Melancolía". Había una correspondencia exacta entre la escala y el juicio clínico global.

Sin embargo, Knesevich y cols., en 1.976 con sus investigaciones no han confirmado que la anterior escala ofrezca mayores resultados a la escala total.

Montgomery y Asberg en 1.979 demostraron que la escala de 17 items era muy poco sensible.

En el Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de Valladolid trabajan con una adaptación castellana, autoaplicada tanto para la versión de 21 items, como para la Subescala de Melancolía de Bech. Se debe utilizar en pacientes diagnosticados como deprimidos.

Una vez comentadas las versiones de la escala de Hamilton, nos centramos en la empleada para nuestro estudio.

La escala de Hamilton (1.960) es un cuestionario que aplica el clínico, basado en los datos de la relación con el paciente.

Consta de 22 items que recogen sintomatología depresiva. De estos items, 11 se valoran de 0 a 2, 1 de 0 a 3 y 10 de 0 a 4. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones dadas en cada item. La máxima puntuación posible es 65.

Se considera una puntuación valorable clínicamente cuando es superior a 20, aunque para su correcta interpretación es muy importante el análisis del item, para poder observar la gravedad o la aparición de sintomatología depresiva ligera según la naturaleza de los items, que hayan puntuado.

Esta escala está destinada pues, a establecer

el estado de la enfermedad depresiva, viendo asimismo los cambios que pueden ocurrir en el transcurso del tratamiento, así como los elementos no susceptibles de modificarse.

Se diseñó para utilizarla en pacientes diagnosticados de enfermedad depresiva, con el fin de observar su evolución, y para la ayuda al diagnóstico de depresión. Pero además ha sido también aplicado en otros pacientes como hicieron Schawab y colaboradores (1.967) y como hemos realizado en el grupo de enfermos de PN.E. y en el grupo control, con el fin de poder comparar los resultados en cuanto a elementos depresivos presentes.

1.d. Cuestionario Cornell Index FN.2.

Este cuestionario mide trastornos de personalidad y conducta, tanto a nivel de relación interpersonal como de trastornos viscerales, verbigracia, hipocondría, etc. El cuestionario es estándar independiente de los conocimientos socioculturales.

Los resultados obtenidos se han clasificado de la siguiente manera:

- Grado 0..... 10 = No trastornos emocionales.
- Grado 1.. 10 a 22 = Trastornos emocionales le
ves.
- Grado 2.. 23 a 38 = Trastornos emocionales evi
dentes hasta acusados.
- Grado 3..... 38 = Trastornos emocionales in
tensísimos.

2.- Ordenación de datos.

Con los instrumentos de trabajo anteriormente expuestos, hemos atendido a una serie de datos:

2.a. Psicobiografía.

A partir de la cual y por ser un primer estudio sobre consideraciones biográficas (PN.E. idiopático)

hemos creído conveniente transformar toda la información cualitativa recogida una vez entrevistados enfermos y sujetos normales, en datos cuantitativos, para así facilitar la tarea de comprensión, sin menospreciar de manera alguna el valor cualitativo reflejado en el resumen individual de las psicobiografías de los enfermos.

En los individuos del grupo control no aparecen las variables 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 89, 90 y 91, ya que aluden al P.N.E. específicamente.

Aclaración: al final del método aparecerán las psicobiografías de los enfermos para no interrumpir la estructura del método debido a la extensión de las psicobiografías.

Pasamos a ver las variables obtenidas:

- 01.- Sexo.
- 02.- Estado civil.
- 03.- Edad.
- 04.- Biotipos.
- 05.- Naturaleza.
- 06.- Residencia.
- 07.- Comarcas Sanitarias de la provincia de Granada.
- 08.- Profesión.
- 09.- Situación laboral.
- 10.- Estudios.
- 11.- Trabajo correspondiente a sus estudios.
- 12.- Antecedentes familiares (padre).
- 13.- " " (madre).
- 14.- " personales del S.n.c.
- 15.- " " respiratorios.
- 16.- " " digestivos.
- 17.- " " cardiocirculatorios.
- 18.- " " metabólicos.
- 19.- " " del sistema termorregulador.

- 20.- Antecedentes personales dermatológicos.
- 21.- " " genitourinarios.
- 22.- " " del aparato locomotor.
- 23.- Año de ingreso con PN.E.
- 24.- Mes de ingreso con PN.E.
- 25.- Día del mes (por semana) del ingreso.
- 26.- Día de la semana del ingreso.
- 27.- Diagnóstico del PN.E.
- 28.- Diagnóstico (recidivas) del PN.E.
- 29.- Nº de reingresos con PN.E.
- 30.- Fuma/día.
- 31.- Bebe.
- 32.- Primeros recuerdos de infancia.
- 33.- Edad paterna actual.
- 34.- Profesión del padre.
- 35.- Relación con el padre.
- 36.- Aspectos positivos del padre.
- 37.- Aspectos negativos del padre.
- 38.- Pérdida del padre.
- 39.- Edad materna actual.
- 40.- Profesión de la madre.
- 41.- Relación con la madre.
- 42.- Aspectos positivos de la madre.
- 43.- Aspectos negativos de la madre.
- 44.- Preferencia por el padre.
- 45.- Preferencia por la madre.
- 46.- Matrimonio de los padres.
- 47.- Falta total del cariño de los padres.
- 48.- Economía familiar.
- 49.- Reside con sus padres actualmente.
- 50.- Nº de hermanos (con el entrevistado).
- 51.- Posición del entrevistado entre hermanos.
- 52.- Relación entre hermanos.
- 53.- Relación negativa: entrevistado - hermano.
- 54.- Relación padres - hijos.
- 55.- Preferencias paternas por hijos.
- 56.- Preferido paterno: entrevistado.

- 57.- Rechazado paterno: entrevistado.
- 58.- Figuras parentales de los primeros años.
- 59.- Figuras fraternales de los primeros años.
- 60.- Recuerdos de escolaridad.
- 61.- Recuerdos del profesorado.
- 62.- Recuerdos de un determinado profesor.
- 63.- Amigos de la escuela.
- 64.- Conducta escolar.
- 65.- Tipo de centro escolar.
- 66.- Sistema de vida de la escuela.
- 67.- Conflictos en la escuela.
- 68.- Huyó de la escuela.
- 69.- Expulsado de la escuela.
- 70.- Interés por los primeros estudios.
- 71.- Experiencia sexual.
- 72.- Vivencias de experiencia sexual.
- 73.- Motivación laboral.
- 74.- Trabajo actual produce satisfacción.
- 75.- Conflictos laborales actuales.
- 76.- Conflictos laborales causan.
- 77.- Intensidad de la vida laboral.
- 78.- Amigos actuales.
- 79.- Comunicación con amigos.
- 80.- Introversa.
- 81.- Tímido.
- 82.- Recuerda frecuentemente sueños.
- 83.- Pesadillas.
- 84.- Sueños agradables.
- 85.- Tarda en dormirse.
- 86.- Interrupción del sueño.
- 87.- Despertar antes de tiempo.
- 88.- Estado anímico.
- 89.- Se encontraba previamente al PN.E.
- 90.- Conflictos previos al PN.E.
- 91.- Causa de conflictos previos al PN.E.
- 92.- Carácter del entrevistado.

2.b. Psicodiagnóstico del Rorschach.

Nos hemos interesado por:

- 1.- Nº de respuestas.
- 2.- Porcentaje de formas bien vistas (F+ %).
- 3.- Porcentaje de respuestas de contenido animal (T %).
- 4.- Porcentaje de respuestas de contenido humano (M %).
- 5.- Porcentaje de respuestas vulgares (V %).
- 6.- Nº de respuestas globales bien vistas (G+).
- 7.- Nº de respuestas de movimiento (B).
- 8.- Nº de individuos con color adaptativo y nº de individuos con color desadaptativo.
- 9.- Tipo vivencial.
- 10.- Inteligencia.
- 11.- Contacto social.
- 12.- Angustia.
- 13.- Agresividad y oposicionamiento.
- 14.- Control de la realidad.

2.c. Escala para la depresión de Hamilton.

Hemos atendido a:

- 1.- Rasgos depresivos.

2.d. Cuestionario Cornell Index FN.2.

A través del cual comprobamos:

- 1.- Grado de Trastorno emocional.

3.- Método estadístico.

Creemos adecuado utilizar los test que a renglón seguido se citan:

A/ Test de Wilcoxon para muestras independientes.

Para contrastar la hipótesis de que una de las poblaciones no tiende a dar valores más altos o bajos que la segunda, el procedimiento a seguir es: (Ho = la primera población no tiende a dar valores más bajos o más altos que la segunda).

Se unen las dos muestras en una sola, se ordenan de menor a mayor, se asignan rangos a sus elementos (teniendo en cuenta los empates, si los hay), se calcula la suma R_{exp} de los rangos de la muestra de menor tamaño, y entonces:

a) Si $n_1 + n_2 \leq 30$: comparar R_{exp} con las R_{α} de la tabla correspondiente.

b) Si $n_1 + n_2 > 30$: comparar con una t_{α} de la tabla de la $N(0,1)$, la cantidad.

$$t_{exp} = \frac{|R_{exp} - E(R)| - 0,5}{\sqrt{V(R)}}$$

en donde $E(R) = (n_1 + n_2 + 1) n_1/2$ y $V(R) = (n_1 + n_2 + 1) n_1 \cdot n_2/12$ cuando no hay empates, mientras que cuando haya r grupos de t_1, t_2, \dots, t_r empates:

$$V(R) = (n_1 + n_2) \left\{ (n_1 + n_2)^2 - 1 \right\} - \sum_{i=1}^r T_i \cdot \frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2 - 1}$$

con $T_i = (t_i - 1) t_i (t_i + 1) = t_i^3 - t_i$, siendo siempre n_1 el tamaño de la muestra para la que se ha obtenido la suma de rangos.

B/ Test de independencia para tablas de contingencias en la distribución χ^2 .

Dada una tabla de contingencia con frecuencias

observadas θ_{ij} , y siendo F_i y C_j las sumas de filas y columnas, y T el tamaño total de la muestra, las frecuencias esperadas se obtienen por:

$$E_{ij} = \frac{F_i \cdot C_j}{T}$$

La cantidad experimental del test es entonces:

$$\chi^2_{\text{exp}} = \sum \frac{\theta_{ij}^2}{E_{ij}} - T$$

que se compara con una χ^2 de $(r-1) \cdot (s-1)$ grados de libertad (siendo r en número de filas y s el de columnas). El test es válido si todos los E_{ij} son mayores que 1, y no más del 20% de ellos menores o iguales que 5.

En el caso particular de tablas 2×2 , la cantidad experimental corregida es:

$$\chi^2_{\text{exp}} = \frac{(|0_{11} \ 0_{22} - 0_{12} \ 0_{21}| - T/2)^2}{F1.F2 \cdot C1.C2} \cdot T$$

frente a una χ^2 con 1 grado de libertad. En este caso, todos los valores esperados han de ser mayores que 5, para la validez del test.

C/ Cuando las frecuencias observadas son insuficientes para cumplir las condiciones del test χ^2 , en tablas 2×2 , se ha usado una versión mejorada (más potente) del test exacto de Fischer, debido a los profesores MARTIN ANDRES y LUNA DEL CASTILLO (aún no publicada).

PSICOBIOGRAFIAS

Caso nº 1.- M. M. G., de 24 años, soltera, natural de Almería, con residencia en Granada, estudió Graduado Social; actualmente cursa informática. Entre los antecedentes familiares: padre que falleció hace cuatro años a la edad de 52, madre de 45 años, ambos maestros; la enferma es la tercera de cinco hermanos que por este orden son: hermana de 25 años, y tres varones de 24, 17 y 11 años respectivamente, todos solteros y estudiantes. Antecedentes patológicos familiares exclusivamente la madre con bloqueo de rama cardíaca.

Se presenta en Urgencias Externas del Hospital Clínico con pneumotórax espontáneo (PN.E.) izquierdo el 6 - Febrero - 1.985, surgiéndole el dolor, a las diez y media de la noche. De constitución leptosómica; se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico por depresión nerviosa. Antecedentes patológicos personales: cefaleas, nerviosismo, ansiedad, resfriados de vías bajas, hipotensión, soplo congénito, palpitaciones constantes, disnea, y PN.E. izquierdo.

Datos psicobiográficos.- Con su madre que es muy activa, se lleva muy bien, son buenas amigas. Al padre no estaba tan unida, "creo que he sido su favorita", "era como uno más de los hijos". En la familia su madre era la que llevaba el mando. El matrimonio de los padres: "se llevaban muy bien, se querían mucho". La enferma desde siempre ha visto a todo el mundo más guapo, más inteligente, más superior, con más personalidad, "pero ahora se me ha acentuado", "tengo complejo de inferioridad, soy más sensible que todos mis hermanos: desde pequeños hemos sido muy maduros". Reconoce que es la menos inteligente de su casa, ante lo que reacciona con agresividad; le molesta todo.

En la escuela se veía más torpe que los otros, pero "no era envidia". Recuerda que por ser zurda

le ataban la mano, riéndose de ella, lo que la man tenía apartada; de cara al exterior lo realiza todo con la derecha, aunque a solas utiliza la izquierda. Ya en el bachiller obtuvo muy buenas calificaciones para satisfacer a sus padres. Mantenía la postura de desinterés hacia la gente.

Su padre murió en accidente de tráfico hace cuatro años, sufriendo desde entonces depresión nerviosa por lo que está bajo tratamiento psiquiátrico. "A partir de este acontecimiento me horroriza la muerte, los coches, todo me dá miedo", "estoy intentando saber porqué me ha afectado tanto". No puede oír nada sobre accidentes. "les tengo miedo, no los soporto", "tengo miedo a la muerte". Le cuesta mucho dormir, se despierta con pesadillas acerca de la muerte; sueña con su padre, con cabezas cortadas, con perros que le arrancan la piel, con personas que vienen a asfixiarla con almohadas, que se ahoga en el mar, etc. Le pone nerviosa saber que no va a conciliar el sueño, por lo que se levanta cansada.

A raíz del fallecimiento paterno, vino a Granada para estudiar Graduado Social, pero "me da asco, no me gusta". Lo que le interesa es la informática y los idiomas. Cursando sociales tampoco tuvo contacto con sus compañeros.

En cuanto a sus relaciones interhumanas comenta: "soy muy tímida, no estoy conforme conmigo misma, entonces no acepto a los demás", "no me gusta hacer amistades, porque yo misma me rechazo, y la gente no me acepta porque soy agresiva, antipática". Aunque de sus pocas auténticas amigas sí se preocupa. En sus relaciones con hombres "tengo muy poco éxito, por mi timidez, soy una imbécil", "me pone nerviosa que vayan por lo del sexo, paso de ellos". Tuvo una relación en su pueblo natal con un hombre

casado; hubo problemas que la decidieron a irse a Inglaterra para aprender inglés. Acudió a una agencia de viajes muy económica, encontrándose en el momento de su partida con que todas las pasajeras eran embarazadas que iban a abortar, situación hasta entonces ignorada por la enferma. Ante éste hecho comenzó a sentirse mal. Ya en Londres vivía en casa de dos señoras enfermas, paralítica una de ellas, a quienes cuidaba; era "espantoso para mí". Como se marchó por un año, a pesar de la oposición familiar "no podía echarme atrás", empezó a no comer, lo poco que ingería lo vomitaba, adelgazó. Conoció a un matrimonio español, que viéndola en esas condiciones la enviaron a España, quedándose en el norte con unos familiares, donde a los cuatro o cinco días le surgió el primer episodio de PN.E. (el 5 - Julio - 84, a las diez y media de la noche) que cedió con drenaje junto a su recuperación ponderal.

En la actualidad estaba en tratamiento con un nuevo psiquiatra, notando mejoría desde hacía unas tres semanas, pero aún se encontraba muy nerviosa, surgiéndole el PN.E. izquierdo.

Caso nº 2.- J. L. P. M., de 24 años, soltero, natural y residente en Granada, estudia segundo de Farmacia. Antecedentes familiares: padre de 57 años, catedrático; madre de 48 años, sus labores; el enfermo es el segundo de siete hermanos que por orden son: hermano de 26 años; el enfermo; varón de 23 años; hermanas de 21, 19 y 18 años de edad, y por último varón de 16 años, todos sanos y estudiantes. La hermana de 19 años, también entrevistada, tuvo igualmente PN.E.

Se presenta en la consulta de Respiratorio del Hospital Clínico con PN.E. izquierdo el 6 - Septiem

bre - 84, surgiéndole el dolor mientras estudiaba en casa. De constitución leptosómica. Antecedentes personales patológicos: refiere tres PN.E. izquierdo (el 30-4-85, el 30-6-84 y el 6-9-84), tras realizar alpinismo en el primer episodio, y un esfuerzo en el segundo caso; enuresis nocturna entre los ocho y doce años, y cefaleas frecuentes.

Datos psicobiográficos.- Mas unido a su madre, ya que el padre estaba más en su trabajo, es "nerviosillo". El ha notado que su padre no estuvo encima de los hijos, anduvieron por libre, "tiene mal genio". La relación del enfermo con cada hermano ha sido similar. Por parte materna no hubo preferencias hacia ninguno de los hijos.

Acerca de la escuela: estuvo en un colegio de monjas hasta tercero de E.G.B.; no le agradó y se trasladó a un colegio de sacerdotes junto a uno de sus hermanos. Tras la expulsión de éste su padre los cambió a otro centro (durante quinto y sexto), del que salieron por cierre del mismo para entrar en el seminario; eran los peores estudiantes, de nuevo los expulsaron, "en cuestión de estudios soy un poco inferior, todo era falta de continuidad". Ingresó en un centro privado, en el que aprobaba sin estudiar. En C.O.U. todos los exámenes los hacía mal, decidiéndose a hacer el servicio militar (S.M.), lo que le acarreó problemas con su padre, que no quería que abandonase los estudios; optó por simultanearlo con el C.O.U. nocturno, pero lo repitió, pues no podía materialmente con ambas tareas. Fueron necesarios dos años más para aprobar el curso completo; durante el último compartió el estudio con un trabajo ocasional. Pensaba que todo le era adverso. Al año siguiente comienza la carrera, estudió bastante pero se sentía desbordado pues se encontraba en la obligación de dejar en buen lugar al padre. Con los

exámenes se pone muy nervioso.

Sueña con frecuencia. Padece de insomnio precoz desde hace dos años, incluso se levanta durante la noche. Lo único que le tranquiliza es subir a la sierra los fines de semana.

Respecto al matrimonio de los padres refiere que entre sus dieciocho y veintitres años "ha habido muchos problemas entre mis padres". "Yo era muy tranquilo pero desde entonces me afectó; era una tensión continua". "Mi padre es muy testarudo, o te sometes o discusión". Esto unió más a los hermanos. Decidió estudiar en bibliotecas públicas durante dos años, pues en casa oía constantemente discutir. Por esa época presentaba un sueño muy ligero. Observó que el resto de sus hermanos también fracasaron en sus estudios. Todo lo anterior "me dejó estresado". Fué por este tiempo cuando estando estudiando le surgió el dolor del último pneumotórax, el cual le preocupaba bastante porque coincidió con los exámenes, pero gracias al padre se los atrasaron, aprobándolos todos.

Presenta carácter inestable, tímido. Conoció a su actual novia a los dieciocho años, mientras ella realizaba cuarto de medicina: su relación es positiva. Practica alpinismo desde los quince años, actualmente a menudo por los problemas familiares. Tiene buenos amigos en los que confía. No fuma, ni bebe.

Caso nº 3.- E. J. R., de 16 años, soltera, natural de Almería, domiciliada en Granada, y estudiante de C.O.U. Entre los antecedentes familiares: padre y madre de 43 años, poseen un hostel en el que trabajan; la enferma es la quinta de ocho hermanos que son de mayor a menor: varón de 21 años, estudiante; hermana enfermera; varones de 18 y 17 años

estudiantes; la enferma; varón de 15 años, estudiante; varón de 12 años, que falleció, y por último, varón de 10 años, estudiante. Antecedentes patológicos familiares: el cuarto hermano tuvo varios intentos de suicidio y la sexta hermana en su infancia sufría "desequilibrios mentales, con tics nerviosos".

Se presenta en la consulta de Respiratorio del Hospital Clínico con PN.E. izquierdo el 8 - Mayo - 1.985, surgiéndole el dolor durante la noche preparando un exámen. "Por esos días se dieron sucesivos intentos de suicidio del cuarto hermano". Igualmente coincide con menstruación. Sin prevalencia tipológica. Antecedentes patológicos personales: insomnio, resfriados de vías altas, vegetaciones, nódulos de cuerdas vocales, otitis recidivante, y manos y pies fríos.

Datos psicobiográficos.- De su infancia recuerda muchas "broncas" entre sus padres. Al padre hubo una época que le odiaba (desde que contaba cinco hasta los diez años), y aún duda de que este sentimiento haya desaparecido, "soñé que él era un monstruo". Nunca le pegó. Siempre estaba viajando, regresaba los fines de semana. La madre sí le pegaba; recuerda una ocasión en la cual "mi madre se puso histérica" ante lo que la enferma se quedó inmóvil, sin reaccionar una hora. Su madre siempre ha defendido al hermano mayor, pero "nunca hemos tenido celos". "Yo soy la preferida de mi padre", pero no tiene ninguna confianza con él; con su segunda hermana tiene mayor contacto, incluso duerme con ella. Antes estaba más ligada a su cuarto hermano, que ahora se encuentra internado en un hospital por sucesivos intentos de suicidio a raíz de la muerte del penúltimo hermano, fallecido en accidente de automóvil cuando él conducía, sintiéndose culpable

desde ese momento. Este no se habla con su padre. La enferma dice estar ya acostumbrada a esta situación. Días posteriores a un intento de suicidio del hermano se desencadenó el PN.E. Refiere que "mi sexta hermana tuvo problemas en el colegio, era muy torpe, presentaba tics, nos metíamos con ella y lloraba mucho".

Vivió en Almería hasta iniciar el bachillerato donde asistió a la escuela con una de sus hermanas. Recuerda que una monja le pegaba. Se trasladó a otro centro con profesorado no religioso, con otra de las hermanas. No tenía amigas fijas, nunca ha confiado en una sola. Era buena estudiante, aunque en la segunda etapa la suspendieron, lo que la hacía temblar por temor a la madre. Recuerda a un profesor con alegría, en cambio otro le daba asco, "era un viejo verde, soltero y abusón". Al iniciar B.U.P. toda la familia se trasladó a Granada; apreció el cambio; empezó a "conocer la vida en la calle". Su primer instituto estaba en un barrio de esta ciudad. Sus amigos eran chicos, "pero, me tomaban por boba y me aparté de ellos". Posteriormente ingresa en un centro privado donde dice pasárselo peor por ser "niñas de papa". En clase siempre le han estado llamando la atención. Actualmente sale con una amiga de clase y con sus amigos, pero no tiene confianza con ellos.

Tiene el hábito de mover uno de sus pies cuando se acuesta; al comenzar a dormir, sueña que cae a un pozo, momento en el que concilia el sueño, despertando varias veces durante la noche. Se le repite un sueño: es violada por un profesor del colegio de Almería; otros sueños que recuerda son, un hombre vestido de negro, que la perseguía con un puñal; en los días del PN.E. soñaba que estaba en una cárcel con amigos, intentaba salir pero la perseguían;

otros como estar en un barco y el mar "chuparlos"; se le caen los dientes, le salían raíces de plantas por todo el cuerpo, etc.

La entrevistada asiste a clases mañana y tarde, ayuda diariamente en las tareas del hostel, y practica boleibol. Tiene todo el día ocupado. Se encuentra mejor cuantas más cosas hace.

Respecto a su relación con el otro sexo, el primer año de su residencia en Granada salió con un chico pero "fue asqueroso", "después de ese tengo miedo a los hombres, dudo más", no obstante admite haber mantenido alguna relación positiva.

En su tiempo libre practica deporte, ve documentales televisivos sobre animales y del cuerpo humano; le gustan las películas de violencia, de miedo donde vea sangre.

Caso nº 4.- J. M. R., de 23 años, soltero, natural y residente en Granada, estudia segundo curso de derecho. Antecedentes familiares: padre de 55 años, gestor administrativo; madre de 51 años, sus labores; el enfermo es el segundo de tres hermanos, que de mayor a menor son: hermana de 26 años, maestra; el enfermo, y finalmente, varón de 11 años, es tudiante. Antecedentes familiares patológicos sin interés.

Se presenta en el servicio de Patología General del Hospital Clínico con PN.E. izquierdo el 7 - Mayo - 1.985, que cedió con tratamiento postural y drenaje; le surgió el dolor la mañana del ingreso. Refiere tos por esos días. Coincidió con problemas que arrastraba desde hacía unos meses anteriores. De constitución leptosómica. Antecedentes patológicos personales: hiperhidrosis (incluso en invierno)

y palpitaciones.

Datos psicobiográficos.- Buenos recuerdos de infancia; mimado por sus padres. Su madre se ha dedicado mucho a sus hijos. La relación con los hermanos es normal. Su periodo escolar transcurrió sin contrariedades. Trabaja a la vez que estudia: de nueve a doce horas de la mañana acude a la oficina de su padre, sin asignación determinada; de cuatro a ocho de la tarde va a clase. "Cuando los exámenes están cerca me canso, llevo así dos años". El verano de 1.984 estudió bastante, "fué agotador", por estas situaciones "tengo malhumor, me cabreo, me encierro mucho en mí, no comunico nada"; "hago lo mejor que creo, es un arma de doble filo, pues si lo digo, lo mismo me hundo del todo y por eso me caí", "nunca tengo a la persona adecuada a mi lado con la que esté totalmente tranquilo".

Refiriéndonos a la vida sentimental: salía con una chica a la que dejó a principios del año 1.984. Según el enfermo ella mantenía a la vez relaciones con otros; era compañera de clase, "resultó, que un buen día en clase me dijo que estaba embarazada, me explicó que si continuábamos, abortaría". "Toda esta época estuve muy tenso". Se lleva muchos desengaños, porque imagina lo que él quiere acerca de una persona a la que aún no conoce. En lo sucedido anteriormente intervinieron los padres del enfermo. El les comentaba "que sería un desgraciado si me casara con ella". Ese verano lo pasó muy mal; Sólo aprobó una asignatura (conocía al profesor). Le comunicó a la novia que si deseaba "vivían juntos para probar", propuesta que ella rechazó. Al final del embarazo llamó a casa del entrevistado comunicándole "que era padre". "Yo estaba muy tenso, pero había circunstancias que me inducían a pensar que el niño no era mio", siendo meses después cuando le surgió

el P.N.E. Mientras tanto y desde cuatro meses después de abandonar la relación el entrevistado se había unido a su actual novia. Con posterioridad ésta quería que "entrara en su casa". El le habló de lo ocurrido, hubo problemas pues, los padres de ella, no le aceptaban. Ella tiene mucha presión por sus propios padres; está muy nerviosa. De vez en cuando "me lo echa en cara". Sale con ambos una hermana de la chica que padece "trastornos psíquicos". Cuando habla de abandonar la relación ella llora, optando por no decirle nada. Durante la hospitalización esta situación se acentuó al conocer a una enfermera por la que se interesó, así pues "por una parte me quiero ir, y por otra no"; "soy lábil emocionalmente, de pronto hago todo, de repente nada".

Respecto a amistades, cuenta con bastantes conocidos, pero amigos dos o "mejor uno y medio", "siempre necesita de una persona (una mujer), ni amigos ni nada, que me estimule.

Sueña con frecuencia, en general con ilusiones, fantasías de ser feliz y tener una mujer con la que se encuentre bien. Hace años soñó que un autobús atropellaba a la hermana, y en otra ocasión que su abuelo moría.

La religión antes no era importante en su vida, aunque después de tanto problema si le preocupa.

Observaciones: una de las mañanas de la entrevista estaba llorando; por indicación facultativa acudió personal de Psiquiatría. En un principio ofreció bastante resistencia a la propuesta de dialogar, se reía, etc., hasta que un día después de encontrarlo llorando comenzó a hablar locuzamente, sin inhibiciones.

Lo encontramos angustiado por la existencia de ese hijo, aún no lo tenía resuelto, aunque al verba

lizarlo expresaba lo contrario. Por otra parte como citabamos con anterioridad nos pidió consejo sobre qué debería hacer con la enfermera que había conocido en el hospital. Igualmente advertimos por sus compañeros de habitación que "estaba muy mimado por los padres", efectivamente le visitaban muy a menudo, incluso la novia.

Fuma aproximadamente paquete y medio a dos paquetes al día.

Caso nº 5.- R. B. M., de 31 años, casado, con dos hijos, natural de Elche y residente en Melilla, es farmacéutico. Antecedentes familiares: padre de 74 años, maestro; madre de 68 años, sus labores; el enfermo es el último de dos hermanos. Antecedentes patológicos familiares: el hermano sufrió PN.E. recidivantes.

Cuadro actual. Diagnosticado de PN.E. izquierdo en Melilla, regresa a Granada ingresando en el Hospital Clínico el 1 - Agosto - 1.984, apareciéndole el dolor durante la noche. De constitución leptosómica, con los antecedentes personales siguientes: nerviosismo, ansiedad, meteorismo, algias lumbares, e hiperhidrosis. Tiene fobia a las jeringuillas o agujas, (se desmayó al ver extraer un catéter).

Datos psicobiográficos.- Los recuerdos de infancia son poco importantes, normales. No se comunica con ningún miembro familiar. "He echado de menos el diálogo con mis padres", "de preocuparse por alguno, se han preocupado por mí"; con la madre se relaciona mejor. Del matrimonio de sus padres no sabe nada. Con el hermano "al llevarme ocho años con él" nunca ha mantenido ningún contacto; él tenía el papel de hermano mayor, "siempre me comparaba mi ma

dre con él, yo era el pequeño".

Recuerda que en su infancia le agradaba ir a la escuela, pero por su corta edad no se lo permitían (su padre era maestro y vivían en la casa de la escuela). Tanto en E.G.B., como en bachiller el profesorado fué normal; se relacionaba poco con los compañeros. Comenzó la carrera de Farmacia al no ser admitido en medicina, "no he estado a gusto en mi carrera"; en primero selectivo suspendió todas en Junio, aprobándolas en Septiembre; comprobó lo que era "la buena vida, la diversión, la primera novia". Tomó anfetaminas excesivamente, "tenía verdadera dependencia", las ingería para no dormir, para robarle horas al día, "hacía burradas". En relación a sus estudios recuerda que el padre le dijo "te pago los cinco años de carrera y haz lo que quieras, que me dieran morcilla".

Vida sentimental: el primer enamoramiento fué místico, ya a los diecisiete años montuvo una relación más directa, más tarde en Granada conocía "el amor físico", "yo fuí el seducido, me dejó destrozado, me abandonó" en consecuencia "me encerré un tiempo". A continuación conoció a su actual esposa, sus relaciones eran "muy cortadas". Con las mujeres era muy tímido, tenía miedo al ridículo, pero esquivaba el problema.

Tras casarse estuvo en paro un año, "era un calvario con la familia, con los niños, con mi esposa". Esto le afectó bastante, hubo un lapsus de seis o siete meses durante los que se hundió, presionado por parte de su esposa para que abriese un laboratorio, y por parte de sus padres que intentaban regresara a Elche. Realizó la especialidad fuera de Granada lo que a su esposa le pareció adecuado, en un principio, pero "no sabíamos qué era la separación".

Sufría insomnio siempre, mal humor, permanecía mucho tiempo en casa; se volvió poco comunicativo con la familia, amigos e hijos. Tuvo problemas con su mujer. Mas tarde vivió un periodo de conversión a la religión, en el que se encontraba mas tranquilo, cediendo las tensiones con los niños, la mujer, e incluso ayudaba a las labores domésticas, etc. En la actualidad su esposa e hijos viven en Granada, mientras él reside en Melilla por un contrato de nueve meses, "tengo cierto temor al trabajo allí", "me preocupan los niños". Ha regresado a estados de ansiedad por estar solo. Al principio valoraba más lo de casa, pero se va difuminando, "no coincide realidad y pensamiento". Han decidido que si ella puede se irá con él. Ha tenido que buscar gente en su nueva residencia; ya tiene otros canales de evasión, en parte "me ha distraído un poco de la situación, pero me está erosionando con mi esposa y con mi familia". Residiendo en Melilla, separado de la familia fué cuando sufrió el PN.E.

Caso nº 6.- J. A., de 27 años, soltero, natural y residente en Granada, licenciado en Filosofía y Letras (no ejerce) entrenador de baloncesto y me canógrafo (en la actualidad trabaja en ambas actividades). Entre los antecedentes familiares: padre de 61 años, fallecido hace 8 años, teniente de Policía Nacional; madre de 54 años, sus labores; el enfermo es el segundo de dos hermanos, siendo la edad del primero de 33 años, policia nacional. Los antecedentes patológicos familiares: padre falleció por cáncer gástrico; la madre ha sido intervenida de litiasis renal y biliar e igualmente de aparato genital.

Cuadro actual.- Fué diagnosticado, en el Hospital Militar, de PN.E. derecho el 1 - Enero - 1.983,

que curó con reposo, mientras cumplía el servicio militar, achacándose a agotamiento laboral (él continuaba con su trabajo de siempre) junto a las múltiples faenas a las que le obligaban. De constitución leptosómica. Sin antecedentes patológicos personales de interés.

Datos psicobiográficos.- En su casa ha vivido por temporadas una hermana de su madre que está enferma. Él pasó algunos periodos en casa de esta tía (desde los seis a los catorce años). Sufrió complejo de inferioridad por su elevada estatura. Recuerda ir siempre con su hermano y sus amigos con muchas penurias económicas. El hermano sobre los quince o dieciseis años se marchó a otra ciudad para trabajar de cocinero, notando un gran cambio el entrevistado. "Él era un ídolo deportivo para mí, yo iba a retaguardia". Su padre era un hombre muy severo, muy duro "mi madre era la que nos pegaba pero no le temía". Recuerda que en alguna ocasión les encerraron. La escolaridad fué normal; no mostraba interés por los estudios "yo estaba obligado a estudiar". El padre "¡inteligente!" quiso que llegase donde él no pudo. No le permitía salir a la calle, mientras no le mostrase los trabajos diarios. "Era un orgulloso, pensaba que yo iba a realizar una carrera universitaria". Aún es una satisfacción en su casa el que acabara los estudios de Filosofía, aunque lo deseado por el padre sería el haberle visto como médico. Su época universitaria coincide con la transición política; se definió como izquierdista, al contrario que su padre, participó en manifestaciones pero no activamente por miedo a que le "pillasen", sumado a no cargarle la nota negra a la figura paterna. Cuenta que en una ocasión le echaron en cara el ser hijo de policía, siendo la única vez que defendió al padre. "Me moldeó para un prototipo de hijo, pe-

ro llegó un momento en el que me rebelé contra él". "Antes de morir le dijo a mi madre: me voy a morir, pero ahí te dejo "eso" (que era yo)". A raíz de la muerte paterna marchó a Francia, se sentía solo, además creía tener dolores semejantes a los que su amigo padecía de hernia de disco. La madre se mantenía al margen de todo, adoptando una postura comprensiva "no deseaba que hubiese "jaleos" en casa".

El matrimonio entre los padres fué disarmónico, hubo dificultades económicas.

En su casa el diálogo no existió; nunca tuvo cariño en su familia; ni de padres, ni de hermanos. Ha tenido bastantes problemas familiares. Casi todos los miembros son militares o policías; sólo un tío paterno es coreógrafo, del que no supo nunca nada, al estar marginado por la familia a causa de su profesión y al ser homosexual. Odia a otro tío "al que nunca le caí simpático, hasta el punto de echarme de su casa"; desde entonces ambas familias no se hablan. No cree en la familia, ni en las relaciones entre sus miembros; espera que la suya propia no funcione así.

Vida sexual: sus primeros recuerdos se remontan a juegos infantiles con sus amigos y amigas. Sobre los catorce o dieciseis años inició relaciones de pareja pero sin llegar a nada erótico. Su primera experiencia sexual fué casual; las sucesivas han sido positivas. Ha tenido muchas experiencias, oportunidades, pero de resultados negativos: su primera novia (modelo con muy buena posición económica) le abandonó repentinamente por un extranjero; posteriormente una de las chicas a las que entrenaba se enamoró de él "me consideraba un ídolo", al hacerse recíproco este sentimiento y tras convivir "se cansó de mí" abandonándole por estar embarazada de otro

chico. Desde hace cinco años tiene novia, pero la situación no es del todo positiva "me agrada estar con personas no aceptadas socialmente, para luchar por mantener la relación", lo que no ocurre con esta mujer que está bastante integrada. En 1.983 realizó el S.M., ejerciendo labores de bibliotecario, dirección de publicaciones, etc....., junto a sus tareas normales fuera del cuartel. Estaba agotado por entonces, mientras mantenía relaciones con la novia la madre les sorprendió "me asusté" desencadenándose en este momento el PN.E.

Al finalizar su periodo militar comprendió que no le merecía la pena encerrarse para estudiar las oposiciones, decidiéndose a trabajar, pero una vez con dinero entiende que "el trabajo es un asco". Nada le satisface tiene todo el día ocupado entre los entrenamientos e impartir clases de mecanografía. Cuantas mas cosas tiene que hacer mejor se encuentra. Le gusta investigar todo, pero no acaba nada; se frustra continuamente.

No tiene amigos íntimos "yo me lo como y me lo trago" piensa que la gente no tiene que saber todo de él. Es conocido por muchas personas pero comentó que ERA LA UNICA VEZ que hablaba acerca de su vida.

Caso nº 7.- A. M. M., de 22 años, casado, natural y residente en Granada; desempeña trabajos eventuales; en la actualidad era funcionario del ayuntamiento por contrato de seis meses, de los que sólo cumplió dos, por su enfermedad.

Antecedentes familiares: padre de 58 años, funcionario de correos y concejal; madre de 50 años, enfermera; el enfermo es el tercero de cinco hermanos que por orden son: hermana de 27 años, separada,

trabaja en una editorial; hermana con 26 años; el enfermo; hermano de 15 años, y finalmente un hermano de 9 años ambos estudiantes. Antecedentes patológicos familiares: padre diabético y hermana fallecida por hemiplegia yatrogénica.

Cuadro actual.- Se presenta en la consulta de Respiratorio con P.N.E. derecho el 11 - Noviembre - 1.984, apareciendo el dolor por la mañana. Desde hacia dos meses se encontraba muy tenso, por no aceptar los padres de su compañera (separada) el hecho de que vivan juntos. De constitución leptosómica. Antecedentes patológicos personales: Estenosis pulmonar congénita, que le fué intervenida a los cuatro años de edad, e hiperhidrosis.

Datos psicobiográficos.- Su padre piensa que es un descuidado, que pone poco interés en todo. Se limitaba a sus amigos. De pequeño le temía, se portaba dominante con el resto de sus hermanos. Por parte de su madre, él era su protegido por el problema cardíaco de su infancia "me he servido siempre de esta situación".

De su periodo escolar recuerda que era revoltoso "mis amigos eran los mas gamberros". Fué desinteresado en los estudios, pero salieron bien. En el bachiller asistía a clases nocturnas, aprovechando el día para divertirse con sus amigos.

En cuanto a su trabajo, comunicó a su padre que iba a trabajar en un "pub" durante seis meses, propuesta que rechazó rotundamente, pero la llevó a cabo; surgieron dificultades entre los socios y abandonó. Con posterioridad preparó unas oposiciones a correos, a las que no se presentó; lo que ocasionó de nuevo problemas en su casa. Mas tarde volvió al "pub", en el que su padre invirtió capital en esta ocasión; se repitió la quiebra y fracasó doblemente

de cara a la figura paterna.

Hoy día vive con una chica mayor que él y separada. La familia de él acepta esta situación; no así la de ella, con la que tienen muchos conflictos, hasta el punto de haber roto sus relaciones, hecho que provoca que el enfermo se encuentre muy nervioso. Esta era la situación previa a la aparición del dolor.

De todo lo que le invitábamos a hablar se reía, diciendo "no sé" "qué quereis que diga" y finalmente respondía brevemente. La primera entrevista fué a solas con el enfermo, en la segunda participó su esposa a quien recurría cada vez que se le preguntaba, con un "Sí, es así ¿no?".

Caso nº 8.- A. M. R., de 19 años, soltero, natural y domiciliado en Granada, camarero. Antecedentes familiares: padre de 52 años en baja laboral por enfermedad; madre de 48 años; el enfermo es el sexto de diez hermanos, de los cuales cuatro están casados. Antecedentes patológicos familiares: el padre padece depresión nerviosa desde hace un año, lo que lo mantiene inactivo; la madre está operada de vesícula y páncreas; una hermana falleció de leucemia y un hermano sufrió PN.E.

Cuadro actual.- Se presenta en la consulta de Respiratorio de la Residencia Ruiz de Alda con PN.E. izquierdo el 2 - Mayo - 1.985, iniciándose el dolor al levantarse por la mañana. De constitución leptosómica, presenta como antecedentes personales patológicos: gastritis hace un año, ya curada, varices superficiales en miembros inferiores, varicocele, algias musculares en espalda, calambres musculares, hipotensión ortostática e hiperhidrosis.

Datos psicobiográficos.- El enfermo contaba cinco años cuando murió su hermana de leucemia. Recuerda preguntarle a su madre por ella y verla llorar; "yo estaba muy unido a ella, me encontraba triste". En su casa siempre hubo "broncas"; cuando iba en busca de cariño, eran voces la respuesta, "no somos cariñosos, aunque estamos muy unidos no lo demostramos, he echado de menos el expresarlo". Sus padres han sufrido mucho para sacarlos adelante "lo que ha influido en los nervios de mi padre" primero pegaba y después preguntaba; piensa el enfermo "gracias a ésto ninguno nos hemos torcido: (ni drogados ni ladrones, etc.)" "aunque le ha faltado dar un poco de cariño "ya tiene mérito"". A veces pasaban tres, cuatro días sin verle "tiene buen corazón, pero tiene sus nervios".

Recuerda discusiones entre sus padres; él era quien "se cabreaba con mi madre". Todos los hermanos han llorado al verlos peleados. Siempre estuvo de parte de su madre aunque no llevase razón "mi padre tiene mucho genio "arma tacos", pero al día siguiente te viene con regalos".

Entre los hermanos no hay confianza.

No fué buen estudiante "mis padres se aburrían conmigo", pero ésto no preocupaba demasiado al padre porque trabajaba a todas horas. De su periodo escolar recuerda varios amigos. Antes pensaba que prefería trabajar, pero ahora le entusiasmaría estudiar.

El padre padece depresión nerviosa desde hace dos años (no comía, no hablaba), fué hospitalizado, pero pidió el alta voluntaria por problemas con otro enfermo. Desde hacía unos cinco meses había empeorado (le daba miedo estar solo). Además le han diagnosticado (en Octubre de 1.984) un tumor cerebral "yo no quería creerlo, pero he tenido que tomarlo".

El enfermo por esos días se sentía agotado, decaído; le comunicó a su madre que necesitaba descansar. Fechas en las que sufrió el PN.E.

Antes trabajaban en el bar de una residencia de ancianos, el padre, la madre, y los seis hermanos solteros, pero a raíz de la enfermedad paterna, el entrevistado se hizo cargo de todo. Piensa que el ambiente en el que trabaja es enfermizo, tiene todas las horas del día ocupadas, hasta las diez de la noche, que vuelven todos a casa, donde el padre permanece todo el día solo.

Duerme unas seis horas. Tarda en dormirse, tiene pesadillas y habla en sueños. No suele recordar los sueños, pero entre ellos: "Serpientes que se encuentra en caminos", "que es capitán general", "con su padre" etc.

Tiene novia, en la que ha encontrado el cariño que en su casa le faltó. Experiencia sexual positiva.

Fuma un paquete y medio/día.

Observaciones: la entrevista se realizó en el trabajo, ya que no dispone de ningún día libre. Pasa todo el tiempo en una excesiva actividad.

Caso nº 9.- D. N. M., de 24 años, casado, natural y domiciliado en Almuñécar, es camarero. Antecedentes familiares: padre de 67 años, pescador; madre de 64 años, sus labores; el enfermo es el último de siete hermanos, todos casados. Antecedentes patológicos familiares sin interés.

Cuadro actual.- Se presenta en Patología General del Hospital Clínico por PN.E. izquierdo el 10 - Octubre - 1.985. De constitución no claramente defi

nida. Sin antecedentes patológicos personales de interés.

Datos psicobiográficos.- Entre los padres ha habido "broncas". De vez en cuando el padre (cuando se emborrachaba), pegaba a la esposa, "yo lo sufría, pero veía que no podía hacer nada", en cambio uno de sus hermanos sí intervenía. El padre duro, severo, le pegaba por no trabajar, "le aborrecía", venía del trabajo y se acostaba. El enfermo discutía constantemente con él por motivos laborales, optando por no hablarle. Refiere que la madre "es muy nerviosa por todos los hijos que tuvo y a los que ha cuidado".

Asistió a la escuela hasta los trece años, pero a los diez simultaneaba estudios y trabajo; tenía amigos. No recuerda su comportamiento. Actividad la boral: primeramente entró de camarero en un restaurante con uno de los hermanos, pues "mi padre me presionaba para que trabajara", dejándolo después durante un año "pasaba de currelar, pero me encontraba más nervioso". En esta época la relación con el padre era pésima, no le hablaba. Al año siguiente al necesitar dinero, comienza de nuevo a trabajar. Se marchó al S.M. A su regreso trabajó por tem poradas, porque "no había más currelo". No está nada contento con lo que hace. Actualmente lleva un mes en paro. En este periodo y tras un esfuerzo mus cular importante apareció el PN.E.

De su vida sentimental: a los doce años comenzó a fijarse en las niñas, a los dieciocho tuvo la primera relación sexual que fué normal. Su vida sexual es positiva. Vive con una chica de veintiocho años (separada con un hijo). Al principio recelaba del hijo, pero le va bien con ambos.

No recuerda sueños.

En la primera entrevista mostró gran desinterés, se sonreía continuamente, jugaba con las manos, movía los pies siempre y estaba tremendamente inquieto. Al iniciar la segunda, sus primeras palabras fueron "¡otra vez!", acompañado de sonrisa.

Caso nº 10.- C. S. G., de 28 años, casado, con un hijo, natural de Alicante y residente en Granada, es metalúrgico. Antecedentes familiares: padre de 61 años, agricultor; madre de 59 años, sus labores; el enfermo es el tercero de cuatro hermanos de los cuales tres están casados. Antecedentes patológicos familiares: padre bronquítico, y el menor de los hermanos sufre "de nervios".

Cuadro actual.- Encamado en el Hospital Clínico con PN.E. derecho el 2 - Enero - 1.984; el dolor le surgió por la mañana, desapareciendo con reposo (por decisión del propio enfermo). En los días siguientes se iba a casar, estaba preocupado por si no salía bien, y el día anterior realizó ejercicio muscular (moviendo muebles). De constitución leptosómica, presenta como antecedentes patológicos personales: cefaleas, PN.E. derecho (18 - Julio - 83), anomalías en extremidades superiores e inferiores provocadas en el parto, que le dificultan el andar, trastorno del lenguaje, e hiperhidrosis.

Datos psicobiográficos.- Nació en Alicante mientras sus padres trabajaban de temporeros; se trasladaron a Francia por motivos laborales donde permanecieron desde sus tres años hasta los catorce. Sus padres siempre estaban trabajando por lo que estuvo internado en un colegio para minusválidos (S. Juan de Dios), a partir de los tres años. Sólo iba a casa los fines de semana, "mis padres pensaron que se

ría más cómodo un colegio de minusválidos". Siempre estaba solo en el colegio, aburrido. Cuando cambió a un colegio externo, "me encontraba raro, pero luego me agradaba porque salía más a la calle". Guarda mejores recuerdos de los maestros del internado que de los del otro centro, pues éstos le castigaban, pero a él no le importaba. Todos sus amigos eran franceses.

Los veranos regresaban a España para trabajar, en una de estas ocasiones (a los catorce años) que la madre creyó conveniente, permaneció en Granada en casa de unos tíos, mientras el resto de la familia regresaba a Francia. "Yo me encontraba raro en el colegio español, pues no sabía escribir, ni leer en español". Comenzó en tercero de E.G.B. con catorce años, "ésto no me agradaba, porque eran muy pequeños, me sentía acomplejado". Una vez la familia en Granada él deseaba hacerse mecánico, pero la madre no lo permitió, aunque al padre le daba igual, decidiéndose a comenzar electrónica, que abandonó. Se marchó a Francia a trabajar, pero por dificultades burocráticas allí, regresó a España; desde entonces trabaja en una fábrica.

Recuerda que el padre era autoritario, le regañaba bastante, y siempre estaba trabajando. La madre se comportaba de forma hiperprotectora con todos sus hijos; ante las regañinas del padre ella suavizaba. El matrimonio de los padres es disarmónico. Entre los hermanos hubo escasa relación, aunque el mayor cuidaba de los demás, cuando los padres se ausentaban por motivos laborales.

No le da importancia a la amistad, "he estado siempre solo, no tenía palabra, no hablaba, continuo lo mismo, pero no me importa".

La primera relación sentimental sucedió a los

veintiun años con su actual esposa. Se malhumoraba porque "no me salió comunicarle nada, era un querer y no poder", tenía miedo al ridículo.

No recuerdo sueños apenas.

Ante nuestras iniciativas respondió "no sé", "no me acuerdo", mientras sonreía y miraba al suelo. En los momentos en los que la esposa estaba presente, el "no sé; no me acuerdo", hasta la sonrisa iba dirigida a ella, quien le aclaraba nuestras preguntas, e insistía, en no saber nada. Presentaba gran dificultad al vocalizar, junto a una falta de expresión oral marcada.

Fuma unos veinte cigarrillos/día.

Caso nº 11.- J. C. G., de 36 años, casado, con dos hijos natural de Granada, con domicilio en Guadalajara, pertenece al Cuerpo G.E.O. de policía. Antecedentes familiares: padre de 80 años que trabajaba en Sierra Nevada; madre de 75 años, sus labores; el enfermo es el último de cuatro hermanos. Antecedentes patológicos familiares: madre con artrosis deformante; la primogénita padeció pulmonía en la infancia y uno de los hermanos padece cefaleas frecuentes.

Cuadro actual.- Se presenta en la consulta de Respiratorio de la Residencia Ruiz de Alda, donde le diagnosticaron PN.E. total derecho recidivante el 8 - Julio - 1.985. De constitución leptosómica refiere los siguientes antecedentes patológicos personales: cefaleas postpandriales, resfriados de vías altas, sinusitis, neumonía a los cinco años, PN.E. derecho (hace ocho años, en Octubre), sensación de vómito cuando viaja, hiperhidrosis, y peso irregular.

Datos psicobiográficos.- Vivió en Sierra Nevada hasta los siete años con su familia "con una vida muy sana y agradable". Recuerda conformarse con poco, en cambio nota a los hijos insatisfechos. Cuando comenzó la escuela vivía en la casa de una señora en Granada, mientras su familia permanecía en la sierra. Se encontraba diferente al resto de sus compañeros porque estaba fuera del hogar, "vivía solo, echaba de menos a mis padres". Recuerda que en una ocasión un maestro le pegó por jugar, otra vez por algo que no hizo, pero de lo que se confesó autor por la insistencia de los profesores. La primera escuela era mixta pero con separación de niños y niñas en los juegos, en la iglesia, etc. Lo admitieron "por enchufe", situación que percibía. A los diez años ingresó en el Seminario (por económico) donde "nunca me encontré cómodo, totalmente encerrado, con una disciplina espartana". Sentía miedo. Permaneció seis años, en los cuales se difuminó el miedo, pero a la vez era insoportable la estancia. A los padres veía poco. Tuvo relación con compañeros pero sin llegar a una amistad. "Los curas eran gente muy dura, no perdonan a ninguno, ahora veo que no era sistema, pero no podía rebelarme porque la expulsión era inmediata". Comunicó a un superior su deseo de dejar el seminario, éste llamó al padre ante lo que "tuve que agachar las orejas". Decidió irse ocasionando un trauma familiar, su padre no lo aceptaba. Estuvo unos meses en el hogar; decidió trabajar en una tienda que abandonó poco después para empezar en dos bares a la vez; agotado, con sueño, desistió de nuevo. Regresó a la casa paterna, pero el padre le obligó a volver a Granada con ideas de trabajo. Marchó al S.M. fuera durante tres meses, regresando a Granada por estar "enchufado". Donde se hizo de un buen amigo, con el que mas tarde tuvo problemas,

dejando de hablarle, y decidiendo el enfermo entrar en la policía para llevarle la contraria. Al finalizar el S.M. viajó a Cadiz, donde conoció a su actual esposa. "Allí empezó la tragedia", pues entró en la Academia de Policía, con defensa personal y disciplina exagerada. "Era peor que todo, no comía nada, adelgacé, con catarros, etc., así estuve tres meses, porque más no lo hubiese aguantado". Le trasladaron a Badajoz, allí "siempre tenía la idea de irme, de fracaso en caso de que abandonara; a la vez pensaba que si los demás lo soportaban también yo". Volvió a Granada, se recuperó, pero lo trasladaron primero a Madrid y después a Cadiz, donde permaneció cuatro años, durante los que se casó. Se iba estabilizando en el trabajo, cuando pidió ser trasladado al País Vasco (para conseguir antes establecerse en Granada). Debido al exceso de actividad regresó a Cadiz, y más tarde va a Guadalajara donde reside. Solo tiene amistades de la policía, por los sucesivos cambios de domicilio; recuerda que con su amigo del S.M., pasó de compartir todo a separarse, "la amistad son circunstancias".

La figura paterna "de mentalidad muy atrasada, no hubo diálogo, nunca me rebelé contra él, ya que todo consistía en ver, oír y callar". No menciona aspectos negativos en la figura materna. El matrimonio entre sus padres era disarmónico. Los hermanos entre sí son muy distintos, "pero nos complementamos".

Respecto a su matrimonio: "no me volvería a casar, pues se gana estabilidad, pero se encuentran obligaciones, creo que lo hago bien, pero me queda la duda".

No recuerda sueños. No le gusta que le contradigan.

En el seminario el mundo del sexo no existía "si en algun momento pensé en algo, era porque estaba prohibido"; al salir del centro le daba vergüenza hablar con la gente. "Ha transcurrido poco tiempo entre el espabilamiento y el casamiento". Sexualmente su vida de casado es normal.

Ambos PN.E., le sucedieron en Granada en casa de los padres, mientras disfrutaba de vacaciones con la esposa e hijos.

Caso nº 12.- J. C. G., de 18 años, soltero, natural y residente en Baza, estudia cuarto de administrativo. Antecedentes familiares: padre de 48 años, trabaja en un taller; madre de 47 años, sus labores; el enfermo es el tercero de cuatro hermanos, todos varones excepto una hermana.

Cuadro actual.- Se presenta en la consulta de Patología General del Hospital Clínico con PN.E. de recho completo el 26 - Octubre - 1.984. De constitución leptosómica. No presenta antecedentes patológicos personales, salvo gastritis a los diez años.

Datos psicobiográficos.- El padre trabaja en un taller donde el entrevistado colabora como administrativo, además de asistir a las clases, practicar regularmente el fútbol y de ser entrenador de atletismo. Recuerda que su padre le insistía para que le acompañase en sus viajes, pero prefería quedarse e ir a trabajar para jugar al fútbol, incluso se escapaba de casa por el mismo motivo, lo que ocasionaba castigos por parte paterna, al que el enfermo temía. Refiere que el padre tiene mucho temperamento, muy machista, pero "no ve el mal". "Actualmente está mas sensible, mejor. Siempre quiere ayudar a todo el mundo. Está agotado del trabajo". El

enfermo sabe como manejarle, en cambio los hermanos acababan discutiendo con él; "mi padre se fugó de casa de sus padres, así que no le han enseñado a hacer las cosas bien, pero es bueno". La madre dedicada a ayudar a todos, incluso a escondidas del esposo le permitía jugar al fútbol. El matrimonio entre padres funciona bien; la relación entre hermanos es buena.

Respecto a su etapa escolar, contaba con bastantes amigos, apreciaba que la clase estaba dividida social y económicamente. Destaca a uno al que quería, lo mimaba, lo cuidaba pero se trasladó a otra ciudad. El enfermo era travieso "loquillo, me tomaban el pelo, pero yo reía a la buena de Dios". Ahora ha cambiado. En administrativo tuvo problemas con el profesorado, ocasionándole disputas con los padres. Era frecuente la idea de los padres para que abandonase los deportes y dedicara más tiempo a los estudios (la madre uno de los días de la entrevista dijo que tenía que dejar el deporte). Recuerda que entre los trece y quince años creía tener amigos, pero no era así, desde entonces piensa todo antes de actuar. Los pocos que tenía por motivos laborales están fuera y no mantiene relaciones con ellos.

De su vida sentimental: a los nueve años empieza a darse cuenta de la existencia del otro sexo, a los trece se relacionó con una amiga "por placer personal, pero no me daba cuenta". Hoy día tiene novia, con la que mantiene una relación muy positiva.

Sueña con frecuencia, verbigracia: cree estar en una explanada donde ve algo que va y viene, aumentando de tamaño, cayéndose él al suelo.

Lo que más valora es el saber tomar decisiones, la fuerza de voluntad, y "el bien", que es fundamental para él; desecha el egoísmo. Con lo que mejor se encuentra es con el deporte.

Observamos que el paciente hablaba de manera continua del bien, y del mal, del egoísmo, de la verdad, etc., al igual que lo mismo defendió al padre, atribuyéndole expresiones positivas, que decía "como se fué de casa de sus padres no ha sabido hacerlo bien". Desde que practica fútbol y entrena en casa ha tenido dificultades por parte de los padres que insistían en que no debería dedicarse tanto tiempo al deporte, consejos que el enfermo no escuchaba. El PN.E. le apareció un día antes de un desplazamiento para jugar al fútbol.

Caso nº 13.- A. M. H., de 21 años, soltero, natural de Madrid, reside en Barcelona, mientras su familia permanece en Granada, es camarero. Antecedentes familiares: padres sanos; el enfermo es el segundo de cuatro hermanos, es gemelo de una chica; todos estudian salvo él.

Cuadro actual.- Acude a la consulta de Respiratorio de la Residencia Ruiz de Alda, por PN.E. derecho el 16 - Octubre - 1.985. De constitución leptosómica. Antecedentes patológicos personales: refiere dos PN.E. derechos con anterioridad, hubo pérdida de peso desde el primer episodio respiratorio que no ha recuperado aún. De aspecto triste y poco comunicativo.

Datos psicobiográficos.- El matrimonio de sus padres funciona mal, con constantes riñas por causas económicas. De la escuela sólo recuerda pasárselo muy bien. Los recuerdos de su infancia son normales. El padre es de ideas fijas, la madre siempre callada. No tiene confianza con ningún miembro de la familia; es el que da la cara, por eso "soy el oveja negra". Sus hermanos lo consideran el mimado, pero él no lo cree.

El enfermo deseaba salir de su casa y vivir in dependiente. Se marchó a Barcelona de camarero, pese a la oposición familiar, "era un disparate". Por su exceso de trabajo está agotado, tarda en conciliar el sueño, duerme poco, nervioso durante el día, con mal estado general, incluso se levanta cansado por las mañanas. En estas condiciones tomó vacaciones regresando a Granada con sus padres, cuando le surgió el PN.E. Siempre tuvo miedo después del primer episodio respiratorio a una recidiva.

Su vida sentimental es positiva.

Caso nº 14.- I. G. M., de 25 años, soltera, natural y residente en Granada, trabaja en el comedor de un hotel. Antecedentes familiares: padre de 58 años, taxista; madre de 54 años, sus labores; la enferma es la cuarta de cinco hermanos, uno de ellos casado, otro separado y dos solteros, todos obreros. Antecedentes patológicos familiares: el padre padece asma.

Cuadro actual.- Enferma que acude a Patología General del Hospital Clínico con PN.E., izquierdo que cedió con reposo. Le apareció el dolor por la mañana. De constitución leptosómica cuenta con los antecedentes patológicos siguientes: cefaleas frecuentes, insomnio precoz, se despierta durante la noche, a veces sobresaltada, pesadez gástrica post-pandrial, náuseas (que empeoran cuando está nerviosa), varices superficiales en extremidades inferiores, palpitaciones por tensiones, algias lumbosacras, erupciones cutáneas en piernas en el momento de su hospitalización, y por último anorexia.

Datos psicobiográficos.- De su infancia guarda recuerdos muy malos, porque le pegaban bastante. Des

de los nueve años trabajó a la vez que cuidaba a uno de sus hermanos en casa, mientras la madre trabajaba fuera, "lloraba pero no me quedaba mas remedio". A los diez años marchó a Mallorca por prescripción médica a causa de "mareos continuos". Allí residió en casa de unos tíos unos ocho meses. Su tía abusaba de ella porque pretendía que cuidara a su hija pequeña mientras las otras asistían al colegio. La directora habló con la tía, de modo que la enferma ingresó en el colegio, a cambio de una disminución en el pago del centro por sus hijos. Su tío era "un borracho", le pegaba a su esposa y "yo lo sufría". La entrevistada al hablar por teléfono con la madre sólo decía que viniesen por ella (pues la tía permanecía delante). Mientras tanto la volvió a retirar del colegio, reingresando gracias a las monjas. Era el único lugar donde se encontraba contenta, le agradaba. Regresó con sus padres e inmediatamente se colocó como empleada de hogar y mas tarde en un restaurante. Lo que pretendía era comprarle un taxi al padre. Mas tarde y hasta la actual enfermedad sirve en el comedor de un hotel.

De la figura paterna recuerda que le engañaron unos árabes mientras era taxista pasándolo a Bélgica. No tuvieron noticias de él en meses (visitaban depósitos de cadáveres esperando reconocerlo). Lo pasó mal toda la familia, y su madre preocupada "lo pagaba con ella". "Mi padre es muy depresivo, muy bueno, es un encanto, no tiene nada suyo". En una época bebía bastante, momentos en los que pegaba a la esposa. A la madre la admira ha hecho todo lo posible para sacar a sus hijos adelante, pero "a veces la odio". Antes la prefería, pero la ha desengañado, todo lo dice a voces, y hasta algunos aspectos de su forma de ser no los soporta. En este momento se echó a llorar, continuando al día siguiente

te. Acerca del matrimonio entre sus padres: "mi madre tiene mucho genio, en cambio mi padre es tranquilo, no pueden pasar el uno sin el otro, pero las voces son permanentes". La madre lleva "la voz cantante".

La entrevistada el año pasado se marchó de casa yéndose a vivir a casa de una amiga (viuda), con la que iba todo bien, pero el carácter dominante de la compañera deprimía progresivamente a la paciente, además la estimulaba de manera pertinaz para que probase "cocaína", que aliviaría sus conflictos, cedió, pero al tiempo abandonó pues comenzaba a habituarse. "Yo era la que ganaba el dinero y ella disponía". La paciente se quedó embarazada "estaba triste, pero a la vez era la única ocasión en la que tenía algo mio", pero la amiga le dió a elegir entre quedarse en su casa sin hijo, o tener que irse ambas, decidiéndose por el aborto, hecho que la sumió en una depresión. Al tiempo, vivió sola, sufriendo un robo que la decidió a regresar a casa de los padres. Tenía disputas con una cuñada que igualmente residía en el mismo hogar; "me dolió la postura de mi madre porque prefería antes a ella que a mí". En una ocasión escuchó comentarios muy desagradables a la madre acerca de ella. "A veces me vengo abajo", "he pensado en el suicidio, tengo sensación de ahogo, de pena, tengo que suspirar para liberarme".

Trabaja sirviendo en el comedor de un hotel, donde permanece hasta la noche, regresando a su casa. Desde hace cinco años mantiene relaciones con un hombre casado y con hijos, que resulta ser hijo de la directora del hotel. Está insatisfecha de la relación "me da asco su cuerpo". Enterada su esposa surgieron problemas. Con la madre del joven tiene tensiones diarias, pues conocía su relación, junto a otros motivos.

En la actualidad estaba dada de baja por depre
sión, momentos en los que ocurrió el PN.E.

No recuerda los sueños. Tiene dos amigas a las que quiere. Anhela salir de su casa, del trabajo ac
tual, abrir una tienda y no depender de nadie. Fuma de uno a dos paquetes al día.

Observaciones: de muy bajo nivel cultural, se expresa deficitariamente, desconoce los significados de las palabras vulgares. Se mostraba inquieta, intranquila. Nos pidió consejo para elegir a un psi
quiatra.

Caso nº 15.- I. M. G., soltero, de 22 años, es
tudia quinto de Derecho, natural de Cartagena, con residencia en Granada. Antecedentes familiares: padre de 58 años, inspector de Hacienda; madre de 51 años, sus labores; el enfermo es el tercero de cuatro hermanos, uno de ellos casado, médico, los demás solteros y estudiantes. Antecedentes patológicos familiares sin interés.

Cuadro actual.- Acude al Hospital Clínico por PN.E., izquierdo el 10 - Noviembre - 1.984; necesitó tratamiento quirúrgico. De constitución leptosómica refiere como antecedentes personales patológicos: cefaleas, amigdalitis, miopía, tres PN.E., izquierdos anteriores al actual, meteorismo, intervenido de apendicitis y resto de aparatos normales.

Datos psicobiográficos.- En su infancia vivía en Jaén; siempre deseaba actuar igual que su hermano inmediatamente mayor; guarda buenos recuerdos de una casa de campo. Se llevaba muy bien con su abuelo materno; las temporadas en las que vivían juntos dormían en la misma cama. Escolaridad: En párvulos coincidió con una hermana a la que estaba muy unido.

El era obediente; no tenía amigos. Comenzó E.G.B., en un colegio de sacerdotes coincidiendo con un hermano hasta segundo de B.U.P. Al principio estaba cómodo, pero después se sentía controlado. De los profesores conserva desiguales recuerdos, alguno le pegaba, inventándose en ocasiones el estar enfermo para no asistir a las clases porque estaba asustado. Pasó de ser el último al primero de la clase al unirse a otro amigo, consiguiendo que los profesores tuviesen confianza en él, y a partir de entonces no se esforzó. Cuando toda la familia se trasladó a Granada, él eligió un centro privado, no quería "curas" "después me enteré de que iban los que no aprobaban en otros lugares, y debido a mi nivel más alto, lo pasé mal, unido al cambio de ambiente". En C.O.U. no iba a las clases, pero se lo permitían por sus buenas calificaciones. Sus amigos de entonces son los de ahora e incluso realizan todos la misma carrera. El deseaba comenzar Bellas Artes y Solfeo, su familia y sobre todo su padre lo animaron con insistencia para estudiar derecho", yo sabía que haría derecho, pero me negaba a hacer lo de todo el mundo". Es una persona muy preocupada por sus estudios. Respecto al padre: "somos muy parecidos, por lo que no nos llevamos bien", "es muy tajante a la hora de llevar la razón". De pequeño recuerda asustarse porque le pegaba. A los hijos no los estimulaba con las notas escolares y "de la carrera no se entera". Su madre se preocupa más por él, le ha mostrado más cariño. Tiene preferencia por sus hermanas. De sus hermanos él es el más independiente. Hoy ve a su hermano mayor de igual a igual. Simultáneamente a su carrera entró a formar parte de un grupo musical con el que tenía ensayos diarios, la gente se retrasaba, lo que ocasionaba discusiones frecuentes, el entrevistado sentía que le robaba

tiempo de sus estudios, "yo estaba tenso, stressado". Los contrataron y hubo dificultades, acabando mal entre los componentes del grupo. Pasado un tiempo y aún sin acabar el curso, se marchó a Cádiz (con su abuelo), apareciéndole durante el viaje el primer episodio de PN.E. El actual tuvo lugar al acabar los exámenes, cuando se disponía a tomar las vacaciones. La madre comentó "estudia demasiado, se preocupa desde siempre bastante por los estudios". No recuerda sueños a menudo. Le hubiese gustado por encima de todo estudiar música. De carácter aprensivo, "a raíz del último PN.E., comprendí que me debo preocupar por aquello que realmente merezca la pena". Cuando está ocupado es cuando se encuentra más estable.

Caso nº 16.- C. P. M., de 21 años, soltera, natural y residente en Granada, es estudiante. Antecedentes familiares iguales a caso nº 2 (son hermanos).

Cuadro actual.- Acude a la consulta de Respiratorio del Hospital Clínico con un PN.E., derecho el 5 - Julio - 1.984, desencadenándose el dolor por la mañana. Coincide con problemas entre los padres, que ya existían hacía unos cinco años, y con los últimos exámenes, por los que había estado preocupada, sumado a lo más importante: ella misma lo achacó a preocupaciones sentimentales unos días antes. De constitución no claramente definida, no padece patología alguna.

Datos psicobiográficos.- De su infancia no recuerda nada hasta los diez años. Su padre no ha sabido relacionarse con los hijos, ha sido superficial y serio, "no expresa sentimientos", ella tampoco le ha confiado nada. Su madre lo hizo mejor: la enfer-

ma tiene más confianza con ella.

De su periodo escolar: estuvo hasta sexto de primaria con la hermana mayor; cambió a un colegio de monjas donde estudió en la misma aula que su hermana más pequeña hasta primero de B.U.P. Las comparaban con la mayor constantemente. Durante las clases "me las pasaba en tensión todo el rato, mirando el reloj". A veces salía a hacer deporte y entraba relajada. Recuerda a una monja que "se metía con nosotros siempre, hasta me separaba de mi prima cuando nos veía juntas". Siempre le han quedado asignaturas para Septiembre. No participaba en las clases, le daba miedo. Repitió sexto curso. En el instituto repitió primero de B.U.P., nocturno, lo que ocasionó problemas en su casa. Aquí uno de los profesores la ayudo a salir de su aislamiento, se sentía mejor, sus amistades eran distintas a las de su hermana, etc. Aunque hasta C.O.U. (en la actualidad) no tuvo amigos, pues desde pequeña pasaba los fines de semana con su familia en el campo, relacionándose sólo con sus primos.

Han existido múltiples y acusados problemas entre los padres (remitimos caso nº 2) lo que la mantenía desde hacía años en tensión y preocupada. Actualmente estaba de alguna manera angustiada pues un compañero de clase del que se enamoró se trasladó a otra ciudad, siendo a los pocos días de su marcha cuando le surgió el P.N.E. No ha tenido relaciones sexuales, sólo en sueños. Todas sus tensiones las descarga con el deporte, con la lectura frecuente, ("para evadirme de la realidad"), y con la religión ("como no comunico nada, al menos sola hablo con Dios, además, posiblemente, si tuviese personas no actuaría así").

Le agradaría ser profesora de gimnasia. Refi-

riéndonos a sueños, no los recuerda con frecuencia. De ellos se le repite el subir por una escalera de caracol que se acaba, caerse a un hoyo y volver a caer; volar; con miembros de su familia que son apuñalados, etc.

Caso nº 17.- F. N. P., de 28 años, casado con un hijo, natural de Granada, con residencia en un pueblo malagueño, cursó Ciencias Empresariales, pero se dedica a la agricultura. Antecedentes familiares: padre de 60 años, agricultor; madre de 54 años, sus labores; el enfermo es el primero de cuatro hermanos, uno abogado y los demás estudiantes. Sin antecedentes patológicos de interés.

Cuadro actual.- Se presenta en Patología General del Hospital Clínico con PN.E. izquierdo el 3 - Enero - 1.985, que apareció por la mañana. De constitución leptosómica. Antecedentes patológicos: sinusitis hipertrófica derecha, PN.E. izquierdo y gastroduodenitis ya curada.

Datos psicobiográficos.- En la infancia vivía en un pueblo malagueño, siendo sus recuerdos hasta los nueve años buenos. Asistía a la escuela con un primo, siendo castigados ambos el primer día de clase. Mas tarde sus padres lo internaron en un colegio de jesuitas en Málaga, "desperdicié primero y segundo, pero me lo pasé bien, aunque no tanto en tercero y cuarto". Estaba cansado de no salir a la calle, no ir a su casa y de los horarios. El profesorado de la escuela en el pueblo era normal; de sus profesores jesuitas dice le son indiferentes. Aún conserva un amigo de instituto. En quinto de bachiller los jesuitas le dieron a elegir entre repetir o irse, ante lo que los padres le internaron en un centro famoso por su disciplina en un pueblo de Má-

laga, de donde escapó meses después, provocando riñas con la familia. Mas tarde le enviaron a internados en Granada y en un pueblo de su provincia. "Me hubiese agradado estar más en casa". Volvió a Granada a realizar Ciencias Empresariales. Tras acabar pensó preparar oposiciones pero ante los problemas económicos y laborales de su familia decidió ayudar a su padre en la agricultura.

El padre era el que siempre llevó la voz cantante. Pero sus relaciones mejoraron, cuando el enfermo optó por colaborar en su trabajo. La figura materna es la "típica madre". El matrimonio de los padres funciona "porque mi madre acata lo que él desea". No hubo preferencias por parte de los padres hacia él.

De su matrimonio el enfermo opina que "va bien", aunque vivían separados mientras ella preparaba oposiciones, quedando el hijo con los abuelos en otro pueblo. "El papel de padre lo hago mal porque no veo a mi hijo". Actualmente los tres viven juntos. Cuando le surgió el P.N.E., se encontraba agotado por el exceso de horas laborales.

Es poco comunicativo, ofrecía bastante resistencia a nuestras preguntas, y era conciso en las respuestas. Siempre hubo cierta sonrisa de desconfianza en su rostro.

Caso nº 18.— S. M. M., de 12 años de edad, mujer, natural y residente en Granada, estudia séptimo de E.G.B. Antecedentes familiares: Padre de 51 años, registrador de propiedad; madre de 47 años, profesora (sin ejercicio), sus labores; es la tercera de cuatro hermanos. Antecedentes patológicos familiares: padre con úlcera gástrica.

laga, de donde escapó meses después, provocando riñas con la familia. Mas tarde le enviaron a internados en Granada y en un pueblo de su provincia. "Me hubiese agrado estar más en casa". Volvió a Granada a realizar Ciencias Empresariales. Tras acabar pensó preparar oposiciones pero ante los problemas económicos y laborales de su familia decidió ayudar a su padre en la agricultura.

El padre era el que siempre llevó la voz cantante. Pero sus relaciones mejoraron, cuando el enfermo optó por colaborar en su trabajo. La figura materna es la "típica madre". El matrimonio de los padres funciona "porque mi madre acata lo que él desea". No hubo preferencias por parte de los padres hacia él.

De su matrimonio el enfermo opina que "va bien", aunque vivían separados mientras ella preparaba oposiciones, quedando el hijo con los abuelos en otro pueblo. "El papel de padre lo hago mal porque no veo a mi hijo". Actualmente los tres viven juntos. Cuando le surgió el P.N.E., se encontraba agotado por el exceso de horas laborales.

Es poco comunicativo, ofrecía bastante resistencia a nuestras preguntas, y era conciso en las respuestas. Siempre hubo cierta sonrisa de desconfianza en su rostro.

Caso nº 18. - S. M. M., de 12 años de edad, mujer, natural y residente en Granada, estudia séptimo de E.G.B. Antecedentes familiares: Padre de 51 años, registrador de propiedad; madre de 47 años, profesora (sin ejercicio), sus labores; es la tercera de cuatro hermanos. Antecedentes patológicos familiares: padre con úlcera gástrica.

Cuadro actual.- Entra por Urgencias Externas del Hospital Clínico con PN.E., derecho el 8 - Mayo - 1.985. De constitución leptosómica. Antecedentes patológicos personales: padeció dos PN.E., anteriores, asma desde hace varios años (los dos últimos años los pasó bien), palpitaciones, erupciones cutáneas ante situaciones tensas, hiperhidrosis, manos frías, dolor en espalda y cefaleas frontales. Durante la hospitalización le aparecieron erupciones cutáneas "por los nervios que pasé en Recuperación" y cefaleas "por estar aquí encerrada, lo mismo me ocurre en el colegio".

Datos psicobiográficos.- Los veranos, aunque aprobase tenía que estudiar las materias del año siguiente: lloraba "estaba harta" era el padre quien la obligaba. "Pero ahora él está muy simpático, es muy bromista". La madre, tremendamente nerviosa e inquieta "me llevo bien con ella" se preocupa mucho de sus hijos. La enferma tiene todas las horas del día ocupadas, entre la escuela, un coro musical (es lo que mas le gusta) y clases de inglés "yo soy muy nerviosa" (cuando recibe las notas necesita que le aprieten las manos). Cuando cree que le van a preguntar se pone a temblar de nervios. Durante las clases se tiene que mover mucho, estirar las piernas, hablar bastante, etc. Sus amigas le comentan que es muy nerviosa. Los padres están contentos con sus calificaciones. Aborrece las matemáticas porque la profesora "se enfada horrores". El matrimonio de los padres es armónico. La relación entre hermanos es buena. Sus antiguas amigas no le caian bien, porque siempre estaban hablando de deberes, ahora tiene otras con las que se encuentra mejor, sobre todo con una de ellas. Recuerdo frecuentemente sueños, pero nunca acerca de situaciones tranquilas, sino de miedo. Sufre de vértigo, no le agrada estar en

una habitación cerrada, ni en un espigón. Piensa antes de dormirse en los niños pobres, en cómo se encontrará ella en el año 2.000. Como más feliz se encuentra es cantando.

Efectivamente como ella dijo es nerviosa, inquieta, su madre la llama "toca cosas". Tiene preocupaciones no frecuentes en niños de su edad. Parece haber aprendido la conducta "nerviosa" de la figura materna.

Caso nº 19.- M. Q. M., de 27 años, soltero, natural de Píñar (Granada), con residencia en Granada, estudiante de medicina. Antecedentes familiares: Padre fallecido en accidente, era agricultor; madre de 56 años, sus labores; el enfermo es el mayor de dos hermanos. Antecedentes patológicos familiares: madre epiléptica.

Cuadro actual.- Diagnosticado en el Hospital Clínico de P.N.E. izquierdo el 27 - Agosto - 1.979; el dolor le apareció por la mañana. De constitución no claramente definida, presenta cefaleas frecuentes, resto de aparatos sin interés.

Datos psicobiográficos.- La madre padece epilepsia desde los 12 años, repitiéndole los ataques dos o tres veces por año. El enfermo recuerda que hasta los 19-20 años fué un hijo problemático, riñas con el padre, etc., incluso se fué de casa; aunque con el tiempo mejoró su relación con él. Desde los diez años permaneció internado en un colegio hasta C.O.U., regresando a casa exclusivamente los fines de semana. Al principio se encontraba integrado, pero "al final necesitaba independencia". A sus padres no les preocupaban sus estudios. Tuvo buenos amigos en esta época. El padre trábajaba en el campo, pero

al morir el hijo se hizo cargo de todo, por lo que perdió tres cursos de la carrera, desde entonces se notó "sobrecogido, con muchas cosas que hacer"; siendo más tarde cuando sufrió el PN.E. El matrimonio de los padres era armónico. La madre le prefería a él "me quería más". Sus tíos dicen que en su casa él hace lo que desea. Es extrovertido "doy la imagen de despreocupado, y no lo soy; soy medianamente responsable, más de lo que aparento; se me ha acentuado desde la muerte de mi padre".

Caso nº 20.- J. A. L. L., de 18 años, soltero, natural de Jayena (Jaén); residente en Granada por cursar primero de telecomunicaciones, mientras los padres permanecen en el pueblo. Antecedentes familiares: padre de 52 años, está al cargo de un establecimiento alimenticio; madre de 50 años, sus labores; el enfermo es el último de dos hermanos. Antecedentes patológicos familiares: madre con patología hepática. Resto sin interés.

Cuadro actual.- Llega a la consulta de Patología General con PN.E. izquierdo el 27 - Agosto - 1.985; el dolor le sobrevino a las cuatro de la tarde mientras preparaba un examen. De constitución leptosómica, no padece patología alguna previa.

Datos psicobiográficos.- La figura paterna, dominante, con mal genio "mi padre intenta vivir su época, pero lo entiendo". Mantienen unas aceptables relaciones. La madre es muy comprensiva. Convive con ellos un tío suyo. De la escolaridad el enfermo refiere que estuvo internado en el seminario desde los diez años hasta primero de B.U.P., junto a su hermano, por quien se sentía cuidado, siempre le estimó. Recuerda que al principio era agradable pues jugaba bastante, pero con el tiempo "me agobiaba"

"no te dejaban mostrar tu personalidad". Destaca su amistad con dos compañeros. Abandonó el seminario, por propia iniciativa, después de Navidad. "Antes me encontraba mas nervioso, en cambio ahora mas tranquilo". Desde entonces compartió un piso con su hermano en Granada, hasta este año que él residía con otros dos amigos. Este curso dormía poco, porque tenía las clases por las mañanas, a las que iba sin acostarse, por quedarse durante la noche estudiando. Cuando le surgió el PN.E. estaba en casa de sus padres preparando un examen. Durante las épocas de exámenes sueña con ellos.

No colaboró, era poco hablador, muy breve; parecía que todo marchaba bien.

Caso nº 21.- F. J. S., de 58 años, casado, natural y residente en Pinos Puente (Granada), es agricultor. Antecedentes familiares: Padres y un hermano fallecidos; el enfermo es el último de seis hermanos. El penúltimo de los hermanos padece de "asfixia".

Cuadro actual.- Acude a la consulta de Respiratorio de la Residencia Ruiz de Alda por PN.E. derecho el 6 - Mayo - 1.985, apareciendo el dolor por la tarde mientras realizaba las tareas del campo. De constitución no claramente definida. Antecedentes patológicos personales: úlcera gástrica que remitió (dejó el tabaco hace tres años) tos y expectoración matutina, enuresis nocturna desde los 8 a los 14 años de edad, operado de hernia inginal, con recidiva actual, manos y pies frios.

Datos psicobiográficos.- Su padre murió cuando él contaba dos años de edad. De él sabe por la madre que "era nerviosillo, de mal genio y dominantillo".

De él conserva vagos recuerdos: "no le tengo el cariño que le debería de tener". En casa de sus padres había dos objetos que pertenecían al padre, (una foto) que al morir la madre, llevó a su casa actual. "Hemos tenido una juventud muy mala, desde los diez años empecé a trabajar, cuidando cerdos, en bares, en granjas, de albañil, hasta en el campo como hoy día". Abandonó pronto la escuela, además asistía a sus clases nocturnas para trabajar durante el día. Al regresar del S.M., casados sus hermanos, vivió sólo con la madre. Ella era muy trabajadora, lo mimaba, lo que ocasionó disputas de uno de los hermanos con el enfermo. "Con ella me llevaba bien, pero yo rabiaba porque mi madre trabajaba demasiado". Cuando el hijo salía, le esperaba despierta. "Nunca perdí un día en las labores del campo por diversión". Todos los recuerdos alrededor de la figura materna son de sacrificio y colmada de obligaciones. En algunas ocasiones encerraba a los hijos en una habitación, e incluso si no la obedecían llamaba a un tío de éstos para que les regañase. Del matrimonio de los padres sabe que la madre no quería relaciones sexuales con su esposo "ella era muy egoísta". La relación entre hermanos era normal, salvo con uno de ellos con quien tuvo problemas como anteriormente señalamos. Se encontraba "muy a gusto" con la abuela materna y con unos primos que vivían próximos. Reconoce parecerse mucho a su madre "el preocuparme de las circunstancias de mi casa, hijos, trabajo, etc.". De su actual familia; piensa que su esposa en su juventud no vivió con tantas penalidades; lo que determina que sea él quien se preocupa por los hijos, etc. Está descontento de las relaciones sexuales con su esposa, "ella nunca está en condiciones. Me gustaría que ella me buscara".

Antes recordaba sus sueños, pero en la actuali

dad no, aunque sabe por su mujer, que da voces durante la noche, que hacen referencia a preocupaciones por el campo, por las hijas, etc.

Para finalizar lo mas importante es centrarnos en que ocurrió poco tiempo antes al PN.E. Nos relató que uno de los hermanos casado, que vivía en otra ciudad, enfermo desde hacía años, le escribía a menudo, sin que el entrevistado le contestase. Decidido a hacerlo recibió una carta en la que le comunicaban que había fallecido, "estaba triste, me cayó muy hondo", "ahora me queda pena de mi comportamiento hacia él".

Caso nº 22.- A. L. D., de 18 años, soltero, natural y domiciliado en Granada, estudia C.O.U. Antecedentes familiares: padre de 54 años, agricultor; madre de 50 años, sus labores; el enfermo es el segundo de cinco hermanos, todos estudiantes. Antecedentes familiares patológicos: padre con molestias gástricas.

Cuadro actual.- Acude a Patología General del Hospital Clínico por PN.E. izquierdo el 9 - Mayo - 1.985, sucediéndole de madrugada mientras preparaba un examen. De constitución leptosómica. Sin antecedentes patológicos personales.

Datos psicobiográficos.- La hermana de dieciséis años desde los seis vive en casa de una tía (enfrente de la casa del enfermo), porque enviudó y "según ella está feo estar sola", "es como si vivieran ambas con nosotros". El padre vive con dos tíos en un pueblo granadino trabajando, sólo regresa a la casa los fines de semana. En la familia no ha existido buena relación dado que es una "casa abierta al vivir mi familia, los dos tíos y mi tía". De

pequeño el enfermo era el favorito del padre; ahora se ha dado cuenta que tiene ideas distintas a las de él; tiene problemas con él a causa de las motos y las chicas "siempre me echa en cara que con las niñas no voy a estudiar", "con rachas de mal genio. Siempre hay tensiones, no pasa un mes sin tensiones". Según el padre, está loco, es tonto por lo que el entrevistado a veces duda si lo que hace está bien o mal. La madre le identifica con su familia, sintiéndose orgulloso de la comparación. Ella prefiere al mayor de los hijos, "lo ve como un modelo". No se encuentra muy unido con la familia; "a mi hermano mayor si tengo que hablarle le hablo".

Del primer año escolar recuerda "gamberradas con la señorita"; ingresa en un colegio de "curas" donde era "normal de conducta". En segundo curso los estudios iban mal, pero fué en cuarto "un profesor me hizo lo que no hizo ni mi padre: me bajó los pantalones y me pegó", desde entonces se interesó por los estudios hasta octavo curso. Le obligaban a estudiar. Coincidió con el hermano mayor, pero no se relacionaban apenas. Recuerda un amigo. Se trasladó a un instituto en un barrio por temor a un profesor del anterior centro, situación no aceptada por los padres. Era mixto, no le obligaban a estudiar, el nivel era bajo había gente de todo tipo. Comenzó a descender las calificaciones; "mis padres si suspendo me lo reprochan, pero si apruebo no dicen nada". Sus compañeros eran los del primer colegio; el profesorado no mantenía posturas radicales.

Del matrimonio de los padres "de pequeño creía que se llevaban mal, ahora pienso que cada uno tiene sus intereses". Siempre discutían por cuestiones económicas, "hay mucho roce entre la familia de mi padre y la de mi madre". Al ser la madre la que mayor tiempo pasa con los hijos "ha influido sobre to

dos nosotros, se sirve para que apoyemos a su familia y rebajemos a la de mi padre; te comía el tarro". No mantiene buena relación con unos primos pues, al morir su padre, ocasionaron problemas a la hora de participar en los beneficios laborales del padre del entrevistado. Desde los trece años ayudaba al padre en las faenas del campo.

Se derrumba facilmente. Sus objetivos ahora son los estudios y las motos, pero "no quiero que sea así". Le gusta apoyarse en alguien, lo que con los amigos es positivo pero con las jovenes no ocurre igual, "no encuentro sinceridad, pero creo que el problema está en mí, pues las sobrevaloro". Piensa que hay dos tipos de mujeres, las que saben lo que desean y las que no "yo me he relacionado siempre con las segundas". "Si soy de esta manera para qué voy a ser de otra". Antes lo mas importante eran las mujeres, pero "ahora me he hartado".

De su futuro piensa que perdió su vocación en el instituto, ya que no había ritmo de trabajo; "el empollar se me da bien, porque en razonar estoy a cero". Siempre tuvo dos amigos, con uno de ellos ya no se relaciona, "no le gusta salir, ni las chicas, ni las motos".

Su actual enfermedad apareció a final de curso, "agobiado, y fundido", pasaba noches sin dormir. Es responsable con los estudios. Dias antes regresó de un viaje de estudios, durante el cual se encontraba nervioso, debido a que creía iba a comenzar una relación con una compañera, pero no fué así.

III. RESULTADOS

Después de haber realizado la recogida de datos, la ordenación de los mismos y de aplicarles el método estadístico, hemos obtenido los resultados que quedan expresados en las tablas y gráficos que siguen, y que comentaremos brevemente.

III C I. ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE LOS AÑOS (1.976 - 1.984).

Aparecen las frecuencias absolutas, las relativas incluyendo los no consta, y por último la frecuencia relativa suprimiendo el nº de individuos que no constan.

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
<u>TABLA I: SEXO.</u>			
- Varón	105	86,07	
- Hembra	17	13,93	

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
<u>TABLA II: ESTADO CIVIL.</u>			
- No consta	5	4,10	---
- Soltero	68	55,74	58,12
- Casado	49	40,16	41,88
- Viudo	0	0	0,00
- Divorciado	0	0	0,00

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
<u>TABLA III: EDAD.</u>			
- 10-15 años	5	4,10	
- 16-20 años	28	22,95	
- 21-25 años	42	34,43	
- 26-30 años	19	15,57	
- 31-35 años	8	6,56	
- 36-40 años	2	1,64	
- 41-45 años	2	1,64	
- Mas de 45 años	16	13,11	

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
<u>TABLA IV: Nº DE HERMANOS.</u>			
- No consta	41	33,61	---
- Uno	10	8,20	12,34
- Dos	20	16,39	24,69
- Tres	22	18,03	27,16
- Más de tres	26	21,31	32,10
- Ninguno	3	2,46	3,70

TABLA V: BIOTIPOS.

- No consta	46	37,70	---
- Leptosómico	50	40,98	65,79
- Atlético	12	9,84	15,79
- Pícnico	2	1,64	2,63
- No claramente definidos .	12	9,84	15,79

TABLA VI: NATURALEZA.

- No consta	6	4,92	---
- Granada (capital)	64	52,46	55,17
- Granada (provincia)	34	27,87	29,31
- Otras provincias	18	14,75	15,51

TABLA VII: RESIDENCIA.

- No consta	3	2,46	---
- Granada (capital)	71	58,20	59,66
- Granada (provincia)	36	29,51	30,25
- Otras provincias	12	9,84	10,08

TABLA VIII: COMARCA SANITARIA PROVINCIA DE GRANADA.

- No consta	3	2,46	---
- Baza	2	1,64	1,68
- Guadix	1	0,82	0,84
- Alpujarra	6	4,92	5,04

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- Costa	15	12,30	12,60
- Santa Fé. Loja	1	0,82	0,84
- Granada (capital)	84	68,85	70,59
- Otras provincias	10	8,20	8,40

TABLA IX: PROFESION.

- No consta	33	27,05	---
- Paro y sin profesión	1	0,82	1,12
- Labores domésticas	1	0,82	1,12
- Profesionales y empresa rios	10	8,20	11,23
- Profesiones artísticas ..	1	0,82	1,12
- Funcionarios	5	4,10	5,62
- Trabajadores agricolas ..	5	4,10	5,62
- Trabajadores industriales	3	2,46	3,37
- Trabajadores de servicios	12	9,84	13,48
- Dependientes de comercio.	6	4,92	6,74
- Camareros	8	6,56	8,99
- Estudiantes	37	30,33	41,57

TABLA X: SITUACION LABORAL.

- No consta	36	29,51	---
- Activo	74	60,66	86,04
- Baja	4	3,28	4,65
- Jubilado	5	4,10	5,81
- Paro	3	2,46	3,49

**TABLA XI: ANTECEDENTES FAMI
LIARES (PADRE).**

- No consta	29	23,77	---
- Sin interés	62	50,82	66,66
- Apto. Locomotor	1	0,82	1,07
- S.n.c.	3	2,46	3,22
- Respiratorios	8	6,56	8,60

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- Metabólicos	1	0,82	1,07
- Sist. Termorregulador	0	0	0,00
- Cardiocirculatorio	9	7,38	9,68
- Digestivos	9	7,38	9,68
- Dermatológicos	0	0	0,00

TABLA XII: ANTECEDENTES FAMILIARES (MADRE).

- No consta	33	27,05	---
- Sin interés	70	57,38	78,65
- Apto. Locomotor	1	0,82	1,12
- S.n.c.	4	3,28	4,49
- Respiratorios	2	1,64	2,24
- Metabólicos	2	1,64	2,24
- Sist. Termorregulador	0	0	0,00
- Cardiocirculatorios	4	3,28	4,49
- Digestivos	6	4,92	6,74
- Dermatológicos	0	0	0,00

TABLA XIII: ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS.

- No consta	63	51,64	---
- No	31	25,41	52,54
- Intranquilo	3	2,46	5,08
- Muy nervioso	25	20,49	42,37
- Depresivo	0	0	0,00
- Tranquilo	0	0	0,00

TABLA XIV: ANTECEDENTES PERSONALES S.N.C.

- No consta	14	11,48	---
- No	88	72,13	81,48
- Insomnio	17	13,93	15,74
- Cefaleas e insomnio	3	2,46	2,78

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
TABLA XV: ANTECEDENTES PERSONALES RESPIRATORIOS.			
- No consta	2	1,64	---
- No	53	43,44	44,16
- Bronquitis	23	18,85	19,16
- Resfriados de vías altas .	26	21,31	21,66
- P.N.E.	8	6,56	6,66
- Otras	10	8,20	8,33

TABLA XVI: ANTECEDENTES PERSONALES DIGESTIVOS.			
- No consta	4	3,28	---
- No	69	56,56	58,47
- Ulcera G.D., Gastritis ...	15	12,30	12,71
- Estreñimiento	10	8,20	8,47
- Estreñimiento y Ulcera G.D	3	2,46	2,54
- Otras visceras	21	17,21	17,79

TABLA XVII: ANTECEDENTES PERSONALES CARDIO-CIRCULATORIOS.			
- No consta	4	3,28	---
- No	100	81,97	84,74
- Palpitaciones	15	12,30	12,71
- Hipertensión	0	0	0,00
- Hipotensión	0	0	0,00
- Mareos ortostáticos	2	1,64	1,69
- Palpitac., Hipertensión ..	0	0	0,00
- Otras	1	0,82	0,85

TABLA XVIII: ANTECEDENTES PERSONALES METABOLICOS.			
- No consta	3	2,46	---

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- No	98	80,33	82,35
- Anorexia	17	13,93	14,28
- Diabetes	0	0	0,00
- Anorexia y diabetes	2	1,64	1,68
- Aumento ponderal	2	1,64	1,68

TABLA XIX: ANTECEDENTES PERSONALES SIST. TER MORREGULADOR.

- No consta	3	2,46	---
- No	110	90,16	92,43
- Hiperhidrosis	9	7,38	7,56
- Hipohidrosis	0	0	0,00
- Hipertermia	0	0	0,00
- Hipotermia	0	0	0,00

TABLA XX: ANTECEDENTES PERSONALES DERMATOLÓGICOS.

- No consta	3	2,46	---
- No	117	95,90	98,32
- Si	2	1,64	1,68

TABLA XXI: ANTECEDENTES PERSONALES GENITOURINARIOS.

- No consta	3	2,46	---
- No	116	95,08	97,48
- Si	3	2,46	2,52

TABLA XXII: ANTECEDENTES PERSONALES APTO. LÓCOMOTOR.

- No consta	4	3,28	---
- No	112	91,80	94,91
- Si	6	4,92	5,08

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
<u>TABLA XXIII: AÑO DE INGRESO.</u>			
- 1.976	1	0,82	
- 1.977	8	6,56	
- 1.978	9	7,38	
- 1.979	12	9,84	
- 1.980	16	13,11	
- 1.981	23	18,85	
- 1.982	17	13,93	
- 1.983	15	12,30	
- 1.984	21	17,21	

TABLA XXIV: MES DE INGRESO.

- Enero	4	3,28	
- Febrero	8	6,56	
- Marzo	5	4,10	
- Abril	9	7,38	
- Mayo	12	9,84	
- Junio	11	9,02	
- Julio	17	13,93	
- Agosto	12	9,84	
- Septiembre	11	9,02	
- Octubre	18	14,75	
- Noviembre	7	5,74	
- Diciembre	8	6,56	

TABLA XXV: DIA DEL MES (por semana) DEL INGRESO.

- 1- 7	25	20,49	
- 8-15	32	26,23	
- 16-22	30	24,59	
- 23-31.....	35	28,69	

TABLA XXVI: DIA DE LA SEMANA DEL INGRESO.

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- Lunes	16	13,11	
- Martes	16	13,11	
- Miércoles	20	16,39	
- Jueves	20	16,39	
- Viernes	18	14,75	
- Sábado	16	13,11	
- Domingo	16	13,11	

TABLA XXVII: MOMENTO DEL DIA DE APARICION DEL PN.E.

- No consta	68	55,74	---
- Mañana	36	29,51	66,66
- Tarde	6	4,92	11,11
- Noche	12	9,84	22,22

TABLA XXVIII: SITUACION DE APARICION DEL PN.E.

- No consta	66	54,10	---
- Al levantarse	15	12,30	26,78
- Estudiando	5	4,10	8,93
- Realizando deporte	5	4,10	8,93
- Tras época de tensiones ..	15	12,30	26,78
- Coincide con menstruación.	0	0	0,00
- Factores traumatizantes ..	6	4,92	10,71
- Otras: riendo, bañándose, andando, etc.	10	8,20	17,86

TABLA XXIX: TIPOS DE TENSIONES.

- No consta	94	77,05	---
- No	10	8,20	35,71
- T. familiares	3	2,46	10,71
- T. laborales	3	2,46	10,71

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- T. por exámenes	5	4,10	17,86
- T. por muerte familiar ...	2	1,64	7,14
- T. por servicio militar ..	3	2,46	10,71
- T. premenstruales	1	0,82	3,57
- T. por exámenes y T. mens- truales	1	0,82	3,57

TABLA XXX: DURACION DEL INGRESO (días).

- No consta	4	3,28	---
- Envian a domicilio	3	2,46	2,54
- 1-7 días	38	31,15	32,20
- 8-14 días	59	48,36	50,00
- 15-21 días	13	10,66	11,01
- Mas de 21 días	5	4,10	4,24

TABLA XXXI: Nº DE REINGRESOS.

- No consta	2	1,64	---
- Ninguno	93	76,23	77,50
- Uno	17	13,93	14,16
- Dos	7	5,74	5,83
- Tres	3	2,46	2,50
- Más de tres	0	0	0,00

TABLA XXXII: SERVICIO DE INGRESO.

- No consta	4	3,28	---
- Urgencias externas	112	91,80	94,91
- Consulta	6	4,92	5,08

TABLA XXXIII: FUMA/DIA.

- No consta	8	6,56	---
- No	24	19,67	21,05
- Fumó	2	1,64	1,75

	<u>f(a)</u>	<u>f(r)</u>	<u>f(r')</u>
- 0-1 paquete	56	45,91	49,12
- Más de 1-2 paquetes	26	21,31	22,81
- Más de 2 paquetes	5	4,10	4,38
- Drogas blandas	1	0,82	0,88

TABLA XXXIV: BEBE/DIA.

- No consta	13	10,65	---
- No	78	63,93	71,56
- Si	31	25,41	28,44

TABLA XXXV: DIAGNOSTICO.

- No consta	1	0,82	---
- Diagnóstico incompleto ..	13	10,65	10,74
- PN.E. derecho	55	45,08	45,45
- PN.E. izquierdo	52	42,97	42,97
- PN.E. bilateral	1	0,82	0,82

**TABLA XXXVI: DIAGNOSTICO -
(RECIDIVA).**

- No consta	8	6,56	---
- No	93	76,23	81,58
- PN.E. derecho recidivante	11	9,01	9,65
- PN.E. izquierdo recidivan te	10	8,20	8,77

III C II.- ESTUDIO PROSPECTIVO.

A continuación exponemos los resultados obtenidos:

1.a. Psicobiografía.

TABLA 1.- SEXO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
VARON	18	18
HEMBRA	4	4

N.S. (No significativa)

TABLA 2.- ESTADO CIVIL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SOLTERO	14	14
CASADO	8	8

N.S.

TABLA 3.- EDAD.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
10-15 AÑOS	1	1
16-20 AÑOS	5	5
21-25 AÑOS	9	8
26-31 AÑOS	5	6
MAS DE 31	2	2

N.S.

TABLA 4.- BIOTIPOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
LEPTOSOMICO	13	9
ATLETICO	2	3
NO DEFINIDO	7	10

N.S.

	PN.E.	N.
Leptos.	13	9
No leptos.	9	13

TABLA 5.- NATURALEZA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
GRANADA (capital)	11	5
GRANADA (provincia)	5	4
OTRAS PRO- VINCIAIS	6	13

	PN.E.	N.
Granada	16	9
Otras provin.	6	13

TABLA 6.- RESIDENCIA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
GRANADA (capital)	15	10
GRANADA (provincia)	5	2
OTRAS PRO- VINCIAIS	2	10

	PN.E.	N.
Granada	20	12
Otras provin.	2	10

TABLA 7.- COMARCAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE GRANADA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
BAZA	2	0
GUADIX	0	0
ALPUJARRA	0	0
COSTA	1	0
SANTA FE LOJA	1	2
GRANADA (capital)	13	10
OTRAS PRO- VINCIA	5	10

TABLA 8.- PROFESION.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
ESTUDIANTE	11	11
CAMARERO	4	4
FARMACEUTICO	1	0
MECANOGRAFO	1	0
POLICIA NACIONAL	1	1
TRABAJOS EVENTUALES	1	1
METALURGICO	1	1
AGRICULTOR	2	2
SERVICIOS	0	1
AUTONOMOS	0	1

N.S.

TABLA 9.- SITUACION LABORAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
ACTIVO	20	22
BAJA	1	0
PARO	1	0

N.S.

TABLA 10.- ESTUDIOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
PRIMARIOS	7	5
MEDIOS	5	8
UNIVERSITA RIOS	10	9

N.S.

TABLA 11.- TRABAJO CORRESPONDIENTE A SUS ESTUDIOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	11	11
NO	4	5
NO TRABAJA	7	6

N.S.

TABLA 12.- ANTECEDENTES FAMILIARES (PADRE).

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SIN INTERES	14	10
APARATO LOCOMOTOR	0	1
S.N.C.	1	0
RESPIRATORIO	2	1
METABOLICOS	1	2
SISTEMA TER- MORREGULADOR	0	0
CARDIOCIRCU- LATORIOS	0	2
DIGESTIVOS	4	4
DERMATOLOGI- COS	0	0
GENITOURINA- RIOS	0	2

N.S.

TABLA 13.- ANTECEDENTES FAMILIARES (MADRE).

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SIN INTERES	14	10
APARATO LOCOMOTOR	1	3
S.N.C.	0	1
RESPIRATORIO	1	0
METABOLICOS	1	1
SISTEMA TER- MORREGULADOR	0	0
CARDIOCIRCU- LATORIO	2	2
DIGESTIVOS	2	4
DERMATOLOGI- COS	0	0
GENITOURINA- RIOS	1	1

N.S.

TABLA 14.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL S.N.C.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
NO	11	20
CEFALEAS	11	2

S. (Significativa)

TABLA 15.- ANTECEDENTES PERSONALES RESPIRATORIOS.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
NO	14	14
BRONQUITIS	2	1
ENFRIADO VIAS RESPIRATORIAS	3	4
OTRAS ENFERM. RESPIRATORIAS	3	3

N.S.

TABLA 16.- ANTECEDENTES PERSONALES DIGESTIVOS.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
NO	15	17
GASTRITIS	3	2
METEORISMO	2	2
NAUSEAS	2	1

N.S.

TABLA 17.- ANTECEDENTES PERSONALES CARDIOCIRCULATORIOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	16	21
PALPITACIONES	3	0
PALPITACIONES E HIPOTENSION	1	0
OTRAS:DISNEAS, MAREOS, ETC.	2	1

N.S.

	PN.E.	N.
NO	16	21
SI	6	1

TABLA 18.- ANTECEDENTES PERSONALES METABOLICOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	18	20
ANOREXIA	3	1
PESO IRREGU LAR	1	1

N.S.

**TABLA 19.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL SISTEMA
TERMORREGULADOR.**

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	12	17
HIPERHIDRO- SIS	9	4
HIPOTERMIA EN PIES Y MANOS	1	1

N.S.

	PN.E.	N.
NO	12	17
SI	10	5

TABLA 20.- ANTECEDENTES PERSONALES DERMATOLOGICOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	4	9
NO	18	13

N.S.

TABLA 21.- ANTECEDENTES PERSONALES GENITOURINARIOS

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
SI	4	4
NO	18	18

N.S.

**TABLA 22.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL APARATO LO-
COMOTOR.**

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
SI	6	4
NO	16	18

N.S.

TABLA 23.- AÑO DE INGRESO CON PN.E.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
1.979	1	-
1.983	1	-
1.984	9	-
1.985	11	-

TABLA 24.- MES DE INGRESO CON PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
ENERO	2	-
FEBRERO	1	-
MARZO	0	-
ABRIL	0	-
MAYO	6	-
JUNIO	0	-
JULIO	2	-
AGOSTO	4	-
SEPTIEMBRE	1	-
OCTUBRE	5	-
NOVIEMBRE	1	-
DICIEMBRE	0	-

TABLA 25.- DIA DEL MES (POR SEMANA) DEL INGRESO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
DEL 1 AL 7	11	-
DEL 8 AL 14	4	-
DEL 15 AL 21	2	-
DEL 22 AL 28	5	-
DEL 29 AL 31	0	-

TABLA 26.- DIA DE LA SEMANA DEL INGRESO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
LUNES	6	-
MARTES	4	-
MIERCOLES	2	-
JUEVES	4	-
VIERNES	1	-
SABADO	4	-
DOMINGO	1	-

TABLA 27.- DIAGNOSTICO DEL PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
PN.E. DERECHO	10	-
PN.E. IZQUIERDO	12	-

TABLA 28.- DIAGNOSTICO (RECIDIVAS) DEL PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	14	-
PN.E. RECIDI VANTE DRCHO.	4	-
PN.E. RECIDI VANTE IZQDO.	4	-

TABLA 29.- NUMERO DE REINGRESOS CON PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
UNO	3	-
DOS	5	-
TRES	0	-
NINGUNO	14	-

TABLA 30.- FUMA/DIA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	9	12
FUMO	0	2
0-1 PAQUETE/ DIA	7	6
MAS DE 1-2 PA QUETES/DIA.	5	1
MAS DE 2 PA- QUETES/DIA.	1	1

N.S.

	PN.E.	N.
No fuma	9	14
Fuma	13	8

TABLA 31.- BEBE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	2	2
NO	20	20

N.S.

TABLA 32.- PRIMEROS RECUERDOS DE INFANCIA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
MIEDO	2	2
TRISTEZA	4	1
CASTIGO	1	1
SENTIMIENTO DE SOLEDAD	1	0
SENTIMIENTO DE ALEGRIA	0	2
BUENOS	6	10
NORMALES	5	6
MUY PROBLEMA- TICA.	2	0

N.S. P < 0,06

	PN.E.	N.
R. negat.	10	4
R. posit.	11	18

TABLA 33.- EDAD PATERNA ACTUAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
41-50 AÑOS	3	5
MAS DE 50 AÑOS	19	17

TABLA 34.- PROFESION DEL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
MAESTRO	2	3
TAXISTA	1	1
TITULADO SUPERIOR	2	1
HOSTELERO	1	1
GESTOR ADMI NISTRATIVO	1	0
POLICIA NACIONAL	1	1
FUNCIONARIO	3	1
CAMARERO	1	2
PESCADOR	1	0
AGRICULTOR	4	4
OBRERO	4	3
AUTONOMOS	1	3

N.S.

TABLA 35.- RELACION CON EL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
POSITIVA	4	18
NEGATIVA	13	1
INDIFERENCIA	4	3
NULA (por muerte paterna)	1	0

S. $P < 0,001$

	PN.E.	N.
Posit.	4	18
Negat.	17	4

TABLA 36.- ASPECTOS POSITIVOS DEL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	11	5
SI	7	16

S. $P < 0,03$

	PN.E.	N.
No	11	5
Si	7	16

TABLA 37.- ASPECTOS NEGATIVOS DEL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	1	11
DEPRESIVO	1	0
DICTADOR	14	3
NO CONTESTA	0	0
CARACTER DEBIL	1	1
TODOS LOS ANTERIORES	1	1
BEBEDOR Y DICTADOR	1	0
DEPRESIVO Y BEBEDOR	1	0
OTROS	2	6

S. $P < 0,001$

	PN.E.	N.
No	1	11
Si	21	11

TABLA 38.- PERDIDA DEL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	6	2
NO	16	20

N.S.

TABLA 39.- EDAD MATERNA ACTUAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
30-40 AÑOS	9	1
41-50 AÑOS	2	7
MAS DE 51 AÑOS	11	14

TABLA 40.- PROFESION DE LA MADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
MAESTRA	1	2
SUS LABORES	18	18
HOSTELERA	1	0
CAMARERA	1	1
EL CAMPO Y SUS LABORES	1	0
OFICINA	0	1

N.S.

TABLA 41.- RELACION CON LA MADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
POSITIVA	16	11
NEGATIVA	1	0
INDIFERENCIA	2	0
NORMAL	3	11

N.S.

TABLA 42.- ASPECTOS POSITIVOS DE LA MADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NINGUNO	1	2
MUY ACTIVA	2	6
DEDICACION A SUS HIJOS	13	6
MAS CERCANA A MI	6	1
VARIOS	0	7

N.S.

TABLA 43.- ASPECTOS NEGATIVOS DE LA MADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
DIRIGE DEMASIADO	0	4
PAPEL DE CABE ZA DE FAMILIA	1	0
HIPOCRESIA	1	1
MAL GENIO, MUY NERVIOSA	2	0
NO IMPORTANTES	10	7
NO	4	3
NO OFRECE CA- RIÑO A SUS HIJOS	1	1
SUMISA	1	0
MUY NERVIOSA	1	3
EXCESIVAMENTE SACRIFICADA POR SUS HIJOS	1	3

N.S.

TABLA 44.- PREFERENCIA POR EL PADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	1	4
NO	21	18

N.S.

TABLA 45.- PREFERENCIA POR LA MADRE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	17	5
NO	5	17

S. $P < 0,01$

TABLA 46.- MATRIMONIO DE LOS PADRES.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
EXTRAORDINA- RIAMENTE ARMONICO	9	9
DISARMONICO	5	2
TENSIONES MODERADAS	1	7
TENSIONES MUY GRAVES	6	1
NO SABE	1	3

N.S.

TABLA 47.- FALTA TOTAL DEL CARIÑO DE LOS PADRES.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	4	1
NO	18	21

N.S.

TABLA 48.- ECONOMIA FAMILIAR.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
POBREZA	6	0
RENTA MEDIA	12	22
RENTA MUY BUENA	4	0

N.S.

TABLA 49.- RESIDE CON SUS PADRES ACTUALMENTE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	14	14
NO	8	8

N.S.

TABLA 50.- Nº DE HERMANOS (CON EL ENTREVISTADO).

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
UNO	1	0
DOS	3	3
TRES	1	5
CUATRO	7	4
CINCO	5	5
MAS DE CINCO	5	5

N.S.

TABLA 51.- POSICION DEL ENTREVISTADO ENTRE HERMANOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1 ^{er} LUGAR	2	4
2º LUGAR	4	4
3 ^{er} LUGAR	6	8
4º LUGAR	2	1
5º LUGAR	1	1
6º LUGAR	1	1
7º LUGAR	0	0
ULTIMO	6	3

N.S.

TABLA 52.- RELACION ENTRE HERMANOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NULA	5	0
NEGATIVA	2	0
NORMAL	11	14
POSITIVA	4	8

S. $P < 0,01$

	PN.E.	N.
Negat.	7	0
Posit.	15	22

TABLA 53.- RELACION NEGATIVA: ENTREVISTADO-HERMANO

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	3
NO	19	19

N.S.

TABLA 54.- RELACION PADRES - HIJOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NULA	4	1
NEGATIVA	9	0
NORMAL	8	14
POSITIVA	1	7

S. $P < 0,001$

	PN.E.	N.
Negat.	13	1
Posit.	9	21

TABLA 55.- PREFERENCIAS PATERNAS POR HIJOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	5	7
NO	17	15

N.S.

TABLA 56.- PREFERIDO PATERNO: ENTREVISTADO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	4	5
NO	18	17

N.S.

TABLA 57.- RECHAZADO PATERNO: ENTREVISTADO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	0	0
NO	22	22

N.S.

TABLA 58.- FIGURAS PARENTALES DE LOS PRIMEROS AÑOS

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	7
NO	19	15

N.S.

TABLA 59.- FIGURAS FRATERNALES DE LOS PRIMEROS
AÑOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	9
NO	19	13

N.S. $P < 0,10$

TABLA 60.- RECUERDOS DE ESCOLARIDAD.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NINGUNO	2	1
TRISTEZA	1	1
SOLEDAD	1	1
SENTIMIENTO INFERIORIDAD	4	0
CASTIGOS	2	3
BUENOS	8	6
NO INDEPEN- DENCIA	2	1
NORMALES	2	9

N.S.

	PN.E.	N.
Negat.	10	6
Posit.	10	15

TABLA 61.- RECUERDOS DEL PROFESORADO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NINGUNO	3	0
INDIFERENCIA	2	2
NORMALES	6	8
BUENOS	3	9
MALOS	8	3

N.S. $P < 0,06$

	PN.E.	N.
Negat.	10	5
Posit.	9	17

TABLA 62.- RECUERDOS DE UN DETERMINADO PROFESOR.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO EXISTE	15	6
POSITIVOS	2	13
NEGATIVOS	5	3

S. $P < 0,01$

	PN.E.	N.
Negat.	20	9
Posit.	2	13

TABLA 63.- AMIGOS DE ESCUELA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NINGUNO	4	0
VARIOS	18	9
BASTANTES	0	13

N.S.

	PN.E.	N.
NO	4	0
SI	18	22

TABLA 64.- CONDUCTA ESCOLAR.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
RETRAIDO	5	1
MUY HABLADOR	4	6
NORMAL	10	15
NO RECUERDA	3	0

N.S.

	PN.E.	N.
Normal	13	15
Anormal	9	7

TABLA 65.- TIPO DE CENTRO ESCOLAR.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SEMINARIO	3	0
INTERNADOS	3	0
COLEGIOS EXTERNOS	16	22

S. $P < 0,03$

	PN.E.	N.
Int.	6	0
Ext.	16	22

TABLA 66.- SISTEMA DE VIDA DE LA ESCUELA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO RECUERDA	3	0
RELAJADO	10	3
SEVERO	9	19

S. $P < 0,02$

	PN.E.	N.
Relaj.	10	3
Severo	9	19

TABLA 67.- CONFLICTOS EN LA ESCUELA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	3
NO	19	19

N.S.

TABLA 68.- HUYO DE LA ESCUELA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	2	2
NO	20	20

N.S.

TABLA 69.- EXPULSADO DE LA ESCUELA.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	2	2
NO	20	20

N.S.

TABLA 70.- INTERES POR LOS PRIMEROS ESTUDIOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	8
NO	8	4
NORMAL	11	10

N.S.

	PN.E.	N.
Si	14	18
No	8	4

TABLA 71.- EXPERIENCIA SEXUAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	15	17
NO	7	5

N.S.

TABLA 72.- VIVENCIAS DE EXPERIENCIAS SEXUALES.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NO	11	0
POSITIVA	9	8
NEGATIVA	2	14

S. $P < 0,03$

	PN.E.	N.
Posit.	9	8
Negat.	2	14

TABLA 73.- MOTIVACION LABORAL.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
<u>VOLUNTARIA</u>	19	21
<u>OBLIGADA</u>	3	1

N.S.

TABLA 74.- TRABAJO ACTUAL PRODUCE SATISFACCION.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
<u>SI</u>	6	21
<u>NO</u>	16	1

S. $P < 0,001$

TABLA 75.- CONFLICTOS LABORALES ACTUALES.

	<u>PNEUMOTORAX ESPONTANEO.</u>	<u>NORMALES</u>
<u>SI</u>	10	2
<u>NO</u>	12	20

S. $P < 0,02$

TABLA 76.- CONFLICTOS LABORALES CAUSAN:

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
TENSIONES	6	0
ANSIEDADES	1	0
DEPRESIONES	1	0
TENSION, ANSIEDAD Y DEPRESION	3	1
NO ORIGINA CONFLICTO	10	10
PREOCUPACION	1	11

N.S.

	PN.E.	N.
Sí	12	12
No	10	10

TABLA 77.- INTENSIDAD DE LA VIDA LABORAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
ESCASA	3	2
NORMAL	9	16
EXCESIVA	10	4

N.S.

	PN.E.	N.
Norm. Esc.	12	18
Exces.	10	4

TABLA 78.- AMIGOS ACTUALES.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	13	22
NO	9	0

S. $P < 0,001$

TABLA 79.- COMUNICACION CON AMIGOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	6	21
NO	16	1

S. $P < 0,001$

TABLA 80.- INTROVERTIDO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	15	7
NO	7	15

N.S. $P < 0,07$

TABLA 81.- TIMIDO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	14	9
NO	8	13

N.S.

TABLA 82.- RECUERDA FRECUENTEMENTE SUEÑOS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	13	10
NO	9	12

N.S.

TABLA 83.- PESADILLAS.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	11	2
NO	10	20
NO LE DA IM- PORTANCIA AL SUEÑO.	1	0

S. $P < 0,01$

	PN.E.	N.
Sí	11	2
No	10	20

TABLA 84.- SUEÑOS AGRADABLES.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	3	2
NO	18	20
NO LE DA IM- PORTANCIA A LOS SUEÑOS	1	0

N.S.

TABLA 85.- TARDA EN DORMIRSE.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	9	6
NO	13	16

N.S.

TABLA 86.- INTERRUPCION DEL SUEÑO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	6	2
NO	16	20

N.S.

TABLA 87.- DESPIERTA ANTES DE TIEMPO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	0	2
NO	22	20

N.S.

TABLA 88.- ESTADO ANIMICO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NORMAL	11	16
OPTIMISTA	1	6
DEPRESIVO	5	0
TRISTE	5	0

S. $P < 0,001$

	PN.E.	N.
Posit.	12	22
Negat.	10	0

TABLA 89.- SE ENCONTRABA PREVIAMENTE AL PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
EN TENSION	15	-
NORMAL	7	-

TABLA 90.- CONFLICTOS PREVIOS AL PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	14	-
NO	8	-

TABLA 91.- CAUSA DE CONFLICTOS PREVIOS AL PN.E.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
FAMILIAR	6	-
LABORAL	0	-
MUERTE PATERNA	1	-
SENTIMENTAL	2	-
FAMILIARES, LABORALES Y SENTIMENTALES	3	-
FAMILIAR Y SENTIMENTAL	2	-
CONYUGAL	1	-
SERVICIO MILITAR	1	-
FAMILIAR Y LABORAL	3	-
EXAMENES	1	-
NO HUBO CON FLICTOS	2	-

TABLA 92.- CARACTER DEL ENTREVISTADO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
NERVIOSO	13	10
ANSIOSO	0	0
NERVIOSO Y ANSIOSO	4	2
DE HABITO ASTENICO	1	0
TRANQUILO	4	10

N.S.

	PN.E.	N.
Nervioso	17	12
Tranquilo	5	10

1.b. Psicodiagnóstico de Rorschach.

TABLA A

Nº DE RESPUESTAS.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	25	31
2	15	11
3	41	16
4	22	30
5	28	13
6	46	55
7	26	20
8	23	20
9	12	14
10	22	18
11	61	16
12	13	45
13	57	17
14	28	17
15	16	12
16	14	26
17	13	22
18	61	18
19	25	61
20	21	33
21	16	13
22	13	18
\bar{X}	27,18	23,90
S	15,81	13,74

texp = 0,673; N.S.

TABLA B

PORCENTAJE DE FORMAS BIEN VISTAS (F + %).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	68,75	70,83
2	71,43	85,71
3	53,12	100,00
4	76,47	82,60
5	53,84	75,00
6	55,00	92,68
7	60,00	93,75
8	38,88	87,50
9	75,00	91,66
10	68,75	60,00
11	63,15	63,63
12	45,45	92,50
13	83,33	66,66
14	77,27	82,35
15	33,33	77,77
16	72,72	86,95
17	90,90	94,44
18	78,04	80,00
19	64,70	67,25
20	47,61	88,88
21	75,00	62,54
22	75,00	100,00
\bar{X}	64,897	81,939
S	14,883	12,391

texp. = 3,07; $P < 0,01$ S.

TABLA C

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE CONTENIDO ANIMAL (T%).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	45,83	54,83
2	33,33	45,45
3	43,90	43,75
4	50,00	53,33
5	17,85	53,84
6	43,47	32,72
7	53,84	40,00
8	47,82	70,00
9	45,45	57,14
10	40,90	22,22
11	25,00	43,75
12	25,00	37,50
13	43,85	17,64
14	42,85	58,82
15	12,50	41,66
16	42,85	42,30
17	69,23	77,27
18	34,42	22,22
19	44,00	47,54
20	42,85	30,30
21	25,00	53,84
22	84,61	66,66
\bar{X}	41,570	46,035
S	15,867	15,484

texp. = 0,937; N.S.

TABLA D

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE CONTENIDO HUMANO (M%).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	16,00	9,67
2	20,00	0,00
3	2,44	6,25
4	22,72	13,33
5	35,71	7,69
6	10,67	12,72
7	0,00	10,00
8	21,74	5,00
9	25,00	14,28
10	18,18	5,55
11	4,92	6,25
12	0,00	15,55
13	14,03	11,76
14	7,14	0,00
15	43,75	25,00
16	0,14	11,53
17	0,07	9,09
18	14,75	38,88
19	0,12	4,92
20	0,19	39,39
21	0,18	0,00
22	0,00	16,66
\bar{X}	11,715	11,978
S	12,685	10,599

texp. = 0,168; N.S.

TABLA E

PORCENTAJE DE RESPUESTAS VULGARES (V%).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	28,00	9,67
2	20,00	9,09
3	7,31	31,25
4	27,27	26,66
5	10,71	38,46
6	19,56	3,63
7	19,23	25,00
8	21,74	25,00
9	33,33	28,57
10	27,27	16,66
11	16,39	37,50
12	15,38	8,88
13	8,77	17,64
14	17,85	11,76
15	18,75	16,66
16	14,28	34,61
17	53,84	45,45
18	13,11	27,67
19	12,00	9,83
20	14,28	18,18
21	18,75	30,76
22	30,76	50,00
\bar{X}	20,39	23,769
S	10,238	12,694

N.S.

TABLA F

RESPUESTAS GLOBALES BIEN VISTAS (G +).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	7	3
2	5	3
3	4	6
4	6	10
5	4	7
6	8	3
7	7	10
8	4	9
9	5	4
10	7	2
11	10	5
12	2	5
13	7	3
14	5	0
15	8	6
16	4	10
17	4	9
18	8	7
19	5	14
20	7	17
21	5	5
22	4	8
\bar{X}	5,72	6,63
S	1,90	0,04

texp. = 0,513; N.S.

TABLA G

RESPUESTAS DE MOVIMIENTO (B).

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	4	2
2	3	0
3	0	1
4	3	3
5	9	1
6	2	6
7	1	1
8	3	1
9	3	1
10	3	1
11	3	1
12	0	1
13	7	0
14	1	0
15	6	3
16	0	1
17	1	3
18	6	5
19	2	0
20	3	8
21	1	0
22	0	2
\bar{X}	2,77	1,86
S	2,42	2,09

texp. = 1,525; N.S.

TABLA H

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO	NORMALES
Nº DE INDIVIDUOS CON COLOR ADAPTATIVO.	6	6
Nº DE INDIVIDUOS CON COLOR DESADAPTATIVO	10	6
\bar{X}	8	6
S	2,82	0

TABLA I

TIPO VIVENCIAL.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO	NORMALES
COARTADO	2	6
COARTATIVO	9	5
AMBIGUAL	4	1
INTROVERSIVO	1	2
EXTRAVERSIVO	3	4
INTROVERSIVO SIN EXTRATENSION	0	2
EXTRATENSIVO EGOCENTRICO	3	2

TABLA J

INTELIGENCIA.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	75,83	51,46
2	61,64	41,00
3	36,09	65,30
4	63,17	95,03
5	96,31	67,72
6	71,66	78,08
7	63,18	88,41
8	76,78	86,51
9	62,72	57,77
10	70,83	38,18
11	109,13	54,28
12	28,77	63,03
13	100,25	40,20
14	58,41	24,95
15	85,10	68,56
16	40,03	67,88
17	52,54	57,50
18	128,65	94,24
19	54,60	95,36
20	69,42	161,93
21	52,72	43,94
22	42,72	85,30
\bar{X}	68,206	69,392
S	24,399	28,983

texp. = 0,012; N.S.

TABLA K

CONTACTO SOCIAL.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	52,50	42,50
2	50,00	30,00
3	41,09	52,50
4	50,00	65,00
5	47,50	45,00
6	32,50	42,50
7	20,00	42,50
8	57,50	37,50
9	47,50	52,50
10	42,50	45,00
11	40,00	47,50
12	25,00	42,50
13	32,50	35,00
14	40,00	37,50
15	50,00	40,00
16	32,50	45,00
17	57,50	57,50
18	45,00	60,00
19	32,50	27,50
20	30,00	52,50
21	45,00	22,50
22	35,00	60,00
\bar{X}	41,185	44,659
S	10,195	10,864

texp. = 1,185; N.S.

TABLA L

ANGUSTIA.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	0	4
2	4	3
3	15	2
4	1	0
5	11	1
6	8	0
7	6	0
8	4	10
9	0	3
10	3	1
11	7	3
12	0	1
13	3	3
14	5	6
15	0	2
16	0	0
17	4	2
18	2	0
19	2	1
20	0	0
21	6	0
22	8	1
\bar{X}	4,04	1,95
S	3,99	2,39

t_{exp.} = 1,802; N.S.

TABLA M

AGRESIVIDAD Y OPOSICIONISMO.

	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
SI	7	7
NO	15	15

TABLA N

PERCEPCION DE LA REALIDAD EN PN.E./N.

PN.E./N	F%	F%
1	68,75	70,83
2	71,43	85,71
3	53,12	100,00
4	76,47	82,60
5	53,84	75,00
6	55,00	92,68
7	60,00	93,75
8	38,88	87,50
9	75,00	91,66
10	68,75	60,00
11	63,15	63,63
12	45,45	92,50
13	83,33	66,66
14	77,27	82,35
15	33,33	77,77
16	72,72	86,95
17	90,90	94,44
18	78,04	80,00
19	64,70	67,21
20	47,61	88,88
21	75,00	62,54
22	75,00	100,00
\bar{X}	69,35	81,93
S	14,97	12,39

texp. = 3,490; $P < 0,001$ S.

TABLA N

PERCEPCION DE LA REALIDAD EN PN.E./N.		
PN.E./N.	X%	X%
1	44,00	51,61
2	33,33	54,54
3	41,46	62,50
4	50,09	63,33
5	25,00	69,23
6	47,82	69,09
7	46,15	75,00
8	30,43	70,00
9	50,00	78,57
10	50,00	50,00
11	39,34	43,75
12	38,46	82,22
13	61,40	58,82
14	60,71	82,35
15	6,25	58,33
16	57,14	76,92
17	76,92	72,72
18	52,45	44,44
19	44,00	67,21
20	47,61	48,48
21	56,25	61,53
22	69,23	88,88
\bar{X}	46,72	64,97
S	15,14	12,87

t_{exp.} = 3,70; P < 0,001 S.

1.c. Escala para la depresión de Hamilton.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	30	2 (15,5)
2	6	3 (21,5)
3	11	3 (21,5)
4	17	3 (21,5)
5	7	0 (4)
6	9	2 (15,5)
7	4	0 (4)
8	6	3 (21,5)
9	7	1 (10)
10	11	3 (21,5)
11	12	1 (10)
12	3	1 (10)
13	17	2 (15,5)
14	26	0 (4)
15	6	0 (4)
16	9	0 (4)
17	5	1 (10)
18	4	7 (32)
19	8	0 (4)
20	1	0 (4)
21	2	2 (15,5)
22	9	2 (15,5)
\bar{X}	9,54	1,64
S	7,30	1,68

Rexp. = 285; texp. = 4,946; P 0,01

1.d. Cuestionario Cornell Index FN.2.

Nº	PNEUMOTORAX ESPONTANEO.	NORMALES
1	53	25
2	16	20
3	27	18
4	40	23
5	30	9
6	18	13
7	38	7
8	23	12
9	27	21
10	29	28
11	27	5
12	19	13
13	23	17
14	64	25
15	33	13
16	29	7
17	7	23
18	37	7
19	21	11
20	14	7
21	25	16
22	15	15
\bar{X}	27,91	15,23
S	12,96	6,9

Rexp. = 336; texp. = 3,727; P 0,001

IV. DISCUSSION

IV.I. ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE LOS AÑOS (1.976 - 1.984).

Vamos a detenernos en aquellos términos que nos parecen más interesantes para hacerles comprender nuestras observaciones en esta tarea y nuestro punto de vista. Para ello, hemos seguido el orden establecido con anterioridad en las tablas correspondientes al capítulo de resultados.

Iniciamos pues diciendo que en lo referente al **sexo** hemos obtenido un 86,07% de varones (tabla I). Lo que está totalmente en concordancia con todos los Tratados de Medicina Interna consultados, que por citar algunos autores serían: PELAEZ; PEÑA (1.981); HARRISON (1.979) aunque FARRERAS (1.982), afirma de forma global que puede afectar a cualquier sexo, sin hablar de predominios.

De igual manera hemos obtenido en el **estado civil** un 58,12% de solteros (tabla II), que no podemos comparar con otros datos ya que en los tratados de Medicina Interna consultados acerca del PN. E. no suele aparecer el estado civil.

Sí podemos en cambio, contrastar las **edades** (tabla III), resultantes de este trabajo que han sido: un 34,43% con edades comprendidas entre los veintiuno y veinticinco años de los individuos enfermos, a lo que FARRERAS (1.982) de manera general dice que puede afectar a todas las edades, sin concretar edades predominantes, y a PELAEZ; PEÑA que delimita el predominio entre los veinte y cuarenta años.

En cuanto a los **biotipos** (tabla V) nos da un 65,79% aplastante de individuos leptosómicos, sobre los demás tipos. Observación también realizada por

MAYOL, JOSEP (1.984) y NAKAMURA H. et al. (1.983).

Es importante resaltar lo hallado en la profesión (tabla IX) en la que un 41,57% de los enfermos son estudiantes. Dato de acuerdo con el Departamento del Profesor VARA (1.98), expuesto en clase (no publicado), y con la mayoría de los profesionales médicos con los que hemos mantenido contacto durante el tiempo que duró nuestra tesina aunque no esté publicado. En cambio, y de nuevo, no se recoge esta observación en la bibliografía consultada referente al P.N.E. idiopático.

Merece de igual modo comentarse que aludiendo a la situación laboral ver (tabla X) se encuentran un 86,04% en activo de entre los enfermos.

Por otra parte, hemos visto que aparecen un 66,66% de pacientes con antecedentes sintomáticos del padre (tabla XI) que no muestran interés, al igual que ocurre con el 78,65% (tabla XII) de los antecedentes sintomáticos de la madre. Estos datos están de acuerdo con la ausencia en la bibliografía de Patología médica, acerca de la posible herencia, lo que nos lleva a sospechar que el aspecto hereditario de padres a hijos en la aparición de esta alteración no sucede. Aunque, sí hemos tropezado con cuatro casos, en los cuales tres de ellos varones y una mujer, habían tenido hermanos con la misma patología. Y además en uno de éstos, hemos dialogado con ambos (hermano y hermana) que aparece recogido en las psicobiografías, y nos inclinamos a pensar que ambos estaban vivenciando una situación familiar conflictiva desde años atrás.

A continuación nos adentramos a conocer si estos enfermos presentan sintomatología en sus dife-

rentes aparatos, con el fin de poder ceñirnos al término "elección de órgano" ya explicado en la Introducción, o bien sus dolencias físicas están repartidas por los diferentes órganos, en mayor o menor medida, a la vez que aparece el PN.E., pudiendo así hablar de especificidad o elección de órgano estrictamente, o es cómo afirma MARTINEZ GARCIA (1.985): "La experiencia de la angustia y de la depresión se caracterizan, singularmente, porque a partir de cierta intensidad, se acompañan inexorablemente de expresiones o concomitantes orgánicas (náuseas, vómitos, algias, palpitaciones, prurito, etc.). Quiere ello decir que determinadas emociones y sentimientos (la angustia, la depresión) se acompañan más que otros de correlatos físicos"., y en éste último caso se puede hablar igualmente de elección de órgano.

Para ellos damos los resultados obtenidos como es el haber encontrado en los **antecedentes personales (A.P.) psiquiátricos** un 42,37% de enfermos muy nerviosos, y un 52,54% no presentan antecedentes personales psiquiátricos (tabla XIII). En cuanto a los **A.P. del S.N.C.**, resulta un 81,48% de los individuos con PN.E. sin ellos, y un 15,74% de enfermos que sufren de insomnio (tabla XIV). De los **A. P. respiratorios** se evidencian un 44,16% de enfermos que no sufrían antecedentes y un 19,16% con bronquitis (tabla XV). De forma similar entre los **A.P. digestivos** (tabla XVI) se expresan en un 58,47% de los pacientes que no los padecían y pequeños porcentajes repartidos entre enfermos que sí contaban con patología digestiva. Igualmente entre los **A.P. cardiocirculatorios** observamos que un 84,74% de los enfermos no los presentaban y un 12,71% padecían palpitaciones (tabla XVII). También indicar

que eran un 82,35% los enfermos que no presentaban **A.P. metabólicos** y un 14,28% los que contaban con anorexia (tabla XVIII). Y entre los **A.P. del sistema termorregulador** un 92,43% de enfermos no los presentan, mientras que un 7,56% de individuos presentaban hiperhidrosis (tabla XIX). Sólo nos queda indicar que entre los **A.P. dermatológicos** un 98,32% de individuos con PN.E. no los presentan, y sí cuentan con ellos un 1,68% de los pacientes (tabla XX) los **A.P. genitourinarios** no se observan en un 97,48% de los enfermos y en cambio sí se observan en un 2,52% de ellos (ver tabla XXI); y por último referirnos al 97,48% de pacientes sin **A.P. del aparato locomotor** (tabla XXII).

Ahora sí estamos en condiciones de definirnos para esclarecer la anterior pregunta. Así creemos que entre todos los autores que estudian el tema de la "elección de órgano" en medicina psicósomática, debemos de otorgarle parte de verdad a cada uno de ellos, como son: DUMBAR (1.948); ALEXANDER (1.952) HOFF y RINGEL (1.969). Con el primero estamos de acuerdo ya que hemos comprobado al igual que otros autores un predominio de individuos leptosómicos, que como sabemos por KRETSCHMER vienen definidos por las escasas expresiones de sensibilidad, el ser poco comunicativos junto a un predominio de vida interior. Pues bien como DUMBAR indica determinadas enfermedades se relacionan con determinadas personalidades, situación que se da en nuestro caso. Coincidiendo con ALEXANDER, que recuerda que determinadas emociones acarrear patologías en determinados órganos, creemos que nuestros pacientes presentan unas problemáticas en su mayoría comunes o bastante similares, (como veremos más adelante) y quizás de alguna manera la respiración se haya

afectado en respuesta a estas emociones semejantes. Y por tanto de acuerdo con RUIZ OGARA (1.984). En definitiva, creemos que efectivamente estos individuos leptosómicos han elegido el aparato respiratorio para expresar sus "males", luego es válida la prevalencia de órgano, que se pone de manifiesto en los resultados comentados en las tablas inmediatamente anteriores dando porcentajes de no presentar los diferentes A.P. A la vez que aparecen proporciones mínimas de síntomas en los diferentes aparatos pero que nos llevan a decir que la prevalencia le da la mano a: la experiencia de la angustia y de la depresión se caracterizan, porque a partir de cierta intensidad, se acompañan de expresiones o concomitantes orgánicos (náuseas, vómitos, palpitaciones, prurito, etc.).

Ahora refiriendonos al **año de ingreso** (tabla XXIII) el porcentaje de individuos afectos de PN.E. va aumentando escalonadamente desde el año 1.976 al 1.981 inclusive, para descender los dos años siguientes y volver a crecer en 1.985.

En cuanto al **mes de ingreso** (tabla XXIV) vemos que el mes de comienzo de curso estudiantil - Octubre - es el que con mayor nº de enfermos cuenta; cifras que disminuyen en los tres meses siguientes, (Noviembre, Diciembre, Enero) para ascender de nuevo en Febrero (mes de los exámenes de cursos anteriores) y volver a descender en Marzo, cuando se relajan en cierta manera los estudiantes, para nuevamente iniciar la escalada desde Abril a Julio progresivamente a medida que se aproxima el final de Curso. Nociones en concordancia con lo explicado en clase de Patología Quirúrgica - VARA, quienes refieren que aumenta con los exámenes; el resto de autores consultados no citan en sus textos el posible predominio de unos meses sobre otros.

Es importante señalar que en lo que respecta a la **situación de aparición del PN.E.** (tabla XXVIII) se apunta un 26,78% que ocurre tras época de tensiones, y otro 26,78% de individuos que les ocurre al levantarse por la mañana, y un 8,93% a los que les ocurrió mientras estudiaban. Estos resultados, que en definitiva hablan de stress, concuerdan con la opinión de LUBAN-PLOZZA y PÖLDINGER (1.975), basándonos en el esquema que desde un primer escalón como es el conflicto se acaba en el último peldaño entendido como enfermedad psicosomática.

También coincidimos con HINKEL y WOLFF (1.957) quienes creen que aumenta la posibilidad de enfermar en la medida que ya en la infancia, ya en la edad adulta, nos encontremos con dificultades unido a las exigencias sociales. Pues bien, este mismo planteamiento lo utilizamos para comenzar los **tipos de tensiones** (tabla XXIX) en la que vemos como exceptuando un 35,71% de los individuos que no tienen tensiones, el resto sí las presentan, distribuidas entre tensiones por exámenes con un 17,86%; tensiones familiares, laborales y por servicio militar que se pone de manifiesto en un 10,71% para cada una de los tipos de tensiones citadas, y por último un 3% de individuos para las tensiones premenstruales y otro 3% para quienes a la vez de tensiones por exámenes se añaden tensiones menstruales.

En cuanto a las tensiones familiares y la laboral, aún no estamos en condiciones de explicarlas, hasta que llegemos al estudio prospectivo, que queda demostrado en las psicobiografías.

Sin embargo en lo referente a la situación estresante que sufren los individuos en su periodo

militar, está de acuerdo totalmente con el otro nombre que también se conoce al PN.E. idiopático, como es "la enfermedad de los reclutas", reconocida por FARRERAS (1.982).

Para finalizar el estudio retrospectivo, hablar de la relación con los fumadores, de esta manera en la variable **fuma/día** (tabla XXXIII) vemos que hay un 49,12% de enfermos que fuman hasta un paquete al día y 22,81% que fuman hasta dos paquetes al día. Resultados en concordancia con MAYOL JOSEP; NAKAMURA et al. (1.983); GETZ S.B. JR. y BEASLEY W.E. (1.983).

IV. II. ESTUDIO PROSPECTIVO.

1.a. Psicobiografía.

Pasamos a comentar los resultados obtenidos. Al igual que en el estudio retrospectivo discutiremos aquellos puntos que creemos más interesantes, siguiendo el orden de las tablas en III.C.II.

Respecto al **sexo, estado civil, edad y biotipos** no las comentamos pues ya lo hicimos en el apartado anterior. Sólo reincidir en que de nuevo son varones solteros, de veintiuno a veinticinco años de edad y leptosómicos los que padecen PN.E. con más alta frecuencia (tablas 1, 2, 3, 4 respectivamente) en nuestro estudio.

Por otra parte observamos en los **A.P. del S.N.C.** (tabla 14) que hay diferencia significativa con $P < 0,01$, que indica que los enfermos de PN.E. presentan más cefaleas que los individuos normales; observación ya comentada en la discusión referente a los A.P. del S.N.C., en el estudio retrospectivo; en lo que coincidimos con MARTINEZ GARCIA (1.985).

Nos adentramos ya en aquellos aspectos donde hemos hallado la problemática de nuestros enfermos; por ello aludimos a los **primeros recuerdos de infancia** (tabla 32) donde aunque no hemos obtenido diferencia significativa entre el grupo de enfermos y el de control, sí que señala indicios de significación con $P < 0,06$, es decir que si la muestra hubiese sido mayor hubiésemos obtenido significación. Señala mayor número de enfermos con recuerdos negativos que entre los normales. Esto nos lleva a coincidir con FREUD en la importancia del desarrollo evolutivo de la personalidad que va a tener en etapas posteriores de la vida. "El conflicto actual provocado por situaciones de tensión y fracaso, resulta acentuado por los residuos de vivencias infantiles no integradas; la conciencia puede llegar por último, a depender de deseos pulsionales infantiles reprimidos".

Además CLAUSER (1.968) nos ayuda a defender - que es en la infancia cuando cualquier conflicto se va a somatizar antes, pues nos dice "posiblemente la rápida reacción corporal ante las vivencias en el hombre joven hay que referirlas a que los procesos intraanímicos repercuten aquí con mayor rapidez en el acontecer somático, pues las largas elaboraciones racionales de vivencias están intercaladas en menor medida; Juega también un papel, la intensidad vivencial del niño junto al ritmo de vida más rápido en éste".

Seguidamente exponemos las variables con diferencia significativa que aluden al padre y a la madre, para explicarlas basándonos en la misma idea.

Así nos detenemos ahora en la **relación con el padre** (tabla 35) donde sí hay diferencia significativa

tiva entre el grupo de enfermos y el control con $P < 0,001$, indicándonos que son los enfermos quienes en mayor número mantienen una relación negativa con el padre.

Refiriéndonos a los **aspectos positivos del padre** (tabla 36), detectamos diferencia significativa entre el grupo de enfermos y el control con $P < 0,03$, indicando que son los enfermos los que cuentan menos aspectos positivos del padre.

En cambio con los **aspectos negativos del padre** (tabla 37), hemos obtenido significación entre ambos grupos con $P < 0,001$ indicando que son los enfermos los que cuentan con mayor número de aspectos negativos en cuanto al padre.

Aludiendo a la **preferencia por la madre** (tabla 45) de nuevo hemos obtenido significación entre el grupo de enfermos y el control con $P < 0,01$ a favor de los enfermos que son los que tienen más preferencia por sus madres.

Ya citada, decir que estos resultados concuerdan con CASTILLA DEL PINO (1.974), quien preguntándose sobre ¿cuál es, en términos generales, la índole de las relaciones que el enfermo depresivo tiene previamente establecidas en su grupo familiar?, nos hace comprender qué les ocurre a nuestros enfermos. "En nuestra casuística parece existir con relativa constancia, una situación específica referida a la relación con aquel de los padres que ha ocupado la prevalencia en el orden afectivo del paciente. Madre e hijo o padre e hija, son por lo general, los que entablan la relación afectiva fundamental en la dinámica familiar de nuestra cultura. En los enfermos depresivos (adelantamos este con-

cepto, aunque nos detendremos en él más adelante), se da una fijación edípica acompañada de una decepción ulterior. Como es sabido en la situación edípica se da el rechazo del padre del sexo homólogo al del hijo. El niño varón se basta con su madre; y cuando rechaza al padre, por considerarle rival ante la madre y por ser ejecutor de las normas Superyoicas que se oponen al "principio del placer" hasta entonces gratificado sin obstáculos, aún no le quiere como para que el rechazo sea vivido, con culpa suficiente. Así la depresión en el varón adulto coexiste con un tipo de relación edípica con la madre que pasa por dos fases: una de intensa fijación (la madre era gratificadora) y otra posterior en la que la madre deja de ser gratificante allí donde el niño actúa disgustándola".

Merece nuestra atención la **relación entre hermanos** (tabla 52) ya que hemos obtenido un desequilibrio significativo con $P < 0,01$ siendo los enfermos los que refieren que en sus familias la relación negativa entre hermanos es mayor que en los individuos normales. Lo que nos va orientando hacia una conflictiva en el ambiente familiar de nuestros enfermos.

Del mismo modo la **relación padres e hijos** (tabla 54) nos resultó significativa por $P < 0,001$, siendo en este caso el grupo de enfermos quienes en mayor número refieren que la relación entre padres e hijos era negativa. Y nuevamente esta observación nos aporta su grano de arena hacia una problemática familiar aún no definida totalmente.

Estas dos últimas variables coinciden con la opinión de CLAUSER (1.968) sobre que para descubrir los antecedentes psíquicos de una enfermedad hay

que prestar atención a la relación temporal entre las vivencias causantes de la enfermedad y los síntomas de la misma. Para ello es necesario, un análisis muy preciso del mundo de vivencias y comportamiento del paciente, resultado de sus experiencias en la primera infancia.

Y como comenta WEIZSACKER, V.V. (1.951) "el síntoma puede ser solamente el signo de algo oculto. A veces, incluso la aparición de la enfermedad será una especie de representante, un sustituto de algo distintode aquel ser que yace escondido en la profundidad".

A continuación exponemos todo lo concerniente a otro periodo del individuo como es su etapa escolar. Hemos obtenido indicios de significación con $P < 0,06$ en cuanto a los **recuerdos del profesorado** (tabla 61) señalando la significación a los enfermos quienes en mayor número tendrían recuerdos negativos del profesorado si la muestra fuese más numerosa.

Interesándolos acerca de si tenían **recuerdos de un determinado profesor** (tabla 62) hemos hallado igualmente un desequilibrio significativo con $P < 0,01$ siendo los enfermos los que en mayor medida tienen recuerdos negativos.

Lo mismo ha ocurrido en la que respecta al tipo de centro escolar (tabla 65) donde hemos conseguido significación con $P < 0,003$, haciéndonos notar que los enfermos han asistido a internados.

El **sistema de vida de la escuela** (tabla 66) otra vez expresa diferencia significativa con $P < 0,02$ entre ambos grupos resultando que los que padecían PN.E. han vivenciado un regimen algo más

severo.

Para entender como el grupo de individuos con PN.E. que nos ocupa ha reaccionado de la forma expuesta en las anteriores variables y qué significado va a tener en estadios posteriores, nos referimos a PIAGET (cf. RUIZ RUIZ, M. 1.976) quien explica que la escuela representa para el niño un nuevo marco de adaptación en el que se van a realizar funciones como el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades cognitivas, la comunicación con los otros niños, con la adquisición de formas de especialización y la incorporación de roles que el niño habrá de realizar según el momento de su vida y las expectativas que se centran en él. La escuela se continua con la familia.

Para darle continuidad a la posible problemática familiar que esbozamos antes de aludir al periodo escolar, nos basamos en PIAGET porque para él la escuela se continua con la familia y esta relación viene definida por el nivel socioeconómico de los padres y sus actitudes, que configuran en cierta medida las normas de comportamiento y la moralidad de los niños.

Avanzando en el transcurso de los individuos llegamos a la vida laboral, donde detectamos si el **trabajo** realizado les **produce satisfacción** (tabla 74) una diferencia significativa con $P < 0,001$ entre ambos grupos de sujetos siendo los pacientes los que afirman que no se la produce.

Igual sucede con los **conflictos laborales actuales** (tabla 75) donde resultó significación con $P < 0,02$ apuntando hacia los enfermos con una respuesta afirmativa.

Por otra parte obtuvimos desequilibrios significativos en los tres aspectos que seguidamente comentamos.

Respecto a si tenían **amigos actuales** (tabla 78) dió significación con $P < 0,001$ manifestando que los enfermos de PN.E. cuentan con menos amigos.

Nos interesamos por el nivel de **comunicación con sus amigos** (tabla 79) igualmente se observó significación con $P < 0,001$, luego son también los enfermos quienes se quejan de menos comunicación.

Y por último nos dió indicios de significación en la **introversión** (tabla 80) con $P < 0,07$ a favor de los enfermos.

Todo esto se aproxima a lo que ya SIFNEOS (1.970) denominaba "alexitimia", entendida como la falta de capacidad para expresar verbalmente los afectos. Idea también recogida por LOPEZ SANCHEZ (1.985).

Respecto al **estado de ánimo** (tabla 88) se ha observado un desequilibrio significativo con $P < 0,001$ volcándose hacia los enfermos con cierto grado de tristeza. Lo comentaremos cuando discutamos los resultados de la Escala de HAMILTON.

Y para finalizar señalar que en las tablas 89 y 90 se recoge respectivamente que individuos afectados de PN.E. estaban en tensión previamente a su enfermedad y a la vez tenían conflictos.

1.b. Psicodiagnóstico de Rorschach.

Comentamos aquellos aspectos en los que resultó una diferencia significativa entre el grupo de PN.E. y el grupo control:

- Porcentaje de Formas bien vistas (F +%) (tabla B).

Representa las funciones conscientes y nos informa sobre la precisión de los procesos asociativos, la perseverancia de la atención y la facultad de concentración.

En los sujetos normales varía entre el 80 y el 100, entre cuyas cifras está el óptimo que revela un desenvolvimiento armonioso del pensamiento lógico en relación con otras funciones psíquicas. Es inferior a la media en los sujetos fatigados, maníacos o fabuladores, débiles mentales, etc., (cf. PASCUAL DEL RONCAL, 1.949).

En nuestras muestras hemos visto significación con $P < 0,01$ presentando los enfermos cifras más bajas.

- Control de la realidad (tabla N y Ñ).

Este parámetro se define por la comparación entre F +% y X %.

RORSCHACH (1.921) postuló que la manera o calidad en que se emplea la forma, refleja la capacidad del individuo para percibir las cosas convencionalmente o de modo realista.

Igualmente BECK (1.945) sostiene que cuando la calidad de la forma es "buena", el sujeto demuestra respeto por la realidad, mientras que el uso frecuente de una calidad formal evidencia un descuido de este elemento.

En nuestras muestras los enfermos obtienen unas puntuaciones algo más bajas, detectando significación $P < 0,001$.

ROF CARBALLO (1.972) al hablar del test de Rorschach en pacientes psicossomáticos da como característica común, el miedo a perder el control de la realidad, apareciendo una defensa.

Otros autores en cambio citan "el carácter desvinculante de la realidad" de los enfermos psicosomáticos (cf. LOPEZ SANCHEZ, 1.974).

1.c. Escala para la depresión de Hamilton.

En nuestras muestras hemos hallado diferencia con significación entre los pacientes y los sujetos normales $P < 0,01$ (tabla 1.c.). Son los afectos de PN.E. quienes presentan cifras más elevadas, o sea con tendencias más depresivas.

Las enfermedades psicossomáticas al igual que los trastornos endógenos, toman varias formas de curso, unas veces aparecen en un episodio único otras veces el curso es fásico y otras el curso se enconiza.

Uno de los rasgos de los equivalentes depresivos es que en un mismo enfermo aparecen, coincidiendo, alternando, o en fases diferentes varios de ellos, (cf. LOPEZ IBOR, (1.972).

A este rasgo depresivo tenemos que aportar nuestra experiencia personal a lo largo de las entrevistas o diálogos con los enfermos; observando que mientras los varones manifestaban menos sus rasgos depresivos, las mujeres, concretamente dos, como comentamos párrafos atrás padecían previamente al PN.E. una depresión, en ambos casos en tratamiento psiquiátrico. En cuanto a los varones, aunque los primeros contactos daban la impresión de que "allí no ocurría nada", a medida que nos adentrába

mos en su biografía, se apreciaban contenidos y estados depresivos, pero, no en todos, ni incluso con la misma intensidad.

1.d. Cuestionario Cornell Index FN. 2.

Nuevamente se manifestó un desequilibrio significativo con $P < 0,001$ entre ambas muestras, apreciando las cifras más altas en los enfermos, o sea que el trastorno emocional de éstos es mayor.

V. CONCLUSIONES