

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

“RELACIÓN ENTRE LAS CRISIS CIRCUNSTANCIALES Y EL CÁNCER DE
SENO. UN ESTUDIO BASADO EN LAS TEORÍAS DE RYKE GEERD HAMER,
EN MUJERES CON CÁNCER DE SEÑO DE LA FUNDACIÓN FUDIS, 2010.”

SANDRA HIDALGO

PALOMA SALVADOR

DIRECTOR: DR. PATRICIO BENAVIDES

QUITO, 2010

DEDICATORIA

*A mi familia, en especial
a mi madre Martha
por todo el esfuerzo y apoyo
que me han brindado.*

Sandra Hidalgo P.

*A mis padres y familiares,
de quienes siempre he recibido
amor y confianza y por
haber estado en este camino
junto a mi.*

Paloma Salvador N.

AGRADECIMIENTOS:

*De manera especial
al Dr. Patricio Benavides por su
acertada guía y colaboración;
al Dr. Jorge Flachier y a la
Dra. Verónica Montero por su apoyo.*

*Desde hace miles de años,
la humanidad ha experimentado que en definitiva todas las enfermedades tienen un origen
psíquico, lo cual es ya una verdad científica sólidamente establecida en el patrimonio del
saber universal; tan sólo la medicina moderna hace de nosotros, seres animados,
un montón de fórmulas químicas.*

Ryke Geerd Hamer

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO PRIMERO	6
MEDICINA PSICOSOMÁTICA	6
1.2 Psicósomática, lo psicológico y las enfermedades corporales.	10
1.2.1 Origen y Factores Patógenos del cáncer.....	13
1.3. Presentación de la Germánica Nueva Medicina®.....	16
1.3.1 Un estudio controversial.....	31
1.4 La Ley de Hierro/Férrea del cáncer. La Primera Ley biológica de la Nueva Medicina.	33
1.5 El Cáncer de Seno según Hamer.	37
CAPÍTULO SEGUNDO	41
CRISIS CIRCUNSTANCIALES (PÉRDIDA Y SEPARACIÓN)	41
2.1 Definición de Crisis Circunstancial.	41
2.1.1 <i>Pérdida y separación</i> como crisis circunstanciales.....	45
CAPITULO TERCERO	65
PROCESO DE INVESTIGACIÓN	65
3.1 Aplicación de la Encuesta.....	65
3.2 Aplicación de la Entrevista.....	66
3.3 Resultados.....	67
CAPITULO CUARTO	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
BIBLIORGRAFÍA	76
ANEXOS	78

ABSTRACT

El presente, es un estudio de la relación entre las crisis circunstanciales y la enfermedad de cáncer de seno. Pretende aportar al conocimiento de la vinculación mente-cuerpo, revisando las teorías de la psicosomática y principalmente las teorías de Ryke Geerd Hamer, quien en la actualidad ha levantado gran controversia alrededor de sus teorías revolucionarias acerca del origen del cáncer, en donde se pone de manifiesto un evento altamente conflictivo, encargado de desencadenar el cáncer, siendo éste el producto de un programa biológico especial llevado a cabo en tres niveles: psique, cerebro y órgano.

El evento altamente conflictivo comparte similitud con las crisis circunstanciales susceptibles de presentarse en la vida de cualquier individuo. El cáncer de seno es una de las enfermedades más comunes de la época, de manera que, éste estudio pretende encontrar la relación que mantienen las crisis circunstanciales con las teorías de Hamer.

Se realizó el estudio en la fundación FUDIS (Fundación para el desarrollo integral de la sociedad) Amigos Del Mundo Frente al Cáncer, entrevistando a 23 mujeres con diagnóstico de cáncer de seno.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, en especial el de seno, es una de las principales causas de muerte en la mujer adulta. De acuerdo con los datos actuales¹ de la OMS (Organización Mundial de la Salud) más de 1.2 millones de mujeres son diagnosticadas con cáncer de seno anualmente en todo el mundo.

Las campañas preventivas e informativas del cáncer se han incrementado notablemente; proporcionan información de los aspectos médicos de la enfermedad, no obstante, suministran muy poca información acerca del entorno psicológico relacionado con el cáncer, aspecto que es importante tomarlo en cuenta durante y después del diagnóstico ya que permite sobrellevar la enfermedad de mejor manera.

Como mujeres y estudiantes de psicología nos hemos visto atraídas hacia el tema. El estudiar la carrera evidenció el permanente intento de vincular los acontecimientos psicológicos con los malestares físicos de los individuos y permitió plantearnos ciertos cuestionamientos acerca de la comprensión de los fenómenos psicológicos en relación con el cuerpo.

Los años de estudio sembraron en nosotras la inquietud de investigar la relación mente-cuerpo y nuestra motivación se vio reforzada gracias a la realización de las prácticas pre profesionales en instituciones médicas, donde pudimos evidenciar en varios pacientes, la presencia de un factor psicológico emocional, producto de una crisis circunstancial, como elemento subyacente a las enfermedades que presentaban.

Identificar estos fenómenos bajo la lupa de una teoría científica, nos ha significado la revisión de estudios y textos de autores que tratan este tema desde varias ramas de la medicina y la psicología. A partir de dichas lecturas indagamos en la historia de los pacientes y pudimos detectar que en ciertos casos, detrás de cada paciente diagnosticado con algún tipo de enfermedad, se había experimentado, previo a la detección de la misma, un acontecimiento relacionado con un evento muy dramático, en algunos de los casos las crisis circunstanciales habían sido su principal componente.

¹Datos obtenidos de la página oficial de la OMS. www.emro.who.int/ncd/cancer_breast.htm Acceso: mayo 30, 2010.

De entre los autores y las teorías psicosomáticas revisadas encontramos los postulados de Ryke Geerd Hamer creador de la Germánica Nueva Medicina®, quien brinda una relación precisa entre psique, cerebro y órgano. Afirma que detrás de cada enfermedad existe la presencia de un evento dramático: un conflicto biológico que es tramitado por la subjetividad del individuo y que es responsable de la manifestación sintomática en los órganos.

Situar la frontera entre las enfermedades puramente biológicas y las psicosomáticas es tarea difícil, es por eso que nos sujetamos a las teorías de Hamer, que vinculan: psique, cerebro y órgano, para investigar el objeto del presente estudio gracias a dicha correlación tan directa. Con las teorías de Hamer encontramos la posibilidad de estudiar el aspecto psicológico que envuelve a una enfermedad específica como el cáncer de seno ya que para ésta indica la existencia de crisis circunstanciales de tipo pérdida y separación.

Estamos convencidas de que es tiempo de dedicar mayor número de estudios a dicho tema con el fin de aportar al conocimiento de los elementos psicológicos presentes en el origen del cáncer de seno.

Creemos importante que, dentro del interés preventivo de las campañas mencionadas, se incluya las herramientas psicológicas que favorecen a la confrontación de la enfermedad, así como también, si una vez detectada la influencia de los eventos psicológicos en el desencadenamiento de la enfermedad, procurar evitarlos, confrontarlos y sobrellevarlos de la mejor manera.

Por lo tanto, hemos decidido realizar el presente estudio, para lo cual se acudió a la fundación FUDIS (Fundación para el desarrollo integral de la sociedad) Amigos Del Mundo Frente al Cáncer, que ofrece atención integral a personas con diagnósticos de cáncer.

Al ser un tema complejo pretendemos profundizarlo de manera que el planteamiento del problema se establece en la relación existente entre las crisis circunstanciales y el cáncer de seno. ¿Cómo se relacionan crisis circunstanciales con el cáncer de seno? es la pregunta que surge en este caso y cuya respuesta nos encaminó a cumplir con los objetivos de la presente disertación.

Como objetivo general se propuso establecer la relación entre el cáncer de seno con las crisis circunstanciales que han experimentado las mujeres con ese diagnóstico y determinar la importancia de estas crisis en el proceso de enfermar.

Hemos hipotetizado que las mujeres que están bajo diagnóstico de cáncer de seno han sufrido, previo al diagnóstico, eventos de pérdidas y separaciones que fueron inesperadas y vivenciadas de manera dramática.

El procedimiento seguido en la investigación se basa en la exposición teórica de los enfoques y perspectivas sobre el problema que cuenta con un desarrollo secuencial de los contenidos presentados por capítulos.

El capítulo primero hace un breve recorrido de la vinculación mente y cuerpo desde la época antigua hasta la época actual. Expone las teorías de la psicósomática e incluye los fundamentos de las teorías de la Germánica Nueva Medicina® de Ryke Geerd Hamer en conjunto con la controversia que lo rodea.

El segundo capítulo abarca la definición de crisis circunstanciales en especial las de contenido de pérdida y separación más las características de las mismas.

El tercer capítulo comprende el proceso investigativo llevado a cabo. Inicia con el diseño de la encuesta y del procedimiento seguido para su aplicación que permitió seleccionar las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno que hayan atravesado por una crisis circunstancial. Expone los parámetros tomados en cuenta para la selección de pacientes a ser entrevistadas y la estructuración de la entrevista que logró brindar los datos necesarios para determinar la relación entre el diagnóstico con la crisis circunstancial. Finalmente la exposición de los resultados obtenidos y el análisis respectivo.

El cuarto capítulo presenta las conclusiones a las que se llegó con la investigación y las recomendaciones que surgen de ella.

Con esta investigación aportamos nueva y más información a todos quienes se interesen por los temas de salud en donde lo psicológico juega un papel esencial. Este estudio se presta para ser tomando en cuenta por futuras investigaciones y para que, por sobre todo, contribuya con la búsqueda del alivio de los pacientes.

CAPÍTULO PRIMERO

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Antecedentes de la Psicología. Desde tiempos muy antiguos hasta el día de hoy, la historia de la vinculación mente-cuerpo ha sufrido diferentes concepciones. Ha sido olvidada y retomada varias veces, y en la actualidad atraviesa por un momento en que las ramas médicas están dando mayor importancia a la influencia de la psicología del individuo en el proceso de enfermar. A continuación se presenta un breve recorrido de la historia de la vinculación mente-cuerpo.

La palabra “psicosomática” proviene del griego *psyché* y *soma* que significan alma y cuerpo respectivamente, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. El concepto de enfermedad en tiempos de los antiguos griegos ya contaba con las primeras relaciones mente-cuerpo. Mitologías, religiones y filosofías ya trataban esta relación, pero era evaluada de manera distinta.

Uno de los pioneros en el estudio de medicina, Hipócrates (460-377 a.C.) planteaba la idea de que las enfermedades provenían del interior del cuerpo debido a un desequilibrio de los líquidos corporales o humores, desequilibrio que podría estar causado por el desorden del entorno del individuo y por trastornos emocionales. La concepción del estado de salud partía del equilibrio entre los humores (sanguíneo, melancólico, colérico y flemático). Señalaba que el miedo produce sudor y que la vergüenza acelera las pulsaciones y los latidos del corazón. (Spagnuolo, 2009. p.2)

Platón (429-347 a.C.) sostenía que el equilibrio entre alma y cuerpo mantenían el estado de salud y que los trastornos corporales o morales tenían influencia en los desórdenes mentales. Creía que era un error el querer comprender por separado la enfermedad del cuerpo y del alma. (Spagnuolo, 2009. p.2)

Vesalio (1514-1564) escribió el libro *De Humani Corporis Fabrica (Sobre la estructura del cuerpo humano)* que brindó una visión anatómica y mecánica del cuerpo que funcionaba según leyes de la física y de los fluidos. De ahí surge uno de los puntos donde se inicia el movimiento denominado *mecanicismo* que surge en el siglo XVII y que promovió una comprensión de causalidad física de los fenómenos, dejando de lado la existencia de entidades espirituales. (Alexander, 1970, p.103)

Con Descartes (1596-1650), pese que fue uno de los primeros en encontrar la relación mente y cerebro, la vinculación mente-cuerpo se separa radicalmente. El dualismo inaugurado por él, responde al distanciamiento entre la vida mental interior y la realidad física. El modelo cartesiano designó a la ciencia el campo de lo visible y a la religión lo no visible y espiritual.

No es sino hasta la Ilustración que se regresa la mirada a la influencia de lo psíquico sobre lo somático gracias al método empírico y la importancia a la razón que caracterizaba a la época. (Alexander. 1970, p.121)

Autores como Falconer (1788) con su obra *Disertación sobre la influencia de las pasiones en relación a los trastornos del cuerpo*, y Tissot (1798) con su libro *De la influencia de las pasiones del alma en las enfermedades, y los medios para corregir sus malos efectos* nuevamente proporcionaban referencias de la influencia de la mente sobre los cuerpos.

Los autores que aportaron luego nuevas ideas acerca de la vinculación mente-cuerpo son numerosos pero, no es sino hasta 1818 que el término psicósomático aparece en la literatura médica gracias al psiquiatra alemán Johann Chistian Heinroth quien explica la influencia de las emociones en la tuberculosis, el cáncer y la epilepsia.

Posteriormente con Charcot (1825-1893) se instaura la idea de que los síntomas de la histeria son la encarnación de una idea ocasionada por un incidente traumático, y con el psicoanálisis de Freud (1856-1939) se reintroduce la importancia de lo subjetivo en los procesos de enfermar. Con el método freudiano de asociación libre se posibilita el estudiar los fenómenos psíquicos gracias a que se integra al inconsciente como elemento fundamental y de gran influencia sobre lo somático.

Freud descubre que en la histeria, las tensiones emocionales rechazadas por la conciencia toman vía de expresión mediante los órganos. Freud destaca dos aspectos importantes en la etiología del síntoma. Por un lado el carácter traumático de la situación desencadenante y por otro el refuerzo del síntoma por simbolización “(...) a la conversión se le abrió un camino determinado. Pero allí sustenté también la tesis de que la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional por vía de simbolización (...)” (Freud, 1895, p.188)

Quien reintroduce el término medicina psicosomática fue un discípulo y médico de Freud, Felix Deutsch con la publicación de los artículos: *El campo de la psicoterapia en la medicina interna* y *La posición del psicoanálisis en la clínica interna*.

Así se indica que el desarrollo de la medicina psicosomática ha dependido de los conceptos y metodologías empleadas. Hasta antes de Freud no se contaba con la metodología que permitía un estudio preciso de las causas de los fenómenos psíquicos que influenciaban en el cuerpo.

El fisiólogo Walter Cannon (1871-1945) (citado en Alexander, 1970) realizó experimentos sobre los efectos producidos en el cuerpo por la ira y el miedo, demostrando que el organismo responde ante situaciones de emergencia con cambios adaptativos en su fisiología preparando al organismo para la contener la situación producida por las emociones. Por ejemplo el miedo y la ira activan las glándulas suprarrenales que estimulan la producción de carbohidratos de manera que se produzca azúcar que a su vez se convierte en glucosa a disposición de proporcionar energía.

Los estudios de Cannon sumados a los de Pavlov (1849-1936) dan nacimiento a la psicofisiología que posibilitaron la utilización de técnicas metodológicas controladas para medir la relación entre estímulos externos y respuestas fisiológicas.

Felix Deutch y George Groddeck (citado en Alexander, 1970) eran quienes más prestaban importancia a los factores emocionales, no únicamente en los síntomas de conversión histérica sino también en las enfermedades orgánicas crónicas. Groddeck, por ejemplo, estipuló que las enfermedades orgánicas eran de naturaleza psicológica, sosteniendo la teoría de que el inconsciente es el principio formativo de todos los procesos normales o anormales. El mismo autor citado en Grossman, por ejemplo, explica que el dolor de cabeza “El medio más

ampliamente utilizado por el inconsciente para impedir el pensamiento”. (Grossman, 1967, p.63).

Alexander (1891-1964) fue el fundador del instituto Psicoanalítico de Chicago dedicado al estudio de los problemas psicosomáticos. Con él surge la teoría de la especificidad en donde una enfermedad determinada es originada por un conflicto intrapsíquico específico. Relacionaba principalmente diversos trastornos del aparato gastrointestinal con los rasgos psicológicos que pudieran ser típicos de las diversas enfermedades.

Estudios de Flanders Dunbar (1902-1959), centrados también en enfermedades orgánicas, describen la relación entre las lesiones orgánicas con los rasgos de personalidad, otorgó a cada trastorno psicosomático un perfil de personalidad. De entre estos resultados se encuentran la personalidad del ulceroso, del enfermo coronario y del enfermo artrítico. Así afirmaba, por ejemplo, que “Las actuales evidencias indican que los que sufren de asma, fiebre de heno, o rinitis vasomotriz tiene, en general, el mismo esquema fundamental de personalidad con importantes variaciones menores, ya sea constitucionales o psicodinámicas” (Dunbar, 1958, p. 17).

Alfred Adler (1870-1937) contribuyó a la relación mente y cuerpo señalando que la ley fundamental de la vida es la superación, siendo los órganos que expresan ideas y sentimientos productos de un mecanismo de superación causado por el sentimiento de inferioridad. Así, “un niño que acusa, por ejemplo, una conducta dócil, pero que padece enuresis nocturna, expresa con ello muy claramente su opinión de no querer someterse a la obediencia que se le exige” (Adler, 1964, p.77)

Estudiando la estructura de la relación médico-paciente, el médico Michael Balint (1896-1970), planteo que la medicina más frecuentemente utilizada en la práctica médica es el propio médico. (Balint, 1966, p.178)

Las teorías sistémicas brindan gran aporte a la comprensión de la psicosomática tomando en cuenta el entorno en el que se desenvuelve el paciente psicosomático. Indican las características presentes en las familias del enfermo. Salvador Minuchin (citado en J. Toro)

instó las características más predominantes de estas familias: sobreprotección, incapacidad de solucionar conflictos, rigidez y sobreenvolvimiento.

1.2 Psicósomática, lo psicológico y las enfermedades corporales.

Lo psicológico y las enfermedades. Las manifestaciones psicósomáticas se evidencian cotidianamente. Si una persona se asusta, aumenta su ritmo cardíaco y la respiración se agita. Si el individuo se disgusta o se irrita, su estómago se altera y algunos músculos se tensan. Si se siente tristeza o se presenta un acontecimiento trágico, las glándulas lacrimales segregan lágrimas y se produce el llanto. Así mismo, un buen chiste hace contraer los músculos faciales y el diafragma, produciendo la risa.

También ocurre lo mismo en el caso contrario. Los síntomas corporales tienen influencia sobre lo psíquico. Dolores agudos producen irritabilidad, debilidad y desgano. En el caso de enfermedades graves, es conocido que el estado de ánimo del individuo influye en el camino de regreso a la salud.

Los fenómenos cotidianos que provocan complejos procesos corporales como: el ritmo cardíaco, la circulación sanguínea, actividad gástrica, etc. son fenómenos psicósomáticos que al presentarse casi cotidianamente no llaman la atención y por lo tanto no son objeto de estudio.

El estudio científico de dichos fenómenos conlleva cierta dificultad, puesto que, se puede medir y hacer un estudio objetivo de las manifestaciones fisiológicas, como la alteración estomacal pero, la causa de ésta irritación, la ira por ejemplo, es difícil de objetivarla pues es una experiencia subjetiva. Para estos puntos, vulnerables o no de estudio y verificación, la clínica tiene distintas perspectivas, éstas han conducido a la dicotomía entre la relación mente-cuerpo de las distintas concepciones del término *psicósomática*.

Puntualmente el estudio de la psicopatología se encarga de los factores psicológicos que afectan a las enfermedades médicas. Es importante distinguir este tipo de estudio con trastornos o síntomas que de manera errada son confundidos como psicopatológicos. Ejemplo de aquello son los trastornos facticios y de simulación, en donde los primeros son la manifestación de síntomas psicológicos y/o físicos provocados deliberadamente por el individuo y se encuentran bajo el control del mismo pese a que su causa y finalidad es de contenido inconsciente. Mientras que en la simulación el individuo finge y controla sus síntomas de manera consciente y con una finalidad específica.

El empleo del término psicopatológico se utiliza con frecuencia a lo que se conoce como *Trastornos Somatomorfos* que son trastornos que se caracteriza por la presencia de síntomas o lesiones que carecen de comprobación médica y en donde los factores psicológicos contribuyen a la aparición, agravamiento y duración del síntoma.

Los Trastornos Somatomorfos están exentos de simulaciones o síntomas provocados intencionalmente, no están bajo control del individuo y se deben distinguir de la *Simulación o Trastornos Facticios*. A continuación se presenta los trastornos contenidos dentro de los *Trastornos Somatomorfos* según el Dr. Ricardo J. Toro G. y el Dr. Mauricio Sierra S. autores del libro *Fundamentos de Psiquiatría*. En el capítulo *Trastornos Somatomorfos*.

Trastorno de Somatización también conocido como Síndrome de Briquet que presenta una manifestación sintomática en varios órganos o sistemas sin que se encuentre una lesión orgánica. El DSM-IV describe criterios para este trastorno: un historial de síntomas somáticos antes de los 30 años, por lo menos dos problemas gastrointestinales, dolor en mínimo cuatro partes distintas del organismo, un problema de tipo sexual y síntomas conversivos o disociativos.

Hipocondriasis. Según el diccionario Akal de psicología (R. Doron, 1998, p. 286) la etimología griega de la palabra revela e indica su empleo inicial como equivalente masculino de la histeria. Esta enfermedad está caracterizada por la creencia infundada del paciente de creer tener alguna enfermedad grave o por el excesivo miedo a padecerla. La creencia surge

del análisis exagerado y erróneo de alguna sensación corporal y se mantiene aun cuando el médico descarte la existencia de la enfermedad.

Trastorno Dismórfico Corporal o dismorfofobia es como se denomina al trastorno que genera una imagen distorsionada de la imagen física del paciente que le crea preocupación exagerada por un defecto físico real o inexistente. Comúnmente no existe defecto o deformación que lo justifique. En la mayoría de los casos en donde el defecto físico es real, suele ser muy leve. Frecuentemente estos pacientes evitan los encuentros sociales y mirarse al espejo por miedo a ser rechazados o en el caso opuesto, tienden a mirarse excesivamente en el espejo y criticar sus defectos.

Trastorno de Dolor se le atribuye a pacientes que se quejan crónica y persistentemente de dolor en una o varias partes del cuerpo que no tiene un origen verificable por la medicina y en donde los factores psicológicos estarían implicados. Comúnmente el paciente está inmerso en su dolor y niega tener problemas emocionales.

Trastorno Conversivo se caracteriza por la pérdida o alteración de algún órgano o sentido, provocando incapacidad para mover una o varias partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal en los cuales no se logra encontrar explicación médica alguna y se determina la influencia de factores de tipo psicológico. Histeria de conversión es el nombre que Freud le otorgaba a este fenómeno, ya que suponía que los conflictos inconscientes son “convertidos” a un órgano.

El autor Hans G. Preuss en su libro *Practica de la Psicoterapia Clínica* señala que es un error creer que la medicina psicosomática investiga la influencia de la mente sobre el cuerpo. Afirma que de lo que se ocupa en realidad, es de las respuestas reactivas simultáneas a ciertas reacciones que tienen lugar al mismo tiempo en la psique como en lo somático. Ejemplo de aquello es un episodio de estrés tal como un peligro inminente que provoca cambios en el organismo: en la presión arterial, en la actividad cardiaca, respiración etc. Al mismo tiempo provoca reacciones psíquicas como el miedo, ansiedad o confusión mental. Cuanto más intenso sea el episodio de estrés más severas suelen ser las consecuencias en el estado mental como en el organismo.

Preuss agrega además, que la extensión e intensidad de la reacción somática a un trauma no solo dependen del estado somático del individuo sino también de la índole o intensidad de su reacción afectiva. Cita como ejemplo que un paciente que sufre de angina de pecho sufrirá fácilmente una crisis mientras está sometido a un estado de ansiedad intenso y persistente. Dicha crisis a su vez aumentará la ansiedad del sujeto generando así un ciclo vicioso.

Es así que la reacción ante una situación traumática depende del estado del individuo en su conjunto que depende a la vez tanto en la esfera psicosomática como en la psíquica.

1.2.1 Origen y Factores Patógenos del cáncer.

El cáncer hace referencia al crecimiento desordenado y descontrolado de células. Las células normalmente crecen y se dividen y cuando mueren son eliminadas y reemplazadas por el propio organismo. En el caso del cáncer, las células cancerígenas “malignas” se dividen más allá de lo normal invadiendo otros tejidos o generando tumores.

*El Instituto Nacional del Cáncer en España*² manifiesta que el Cáncer es en realidad no una sino varias enfermedades. La manifestación sintomática entre una enfermedad de cáncer y otra, varía según el tipo de cáncer que es generalmente clasificado según el tejido a partir de cual las células se originan.

Según *La Sociedad Americana Del Cáncer*³ la causa exacta del cáncer es aún desconocida, pero se conoce que el factor más influyente es el factor genético, pues existen genes especializados en detener la multiplicación celular, cuando estos fallan o se modifican el cáncer puede aparecer.

²En internet. *Instituto Nacional del Cáncer de España*. <http://www.cancer.gov/espanol>. Acceso: Mayo 30, 2010.

³En internet. *Sociedad Americana del Cáncer* <http://www.cancer.org/index>. Acceso: Mayo 30, 2010.

Algunos tipos de cáncer son ocasionados por los hábitos de los individuos; como en el caso del cáncer al pulmón que se ve estrechamente relacionado con el consumo de tabaco o también el cáncer de piel, provocado por la excesiva exposición a los rayos ultravioletas.

La alteración celular ocasionada por los factores mencionados representaría un riesgo para la salud de acuerdo a la capacidad nociva de las mismas, es por eso que el cáncer se clasifica en benigno y maligno. La multiplicación o proliferación celular descontrolada es conocida como cáncer maligno, mientras que las masas, tejidos tumorales o la presencia de las células cancerígenas que no presentan reproducción o proliferación celular son benignas.

El cáncer se convierte en una amenaza para la salud del individuo ya que puede, en el caso de ser maligno, invadir y afectar órganos o tejidos cercanos, en muchos casos aun cuando son retirados quirúrgicamente pueden volver a reproducirse. Los tumores benignos son estudiados periódicamente puesto que pueden convertirse en malignos.

En el caso de un tumor benigno los riesgos para la salud son menores, son factibles de retirarlos quirúrgicamente bajo los riesgos que toda cirugía conlleva. Pueden ser peligrosos si es que obstruyen funciones mecánicas del organismo.

Las células que pertenecen a un cáncer local pueden desprenderse y migrar por la sangre o por los vasos linfáticos e instalarse en cualquier otro tejido u órgano del organismo. A éste fenómeno se lo conoce como “metástasis”.

Según la *OMS*⁴, la modificación que sufren las células al convertirse en malignas, cursan por un proceso que es causado por la alteración de factores genéticos, más alguna de las siguientes causas externas: por agentes físicos como la luz ultravioleta y la radiación ionizante; por sustancias químicas como el asbesto y el humo del tabaco y por ocasionales biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

Los mencionados son factores que predisponen a la enfermedad aunque las causas para contraer cáncer no están determinadas a ciencia cierta hasta el día de hoy. Para el cáncer de

⁴En internet. *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/mediacentre>. Acceso: Junio. 2010

seno existen diferentes factores de riesgo que según el Instituto Nacional de Cáncer de España se exponen a continuación.

Se toman en cuenta también como factores de riesgo al uso del alcohol, tabaco, al sobrepeso y la inactividad física.

En el cáncer de seno se reconocen principalmente dos tipos: el cáncer intraductal (el más común⁵) que afecta a los conductos galactóforos (transportan la leche desde la glándula al pezón) conocido como carcinoma *intraductal* y el cáncer glandular mamario o *carcinoma lobulillar* que inicia en los lobulillos de las glándulas mamarias encargadas de la producción de leche.

Según el Instituto Nacional de Cáncer de España los las mujeres que están mayormente predisuestas a contraer cáncer de seno son las que presentan las siguientes condiciones:

La edad aumenta el riesgo de contraer la enfermedad. La mayoría de las mujeres diagnosticadas de este mal supera los 60 años de edad aunque existe un altísimo incremento del caso en mujeres cada vez menores.

Los antecedentes personales son otro factor de riesgo, es decir, si la persona ya ha presentado enfermedad de cáncer anteriormente, así como los antecedentes familiares.

Las mujeres que nunca tuvieron hijos tienen mayor riesgo de contraer cáncer de seno, así como también las mujeres que tienen su primer hijo en edad avanzada. Entre más avanzada sea la edad para tener el primer hijo mayores son las probabilidades de contraer la enfermedad.

Tienen mayor riesgo las mujeres que han recibido radiación en el pecho antes de los 30 años. A más temprana edad se haya recibido la radiación se incrementa el riesgo de contraer cáncer de seno.

⁵ El carcinoma intraductal es el más común según los sitios web: Geosalud: www.geosalud.com/cancer/pacientes/cancerdemama. y Mednews de la Universidad de Bonn en Alemania: www.meb.uni-bonn.de/cancernet Acceso junio 03, 2010

Las mujeres que tuvieron su menarquía (primera menstruación) antes de los 12 años corren mayor riesgo. También las mujeres que tienen su menopausia después de los 55 años de edad. Así como quienes recibieron tratamientos hormonales para la menopausia.

La raza se toma en cuenta también puesto que las mujeres de raza blanca contraen esta enfermedad con mayor frecuencia que las de raza afroamericana, negra, latina o asiática.

1.3. Presentación de la Germánica Nueva Medicina®

Ryke Geerd Hamer es el creador de lo que en la actualidad se conoce como la *Germánica Nueva Medicina®* (GNM por su siglas en inglés). Culminó sus estudios en Teología y Medicina en la Universidad de Tübingen de Alemania.

Esta teoría surge a partir de que Hamer, en Agosto de 1978 y durante su estadía en Italia, recibe la noticia de que su hijo Dirk Hamer recibió una bala que le ocasionó una agonía de 4 meses seguida de su muerte en el mes de diciembre del mismo año. Poco tiempo después de la muerte de su hijo, Hamer desarrolló un cáncer testicular (teratocarcinoma intersticial del testículo derecho) y su esposa un cáncer de seno. Siendo ambos personas que siempre gozaron de salud, la aparición de estas enfermedades les resultó bastante extraña. Es entonces cuando Hamer asocia la enfermedad con la dolorosa e inesperada pérdida de su hijo.

Dicha asociación provocó en Hamer una investigación científica. En aquel tiempo era internista en la clínica oncológica de la universidad de Múnich, de manera que decidió indagar en la historia vital de los pacientes oncológicos y detectó que todos ellos habían atravesado por inesperadas experiencias dolorosas y/o muy preocupantes en un rango de tiempo cercano a la aparición de la enfermedad.

Las experiencias dolorosas se veían caracterizadas por ser: Altamente dramáticas, inesperadas (que toman al individuo a contrapié) y vividas con sensación de aislamiento y/o difíciles de comunicar.

Comprende entonces, que tanto él, su esposa y sus pacientes, habían experimentado un conflicto previo a la aparición de la enfermedad. A este evento conflictivo Hamer lo denominó “DHS” (Dirk Hamer Syndrome) ó Shock (utiliza éste término en inglés puesto que refleja en conjunto las características ya mencionadas).

Durante su trabajo con los pacientes oncológicos, se dio cuenta de que pese a ser un evento altamente dramático, no siempre era evidente el padecimiento de los pacientes. En muchos de los casos los familiares ignoraban que el hecho haya ocurrido.

(...) la mayor parte de los shocks vividos de este tipo o parecidos se reflejan sólo en el interior del paciente, sin que se noten en el exterior. Por otra parte no son menos dramáticos ni menos activos en el organismo del paciente, porque lo único importante es lo que el paciente percibe o ha percibido (Hamer. 1995, p.156)

Los conflictos de unos pacientes con otros compartían las mismas características mencionadas, no obstante la diferencia residía en el tipo de cáncer o el órgano afectado que variaban de acuerdo al contenido psíquico del conflicto que cada paciente había experimentado.

Guiado por la teoría de que todos los procesos orgánicos son controlados por el cerebro, analizó las TAC (Tomografía Axial Computarizada) junto con las historias clínicas y los reportes psicológicos de cada paciente. Como resultado encontró señales que se observan como un grupo de anillos concéntricos localizados en la zona cerebral que regula el órgano enfermo. Señales denominadas por colegas de Hamer, *focos de Hamer*, con sus siglas FH. (Ver ilustración 1)

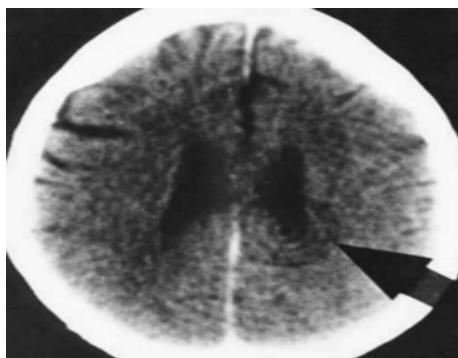


Ilustración 1

Hasta aquel entonces, esas señales eran consideradas fallas de la imagen del tomógrafo o la interferencia de artefactos anulares. Hamer tuvo la sospecha de que eran algo más que una falla. No descuidó este asunto y siguió su investigación revisando todos los escáneres cerebrales de sus pacientes. En un estudio junto con la SIEMENS⁶ constataron que dichas marcas no eran producidas por el tomógrafo, ya que si se fotografiaba la misma zona desde otro ángulo, la señal todavía era apreciable.

Cada vez que un DHS o shock ocurre, se impacta una determinada zona cerebral (formando el foco de Hamer) que a su vez manda una señal bioquímica a las células del órgano que éste regula, generando así: tumores, ulceraciones, necrosis, etc.

Así, el acontecimiento dramático, DHS o shock, corresponde a un nivel psíquico, el impacto o foco Hamer corresponde a un nivel cerebral y el tumor, la ulceración, etc. a un nivel orgánico.

El que un DHS o shock se implante en una zona cerebral que regula determinado órgano, tiene según Hamer, una función dentro de una programación evolutiva, es decir, que constan de un mecanismo que ayudará a contener la situación agravante permitiendo así, cumplir con la ley de supervivencia y preservación de la especie. Dicho mecanismo es lo que se conoce como enfermedad.

Así se da curso a las afirmaciones de lo que hasta ese entonces Hamer suponía: una relación psique – cerebro – órgano. Relación que es entonces susceptible de verificación mediante una TAC. Fue, según Hamer, la primera vez que se postula de manera tan precisa dicha relación observable por medio de un artefacto y que además se le otorga un sentido biológico a la enfermedad.

En un contexto sistemático Hamer coloca la relación psique, cerebro y órgano como modelo de razonamiento de la siguiente manera: La psique - programador, el cerebro - ordenador y los órganos – máquina, tal como lo hace un computador.

⁶ La copia escaneada del reporte oficial de la SIEMENS (Fábrica de los tomógrafos) se encuentra adjunta en la sección Anexo 1.

Este es el punto más importante de la investigación pues, según lo que él considera, es un nuevo paradigma en la ciencia médica y la psicología. Por cada síntoma psíquico habría también un síntoma cerebral y un síntoma en el órgano correspondiente que además contienen un sentido biológico.

La razón de que los conflictos psíquicos estén relacionados con el cerebro se explica mediante la embriología, afirma Hamer. Durante los primeros 17 días de desarrollo del embrión se desarrollan tres capas germinales: endodermo, mesodermo y ectodermo de donde se originan todos los órganos y tejidos y que a su vez son controlados por las partes del cerebro. Estas capas corresponden a los periodos de evolución⁷ que atravesó la especie, desde organismos unicelulares hasta el hombre. Cada una de ellas está diseñada para responder a conflictos que pongan en riesgo la sobrevivencia y la conservación de la especie. (Ver ilustración 2)

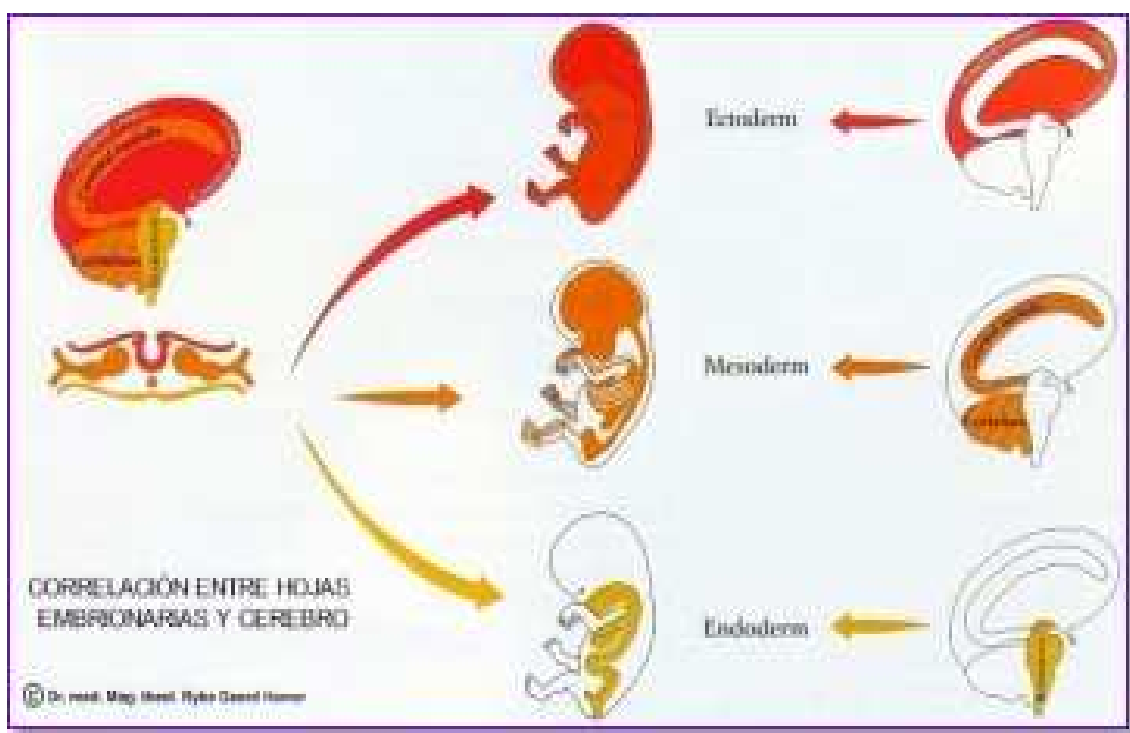


Ilustración 2

⁷ Sujetándose a la teoría evolucionista de Darwin.

En la figura se observa con color amarillo los primeros órganos que se desarrollaron correspondientes a la capa endodérmica controlada por el tronco cerebral. De color naranja se observan los órganos correspondientes a la capa mesodérmica controlados por el cerebelo y la sustancia blanca. En Rojo esta graficado la capa embrionaria ectodérmica controlada por la corteza cerebral.

Así, el tronco cerebral (la parte más antigua del cerebro) controla la mayoría de órganos gastrointestinales de origen endodérmico (ver cuadro 1) que se desarrollaron cuando primaban únicamente las funciones básicas: la alimentación (órganos del canal alimentario), respiración (Pulmones) y reproducción (útero y próstata). Por lo tanto y según Hamer, el contenido de los conflictos que anteceden a la enfermedad son de ésa índole: *alimentación, reproducción y respiración*.

Es decir que, por ejemplo, un suceso inesperado DHS o shock que ponga en riesgo la vida del individuo, puede estar relacionado, en sentido figurativo, con el “dejar de respirar” y puede impactar la zona cerebral que controla los pulmones ocasionando algún tipo de afección.

Cuadro 1

Órganos y tejidos que derivan del endodermo son:	
• Boca (submucosa)	• Hígado y Páncreas
• Paladar	• Estómago y Duodeno
• Lengua	• Intestino delgado y Colon
• Amígdalas	• Sigmoides y Recto (tercio superior)
• Glándulas Salivales y Parótidas	• Vejiga
• Naso-Faringe	• Túmulos Colectores del Riñón
• Glándula Tiroides	• Próstata
• Esófago (tercio inferior)	• Útero y Tubas Uterinas
• Pulmones (alvéolos pulmonares)	• Núcleo de los Nervios Acústicos
• Células en cáliz	

De igual manera, La capa germinal Mesodérmica está controlada por dos partes del cerebro: el cerebelo “cerebro antiguo” que controla órganos o tejidos como las glándulas mamarias, pericardio, etc. (Ver cuadro 2) y por la sustancia blanca “cerebro nuevo” que controla órganos o sistemas como los huesos, músculos, sistema linfático, etc. (ver cuadro 3).

Cuadro 2

Los órganos y tejidos que derivan del mesodermo del cerebro antiguo son:

- Corium de la piel (piel profunda)
- Pleura (cubierta de los pulmones)
- Peritoneo (cubierta de la cavidad abdominal y de los órganos abdominales)
- Pericardio (piel que cubre al corazón)
- Glándulas mamarias (glándulas productoras de leche)

Cuadro 3

Los órganos y tejidos derivados del mesodermo del cerebro nuevo son:

- | | |
|---|--|
| • Huesos (incluye dentina del diente) | • Músculos (musculatura estriada) |
| • Cartílago | • Miocardio (80% de la musculatura cardiaca) |
| • Tendones y Ligamentos | • Parénquima renal |
| • Tejido conectivo | • Corteza adrenal |
| • Tejido graso | • Bazo |
| • Sistema linfático (vasos y ganglios linfáticos) | • Ovarios |
| • Vasos sanguíneos (excepto vasos coronarios) | • Testículos |

Estas capas se desarrollaron cuando las necesidades de la especie ya requerían de un tipo de protección del clima (corium de la piel o piel profunda) y de musculatura y huesos para trasladarse, conseguir alimento o huir de depredadores. Por lo tanto, el contenido de los conflictos que afectan a los órganos implicados son del tipo: *protección-movilización-huida*.

La corteza cerebral (la parte más nueva del cerebro) controla la mayoría de los órganos de origen ectodérmico (ver cuadro 4). Que se desarrollaron cuando las necesidades eran de naturaleza más avanzadas: conflictos territoriales “marcar territorio” (riñones, vejiga, uréter, uretra) conflictos de separación “contacto” (epidermis-piel).

Cuadro 4

Los órganos y tejidos que derivan del ectodermo son:

- Epidermis (piel)
- Periostio (piel que cubre a los huesos)
- Boca (mucosa superficial), incluyendo labios, paladar, encías, lengua, y recubrimiento de los conductos de las glándulas salivales.
- Membrana nasal y de los senos (paranasales, frontales, etc.)
- Oído interno
- Lentes, córnea, conjuntiva, retina y cuerpo vítreo de los ojos
- Esmalte dental
- Recubrimiento de los conductos galactóforos (mamarios)
- Recubrimiento de los conductos faríngeos
- Recubrimiento de los vasos del corazón (arterias y venas coronarias)
- Esófago (2/3 superiores)
- Mucosa laríngea
- Mucosa bronquial
- Recubrimiento del estómago (curvatura menor)
- Recubrimiento de los conductos biliares y vesícula biliar
- Recubrimiento de los conductos pancreáticos
- Cuello uterino y vagina
- Recubrimiento de pelvis renal, vejiga, uréter, y uretra
- Recubrimiento del recto (parte distal)
- Células nerviosas del Sistema Nervioso Central

Los conflictos a los que se hacen mención son conflictos puramente biológicos que desencadenan un programa biológico de contención de los mismos que son puestos en funcionamiento ante una situación que amenaza al individuo. Luego, estos programas biológicos son tramitados por la subjetividad del sujeto otorgándole un contenido psíquico de cierto matiz que localiza el foco Hamer en el cerebro y por consiguiente la afección en el órgano.

Así, cada una de las enfermedades manifestadas en la afección de cualquier órgano tiene un sentido biológico que ha sido llevado a cabo gracias a una orden cerebral y ésta es a su vez activada por un contenido psíquico que corresponde a los conflictos propios de alguna de las capas embrionarias, de manera que se instaura un programa que ayude con la contención del conflicto biológico al cual el individuo se ve enfrentado.

Hamer asegura que las enfermedades son programas biológicos con pleno sentido SBS (Sinnvollen Biologische Sonderprogramme) que auxilian al organismo frente a un evento inesperado ayudándolo a contenerlo. Afirma que en la naturaleza todo tiene un sentido biológico, que nada está enfermo o es “maligno” ya que lo que se conoce como enfermedades es una interpretación parcial del denominado SBS.

Un programa biológico especial sería, por ejemplo, y para interés de esta investigación, que una madre enferme para provecho de su hijo o de su pareja. Quiere decir que si vive un conflicto: “su hijo en peligro de muerte”. Su cerebro dará la orden a la glándula mamaria de proliferar células que permitan generar leche. En un sentido biológico si una madre da de lactar a su cría ésta tendría más posibilidades de sobrevivir al ser bien alimentada.

Con el transcurso de la investigación, Hamer determina que éste proceso se extiende a todo tipo de enfermedades inclusive a aquellas enfermedades en donde los microorganismos juegan en el papel principal⁸.

En el momento del DHS puede suceder también que en ese preciso instante el cerebro registre aquello con lo que el individuo se mantenga en contacto, con lo que le rodea, con lo que pueda asociar de manera visual, auditiva u olfativa, registrándolo para detectarlo en una futura ocasión y prevenir al individuo de futuros eventos como aquel.

Quiere decir, por ejemplo, que es posible que, si un individuo se encuentra al momento de un DHS comiendo un alimento en particular o percibiendo un aroma, el cerebro asociará dicho acontecimiento con lo que se esté en contacto y en próximas ocasiones si alguno de estos

⁸ El estudio del rol de los microorganismos en las enfermedades se lo expone más adelante con la Ley del Sistema Ontogénico de los Microorganismos.

alimentos u olores se vuelve a presentar, el cerebro dará la orden al cuerpo de reaccionar como medida de alerta para no repetir el evento que ocasionó un conflicto. Este es el mecanismo que Hamer le otorga a las alergias.

Hamer asegura que este proceso: DHS- foco Hamer- Órgano se repite siempre y en todos los casos de manera que le asigna a este fenómeno el carácter de Ley, la primera ley biológica de la Nueva Medicina: *“Todo SBS (Programa Especial con Sentido biológico) tiene su origen en un DHS (Síndrome Dirk Hamer), que es un shock inesperado, muy agudo, vivido en soledad, que ocurre simultáneamente en la Psique, Cerebro y en el Órgano correspondiente.” R. D. Hamer.*

Estos programas biológicos o enfermedades son programas con pleno sentido y que además cursan por dos etapas, siempre que se llegue a la solución del conflicto. Las dos etapas son: *fase uno o fase activa y fase dos (subdividida en A y B)*. En la medicina convencional a estas dos fases se las conocía como enfermedades diferentes: las llamadas enfermedades frías y enfermedades calientes. Hamer asegura que las frías son la primera fase de las segundas.

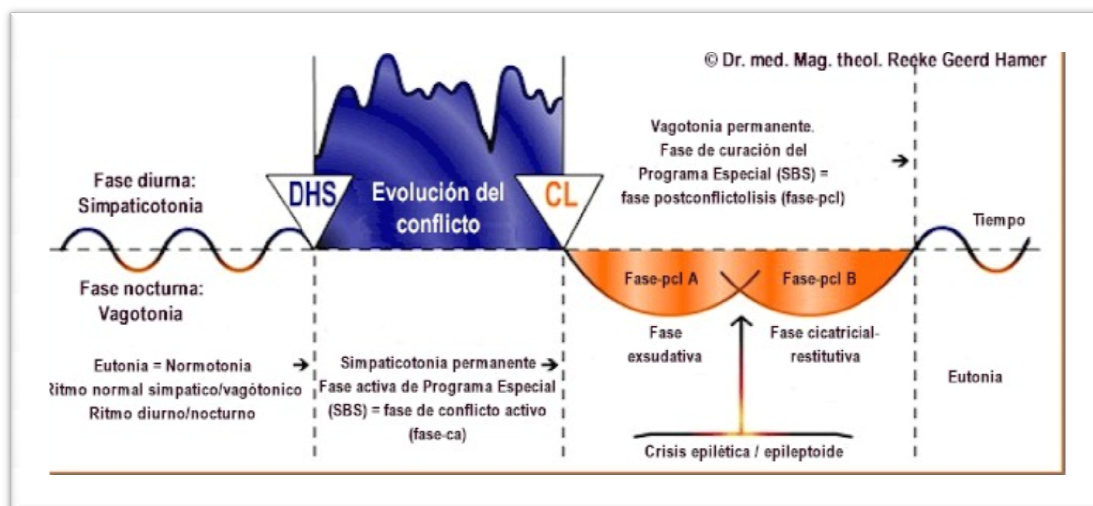
El autor de la GNM afirma que éste fenómeno bifásico se repite siempre y en todos los casos siempre y cuando el conflicto se logre solucionar.

Esté proceso bifásico por el que cursan las enfermedades o los SBS corresponden a la *Ley de Carácter Bifásico de todos los Programas Especiales de la Naturaleza con pleno Sentido Biológico* de la Nueva Medicina (ver Ilustración 3).

De manera que una vez ocurrido el shock, el DHS se inicia con la fase activa o fase uno que a nivel psíquico somete al individuo en un estado constante de preocupación, pensamiento continuo y obsesivo en torno al conflicto, estrés y dificultades para dormir. El individuo está en Simpacotonía⁹ permanente, es decir en un altísimo nivel de estrés. El sujeto piensa día y noche entorno a su conflicto e intenta resolverlo.

⁹ Simpacotonía. Estado del organismo que se caracteriza por un predominio del sistema nervioso simpático. En internet. www.doctisismo.es/ diccionario médico. Acceso: Mayo 27 del 2010.

Ilustración 3



A nivel cerebral, en la fase activa los focos Hamer se muestran en el escáner cerebral como visibles anillos concéntricos tal como se mostró en la figura 1. A nivel orgánico se presentará pies y manos frías y retención de líquidos.

En los órganos regidos por el paleoencéfalo se manifestará: proliferación celular (como proceso de utilidad para solucionar el conflicto). Mientras que en los órganos regidos por el neoencéfalo se presentará: necrosis, úlcera o alteración de la funcionalidad o reducción celular¹⁰.

El conflicto biológico puede resolverse con la ayuda de una alteración orgánica. Así por ejemplo en una úlcera coronaria durante la fase de conflicto activo se dilatan las paredes de las arterias coronarias, de manera que pasa más sangre y oxígeno por éstas para nutrir el corazón y así la fuerza y resistencia del individuo aumenta.

Cuando el conflicto se prolonga y se hace persistente, evidentemente la fase activa es de prolongada duración, al ser el cuerpo un ente biológico, la persistencia del conflicto puede ocasionar agotamiento y desgastamiento.

¹⁰ Este fenómeno es explicado en las páginas siguientes al tratar la *Ley del Sistema Ontogénico de los tumores y enfermedades análogas al cáncer*.

La fase activa se suspende con la solución del conflicto, es decir, el momento en que el individuo ya se encuentra fuera de peligro, cuando ya ha resuelto su situación. A este momento se lo denomina *conflictolisis* (CL).

Inmediatamente solucionado el conflicto se inicia la fase de reparación o *postconflictolisis* (fase Pcl), fase dos o vagotonía¹¹. La fase postconflictolisis cursa por tres momentos: fase PclA, crisis epileptoide, fase PclB ó renormalización vegetativa. Durará aproximadamente el tiempo que dura la fase activa y se ve mayormente caracterizada, a nivel psíquico, por una sensación de bienestar y alivio. A nivel corporal se presenta gran cansancio, apetito, manos y pies calientes, en la mayoría de casos existe la presencia de fiebre y dolor de cabeza. Es el momento en que el organismo inicia una reparación o un recorrido de vuelta a su estado normal.

Durante la misma fase, los órganos que están regidos por el paleoencéfalo, al contrario de la fase activa, presentan: reducción o degradación de la previa proliferación celular. Por el contrario los órganos controlados por en neoencéfalo presentan restitución celular o proliferación celular. En la mayoría de casos ésta proliferación celular es conocida como masa tumoral.

En la fase PclA, a nivel cerebral, se forma en el lugar preciso del foco Hamer un edema cerebral (Ver ilustración 4) lleno de agua y líquido ceroso que protege al tejido cerebral que está en reparación. La hinchazón del edema cerebral causa síntomas como: dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, Etc.

Ilustración. 4

¹¹ Vagotonía. Estado del organismo que se caracteriza por un predominio del sistema nervioso parasimpático. En internet. www.doctisismo.es/ diccionario médico. Fecha de acceso: Mayo 27 del 2010.



Lo que en la fase activa se veía como una formación de anillos concéntricos ahora se los aprecia mucho menos nítidos y se observa una zona blanca que es precisamente el edema.

Justo en medio de la fase Pcl se presenta un fenómeno llamado crisis epiléptica o epileptoide (CE) que se ve caracterizada con un incremento y agudización de los síntomas. Se inicia en el punto máximo de la reparación (ver ilustración 3).

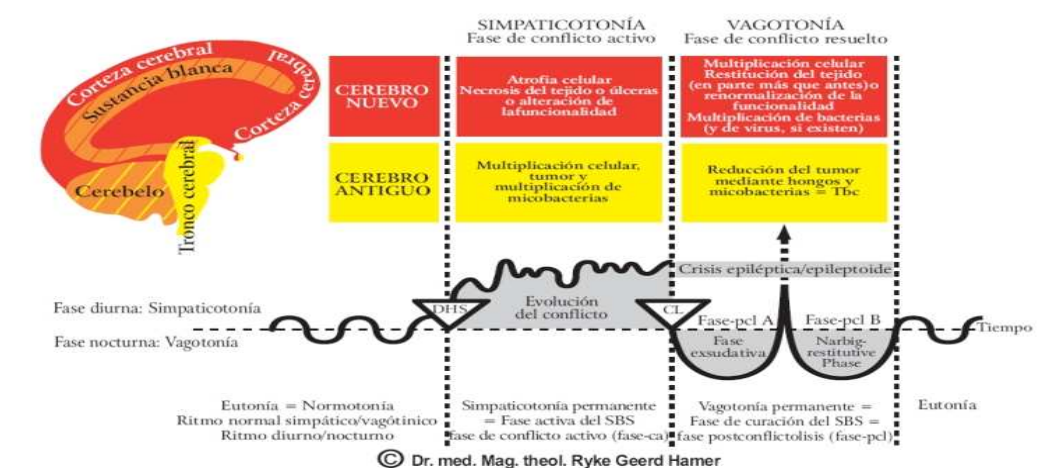
Se presenta al mismo tiempo en los 3 niveles (psique, cerebro y órgano). En el cerebro tiene la función de expulsar el edema cerebral dando paso a la siguiente fase PclB. tienen un transcurso clínico muy diferente según la localización del foco de Hamer en el cerebro. Es el punto de regreso a la normalidad.

En la siguiente y última fase postconflictolisis B (PclB) se produce la expulsión de líquidos básicamente la neuroglia, que es tejido conectivo cerebral acumulado en el sitio del edema. La cantidad de neuroglia que se concentra dependerá de la intensidad del conflicto en la fase activa. El exceso de neuroglia es lo que se conoce por la medicina convencional como tumor cerebral o glioblastoma.

Durante las fases del SBS los órganos regidos por el paleoencéfalo y neoencéfalo producen, según el programa biológico de cada enfermedad, proliferación o reducción celular. Detrás de

la proliferación celular (cáncer maligno), de la reducción celular o de la modificación de la funcionalidad de un órgano o tejido, existe un determinado sentido biológico, al cual el autor le otorgó el carácter de ley bajo el nombre de *Ley del Sistema Ontogénico de los Tumores y Enfermedades análogas al Cáncer*¹²,

Ilustración 5



En la ilustración anterior se observan dos grupos diferentes. El grupo amarillo corresponde al paleoencéfalo (tronco cerebral y cerebelo o mesodermo cerebeloso) y el rojo al neoencéfalo (sustancia blanca y corteza cerebral o cortex).

En la figura se observa también, que durante la fase activa del conflicto, los órganos regidos por el paleoencéfalo (grupo amarillo) producen tumores compactos con proliferación celular. Mientras que los órganos regidos por el neoencéfalo (grupo rojo) cursan con destrucción celular (necrosis o ulceración) en la fase activa.

El grupo amarillo correspondiente al paleoencéfalo, en la fase Pcl, cursa con reducción tumoral por medio de microbios. El grupo rojo, en la misma fase, cursa con restitución de las

¹² Posteriormente Hamer sustituye el nombre de ésta ley por: Ley del sistema ontogénico de los programas Especiales de la Naturaleza con Sentido Biológico (SBS)

necrosis y úlceras mediante tumefacción y formación de quistes, son líquidos en un inicio que se endurecen en la fase Pcl como por ejemplo: el callo óseo y el quiste de ovario.

La GNM alega que la medicina convencional no reconoce el tipo de correlación psique-cerebro-órgano, de manera que no identifica las dos etapas de la enfermedad (fase activa y postconflictolisis) ni el sentido biológico de la enfermedad, por lo tanto, a todo lo que causa una proliferación celular se le asignan el carácter de maligno.

Tanto en la fase activa como en la fase postconflictolisis encontramos la presencia de bacterias, micobacterias y virus. Dependiendo del órgano en donde se presenta el síntoma y la fase del SBS por la que se esté cursando, intervendrán los microorganismos correspondientes. A este fenómeno Hamer también le otorgó el carácter de ley: *Ley del Sistema Ontogénico de los Microbios*.

A cada grupo de órganos que se derivan de una misma hoja embrionaria le corresponden, en fase activa o en Pcl, un tipo de microbios específicos relacionados con dicha hoja embrionaria. Hamer afirma que los microbios entran en funcionamiento para optimizar el SBS.

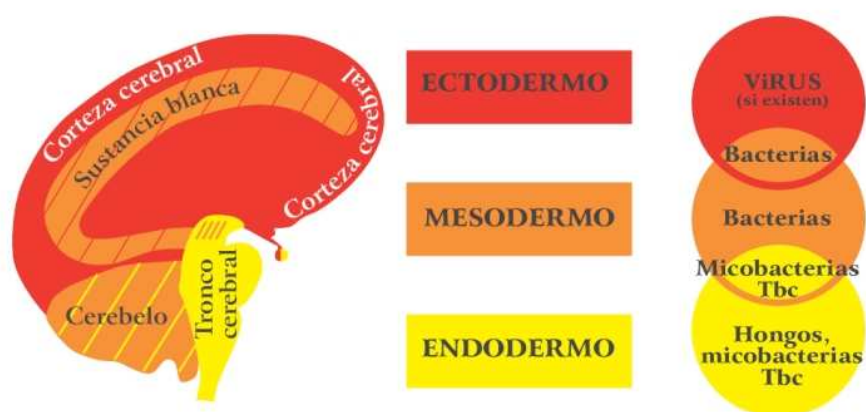
Todos los microbios están controlados por el cerebro dice Hamer. El sistema inmunológico no existe como tal, en la medida en que se comprenda que no existe benignidad ni malignidad a la que se deba combatir, sino procesos normales guiados por una orden cerebral. Es decir, bajo una orden del cerebro los microbios entran o no en funcionamiento.

Según Hamer, mediante una orden del cerebro los microbios supuestamente patógenos se transforman en microbios benignos, apatógenos, que se retiran a algún sitio de nuestro organismo donde no interfieren, pero en donde en cualquier momento pueden ser reactivados, tan pronto se necesite su intervención que siempre y sin excepción se lleva a cabo en la fase-Pcl y en los órganos correspondientes.

Contrariamente a lo que se ha venido creyendo, Hamer afirma que los microbios son nuestros aliados. Es el cerebro quien envía la orden a los virus, hongos o bacterias para que intervengan unos u otros según el trabajo que tengan que realizar. Se subdividen según el origen embrionario de los tejidos; intervienen a modo de descombradores de células (para los órganos de origen

mesodérmico, regidos por el cerebelo) y como restauradores de las reducciones celulares o necrosis (en los órganos derivados del mesodermo regidos por la sustancia blanca (ver ilustración 6)

Ilustración 6



Relación entre **CEREBRO - HOJA EMBRIONARIA - MICROBIOS**

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Las vacunas impiden a las bacterias hacer su trabajo y sin ellas algunos procesos importantes no pueden llevarse a cabo. Entonces el organismo ya no está en capacidad de distinguir entre lo útil y lo perjudicial, de manera que nuestro sistema inmunitario se debilita por dicha razón.

Incluyendo el papel de los microorganismos, Hamer asegura que los comportamientos del hombre, incluyendo sus enfermedades, están determinados por programas especiales de supervivencia grabados en el cerebro durante todo el proceso evolutivo. Con la GNM la enfermedad es una solución biológica que posibilita la supervivencia. A esto se le suma el sentido biológico de la enfermedad (presentado anteriormente) y que Hamer denomina *Ley de la quintaescencia*.

Enfermedades Mentales. Cada vez que un individuo sufre dos o más conflictos que permanecen activos en los dos hemisferios, se presentan las conocidas enfermedades mentales

y psicopatías que Hamer denomina *constelaciones*. Todas éstas tienen una correlación cerebral y una correlación orgánica.

En éste estado mental el paciente se encuentra en una realidad suya y es precisamente ésta situación particular que le salvará la vida en caso de que resuelva alguno de sus conflictos ya que en éste estado no se presentan edemas cerebrales propios de la fase de reparación o Pcl que son de altísimo riesgo para la vida del individuo. Es decir, ante la presencia de dos o más conflictos el individuo entra en *constelación* evitando el contacto con la realidad de modo que los conflictos no sean resueltos al mismo tiempo.

En este estado, el nivel cuantitativo de estrógenos, progesterona y testosterona se ven sometido a otro mecanismo de regulación que Hamer denomina como *tablas hormonales*, que son una especie de bloqueo mutuo entre hormonas masculinas o femeninas. Según la localización y connotación de los conflictos se presentarán: depresión, paranoia, esquizofrenia, manía, obsesión, megalomanía, etc.

1.3.1 Un estudio controversial

Se considera oportuno presentar la controversia generada alrededor de los estudios de Hamer previo a la exposición de sus teorías acerca del cáncer, ya que su investigación se inició en el área oncológica desatando una controversia que ha durado alrededor de 25 años.

La Germánica Nueva Medicina® se presenta a sí misma como un nuevo paradigma dentro de la medicina, y como una comprensión completa de la misma, pues afirma que la medicina convencional sólo conoce parcialmente al proceso de enfermar, es decir, que estudia la primera o la segunda fase del recorrido de la enfermedad desde que se presenta el SDH, ésto debido al desconocimiento del SDH y de las fases de la enfermedad.

Por otro lado la medicina convencional no toma en cuenta, sino últimamente y en ciertas enfermedades, el aspecto psicológico como elemento crucial al momento de enfermar. La

GNM considera a la psiquis como la primera de las tres instancias de la enfermedad. Es la psique quien permite al sujeto tramitar su conflicto, de manera que ésta tramitación determina la localización del afección en el cerebro y por lo tanto en el órgano.

La Germánica Nueva Medicina® asegura que su estudio surge empíricamente al identificar las enfermedades como programas biológicos con pleno sentido, incluye un modo de curación revolucionario: dejar al cuerpo que cumpla con su proceso natural, reconociendo el conflicto causante del SBS, de manera que se reconozca por cual fase se está cursando para tomar medidas terapéuticas al respecto.

Este es el punto polémico de la GNM pues el hecho de no necesitar de mayor medicación y prescindir de un médico no está en los planes de quienes investigan y practican medicina así como tampoco de los fabricantes de los tan usados medicamentos. Por esta razón Hamer afirma ser perseguido y callado por quienes manejan dichos intereses.

Hamer afirma ser víctima de una conspiración Sionista que se ha apropiado de sus descubrimientos para aplicarlos únicamente entre judíos. Muestra de ello es el documento firmado el 17 de diciembre del 2008 en Noruega. El Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz firmó un documento¹³ en el que reconoce que los doctores judíos, especialmente oncólogos, utilizan dos tipos de tratamientos: uno para los judíos y otro para los no judíos. A los judíos se los trata con la Germánica Nueva Medicina® y a los no judíos con los tratamientos clásicos: quimioterapia, radiación, etc.

En 1981 el tribunal médico de la universidad de Tübingen se rehúsa a evaluar los estudios de Hamer. El tribunal del distrito de Coblenza le retira la licencia de médico bajo el dictamen de “no querer abjurar la ley de hierro del cáncer y no asumir las tesis convencionales del cáncer” prohibiéndosele cualquier proceso de revisión. También someten a Hamer a revisión psiquiátrica, obteniendo resultados que favorecieron a Hamer. En 1997 fue arrestado y sentenciado a 17 meses de prisión por: haber infringido la ley de práctica médica (por proporcionar información médica a 3 personas sin licencia médica).

¹³ La copia escaneada del documento original fue obtenido del sitio web *Free News*. Adjunta en la sección anexos. Anexo 2.

Pero hubo también quienes accedieron a verificar las teorías de Hamer. En Viena los doctores: Dr. E. Mannheimer, MD (clínica cardiológica, Viena), Prof. Pokieser y Prof. Dr. Imhof, probaron los descubrimientos de Hamer en 8 pacientes¹⁴. En 1988 el Univ. Prof. Dr. en Medicina Birkmeyer y el Dr. en Medicina Rozkydal de la Universidad de Viena y Austria, probaron la Ley del Hierro del Cáncer supervisado por 5 médicos comprobándola con el 100% de precisión¹⁵.

Así mismo en 1992 La Facultad de Medicina de la Universidad de Düsseldorf de Alemania probó las cinco leyes biológicas de la GNM en 24 pacientes con cáncer¹⁶. Seis años más tarde en 1998 la Facultad Médica de la Universidad de Trnava en Eslovaquia probó a 7 pacientes en el Instituto de Oncología Santa Elizabeth en Bratislava y la unidad de oncología de la Universidad de Trvana. Se comprobó que los postulados de la Germánica Nueva Medicina podían ser comprobados por medio del método científico demostrando la repetitividad de los casos¹⁷.

Hasta la actualidad la Universidad de Tübingen se rehúsa a verificar el estudio de Hamer.

1.4 La Ley de Hierro/Férrea del cáncer. La Primera Ley biológica de la Nueva Medicina.

La ley de Férrea del Cáncer describe las condiciones que deben existir para que se desarrolle un SDH. Precisa que el DHS es un conflicto biológico, no psíquico, es el conflicto biológico tramitado psicológicamente por el individuo. Esta tramitación es la que determinará la localización de la afección. Siempre el conflicto que desencadena un DHS es un conflicto

¹⁴ La copia escaneada del documento original se encuentra adjunta en la sección anexos. Anexo 3

¹⁵ La copia escaneada del documento original se encuentra adjunta en la sección anexos. Anexo 4

¹⁶ La copia escaneada del documento original se encuentra adjunta en la sección anexos. Anexo 6

¹⁷ La copia escaneada del documento original se encuentra adjunta en la sección anexos. Anexo 7

biológico que reactiva alguno de los programas de defensa y sobrevivencia que se desarrolló con la evolución.

Como ejemplo de lo anterior se presenta uno de los casos estudiados por Hamer. Es el caso de una señorita que recibe la fatal noticia del fallecimiento de cuatro de sus seres queridos que estaban gravemente enfermos; uno de ellos le había ofrecido un baúl muy bonito del cual ella ya se sentía dueña e incluso le tenía un lugar especial en su habitación. No recibe el cofre, pues es entregado a una hermana. Posteriormente desarrolló un carcinoma de páncreas (endodermo) es decir, atravesó por conflicto de “no poder digerir la presa que casi había obtenido y que de pronto se vio obligada a devolverla”.

Desde el punto de vista psicológico la muerte o pérdida de alguno de los seres queridos debió cobrar la mayor importancia, pero no fue el caso porque la muerte de cada uno de los cuatro familiares era un suceso esperado. Esto no desencadenó un conflicto biológico, fue un conflicto psicológico. El no haber recibido el esperado cofre la tomó desprevenida y eso si produjo un conflicto biológico de “no poder digerir la presa”.

La psicología ha buscado siempre este tipo de conflicto psicológicamente más relevantes y/o latentes y que se hayan venido gestando desde hace tiempo atrás. Pero para fines de encontrar la relación entre un suceso y una enfermedad se deberá tomar en cuenta las características del SDH, dice Hamer. De ahí que las teorías psicósomáticas son inconclusas en la mayoría de las veces, pues no se ha considerado la necesidad de tomar en cuenta el aspecto biológico.

En ese sentido también los animales comparten este proceso y de manera muy similar al ser humano, sobre todo los mamíferos. Ocurre con todos los animales e incluso con las plantas.

Hamer asegura que la Ley Férrea del cáncer es una ley biológica descubierta empíricamente, que se ha podido comprobar en más de 30.000 casos investigados por Hamer y muchos otros por colegas de él.

El conflicto biológico es un acontecimiento conflictual, altamente dramático, sorpresivo y la mayor de las veces vivido en soledad o aislamiento, es decir, difícil de comunicar, de compartir. Según la Germánica Nueva Medicina® ésta primera ley es un sistema con el que se

puede conocer con anticipación las tres funciones correlativas psique-cerebro-órgano. Sistema con el cual: si se conoce una de estas instancias se puede predecir las otras dos.

La ley del Férrea del Cáncer consta de tres criterios:

Primer criterio. Todo SBS se origina a partir de un SDH: un conflicto biológico muy grave, dramático, sorpresivo y vivido en aislamiento. Que afecta tres niveles al mismo tiempo. Psique-cerebro – órgano.

Segundo criterio. El contenido del conflicto (nivel psíquico) determina, en el instante del DHS, tanto la localización del Foco Hamer en el cerebro (nivel cerebral) como la localización del cáncer, necrosis o alteración de la funcionalidad a nivel orgánico. Psique, cerebro y órgano, ante un DHS, reaccionan al unísono.

Tercer criterio. La evolución del conflicto en el nivel psíquico se manifiesta, en el nivel cerebral, con una evolución específica del Foco Hamer, y en el nivel orgánico con una evolución específica del cáncer o enfermedad análoga.

En la GNM se toma en cuenta la lateralidad del individuo, es decir, cuál de los dos hemisferios cerebrales tiene dominancia. Esto determinará en que parte de los dos hemisferios impactará el conflicto, así como en qué lado del cuerpo se manifestará la afección.

Una persona diestra responde a un conflicto de manera distinta que una persona zurda. Por ejemplo, una persona diestra responde con el lado izquierdo del cuerpo a un conflicto en relación a su madre o hijo. Y a un conflicto de pareja (o cualquier otro que no sea en relación madre o hijo) con el lado derecho del cuerpo. En el caso de las personas zurdas funciona de manera contraria.

Ejemplo de lo anterior es lo que Hamer explica con el cáncer de seno: si una madre es diestra y sufre un conflicto de preocupación por un hijo, desarrollará un cáncer de seno glandular en su seno izquierdo. Debido a que existe una correlación cruzada desde el cerebro al órgano. La zona cerebral impactada por el conflicto será en el hemisferio derecho en la zona que controla el tejido glandular del seno izquierdo. Si la madre es zurda, pasaría que el seno afectado sería el derecho y el hemisferio cerebral que recibe el impacto será el izquierdo.

Existen personas que se consideran diestras porque escriben con la mano derecha más cuando se necesita utilizar la fuerza utilizan la izquierda y existen casos en que se da lo mismo a la inversa. De ese modo sería imposible de determinar si la persona es diestra o zurda, para lo cual la GNM aplica el “test del aplauso” para conocer la dominancia zurda o diestra.

Ilustración 7



Si durante el aplauso la mano derecha está sobre la izquierda la persona es diestra, en el caso contrario es zurda. Así se determina la lateralidad cerebral del individuo independientemente de la mano que utilice para escribir o hacer otras actividades.

Metástasis. La medicina convencional explica que las metástasis son el desprendimiento de células malignas de un tumor primario que viajan por la sangre y se implantan en cualquier otro órgano o tejido del organismo, además de que en su caminar por la sangre sufre una metamorfosis, es decir que, un cáncer originario de huesos puede desprender células y convertirse en un cáncer de hígado. Hamer asegura que lo anterior es falso, nunca se ha encontrado una célula cancerígena migrando por la sangre y las células perteneciente a un tipo de tejido no pueden transformarse en alguna de otro tipo.

Las metástasis para Hamer son segundos y nuevos conflictos y cuando se encuentran en el cerebro se trata de los edemas cerebrales producidos en su gran mayoría por los diagnósticos médicos. Por ejemplo, un caso muy común es cuando la persona escucha: “usted tiene cáncer” en ese momento se produce un conflicto que puede ser el miedo a morir de manera que se afectará el pulmón si la tramitación psicológica fue del tipo: “voy a morir, voy a dejar de respirar” y éste vendrá a ser entonces, una Metástasis en el pulmón.

1.5 El Cáncer de Seno según Hamer.

La GNM reconoce dos tipos de cáncer de seno: cáncer de mama glandular, conocido como carcinoma mamario adenoide, y el cáncer de conducto galactóforo conocido como carcinoma intraductal. Existen afecciones de la epidermis del pecho y de las terminaciones nerviosas del mismo que se explican también con las teorías de la GNM y también corresponden a conflictos específicos, pero no son considerados cáncer de seno por parte de la GNM, son ocasionados por otros tipos de conflictos.

Es importante tomar en cuenta la lateralidad de la persona. Para determinar con qué hemisferio trabaja de manera predominante, determina la zona cerebral que ha sido impactada y conocer la índole del conflicto.

Los conflictos que afectan a la glándula mamaria son de contenido de pérdida, preocupación o pelea. Mientras que los conflictos que afectan a los conductos galactóforos le corresponden conflictos de “separación”.

Una mujer diestra asocia su seno izquierdo a su hijo, su madre y su hogar “nido” y generalmente asocia su seno derecho con el de su pareja o padre, pero también con el de compañeros queridos como: hermanos, hermanas, amigos, amigas, jefe, suegros, etc. Una mujer también puede considerar a los niños pequeños o mascotas como sus hijos.

Cáncer y conflicto de la glándula mamaria. El cáncer glandular mamario corresponde a un dramático conflicto vivido en el propio territorio “en el nido” y que tiene que ver con todos aquellos miembros de su hogar o nido y los seres con los que la mujer mantiene una relación maternal. Si se trata de niños por ejemplo, en una mujer diestra, se verá afectado el seno izquierdo. Mientras que si el conflicto tiene que ver con un hermano, compañero (sin connotaciones sexuales), mascotas etc. afectara al seno derecho. Pasa lo contrario con una mujer zurda.

La glándula mamaria productora de leche, pertenece a la capa de origen embrionario mesodérmico y en el cerebro es controlado por el cerebro antiguo por lo cual, durante la fase activa del conflicto generará proliferación celular según *La Ley del Sistema Ontogénico de los SBS* y se presentará un nódulo compacto cuyo tamaño estará determinado por la duración del conflicto activo, lo que la medicina convencional conoce como tumor; en la fase postconflictolisis, se produce una reducción del tumor de manera fétida caseificante¹⁸ por parte de los microorganismos como las mico bacterias y hongos, bacterias como la de la tuberculosis

En este caso particular del conflicto, el SBS no es accionado para beneficio de la propia existencia sino para la de un hijo “una cría”. Si un hijo está en peligro, se produce más leche con mayor cantidad de nutrientes con el objeto de alimentar a quien está en peligro para aumentar las probabilidades de sobrevivir. Esta es la Función biológica del Cáncer Glandular Mamario.

Cáncer y conflicto de los conductos galactóforos. Las afecciones en los conductos galactóforos tienen que ver con conflictos de separación, de falta de comunicación con alguien, de alguien a quien se querría “estrechar contra el pecho”. Los casos podrían ser: un marido viaja lejos por cuestiones de trabajo (afección en el seno derecho en una mujer diestra) o el hijo que se aleja para realizar sus estudios (afección en el seno izquierdo en una mujer diestra).

Las afecciones de contenido de “separación” corresponden a conflictos del conducto galactóforo, como se expuso anteriormente. Los conductos galactóforos son extensiones del pezón y por lo tanto son de origen embrionario ectodérmico.

De manera que (según la *Ley del Sistema Ontogénico de los SBS*) en la fase activa del conflicto presentan disminución celular por medio de ulceraciones de las paredes del conducto para luego, en la fase de solución o postconflictolisis, seguir con una tumefacción de la mucosa en el epitelio de revestimiento de los conductos, acompañada de secreción. La tumefacción obtura los conductos y provoca una intensa inflamación, la misma que la

¹⁸ De caseína, proteína de la leche.

medicina convencional la diagnostica como: cáncer ulcerativo. Si la mujer diera de lactar, la secreción sería liberada por los conductos hacia el exterior permitiendo que la inflamación seda y la tumefacción se disminuya progresivamente.

Así se comprende la diferencia de la sintomatología entre el cáncer glandular mamario y el cáncer de conductos galactóforos. En el primer caso los síntomas evidentes y dolorosos se dan en la etapa de conflicto activo, mientras en el caso del conducto galactóforo los síntomas de secreción y dolor se manifiestan en la etapa postconflictolisis.

Relación entre las Teorías de Hamer y la Psicología. La psicología ha tomado en cuenta la relación e influencia que mantienen los fenómenos psíquicos y la manifestación sintomática en los órganos de las enfermedades. Sin embargo, establece la existencia de éste fenómeno para únicamente ciertas manifestaciones clínicas, como en el caso de los trastornos Somatomorfos y para éste y otros trastornos Hamer también tiene una explicación.

En los trastornos Somatomorfos los individuos reportan una serie de síntomas que no son verificables por el médico. Hamer podría explicarlo, a nivel cerebral, mediante un escáner con la existencia del foco Hamer en cualquiera de sus dos fases en las que las formaciones en diana o el edema cerebral estén ocasionando dolor al órgano sin manifestar lesión orgánica.

Hamer por su lado, asigna la existencia del factor psíquico en absolutamente todas las manifestaciones sintomáticas de todas las enfermedades; la psicología no otorga la existencia del factor psicológico en el origen de todas las enfermedades, sólo para algunas.

La investigación psicología no toma en cuenta el factor “conflicto biológico” que se suma a los conflictos psíquicos. En ese sentido las teorías de Hamer abarcan el recorrido completo de la enfermedad y para él, es posible explicar las enfermedades psicología siempre que se tenga acceso a la valoración de los tres niveles: psique, cerebro y órgano.

Es decir, las teorías de Hamer con la psicología comparten relación más no son iguales, podrían ser complementarias, según la propuesta de Hamer, siempre y cuando se valore también el nivel cerebral y se tome en cuenta el conflicto biológico.

CAPÍTULO SEGUNDO

CRISIS CIRCUNSTANCIALES (PÉRDIDA Y SEPARACIÓN)

2.1 Definición de Crisis Circunstancial.

Según un análisis del significado de la palabra Crisis, se podría decir que es: “a la vez decisión, discernimiento, así como también, un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar” (Lidel y Scout, 1968). La palabra crisis también, se deriva del término chino (WEIJ), que a su vez se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad. Es decir, una crisis es un acontecimiento decisivo, es un suceso que marca un antes y un después, y hace que la vida del sujeto no vuelva a ser la misma. En esta medida, una crisis puede representar dos cosas; peligro, pero al mismo tiempo, oportunidad. (Slaikou,1996.Pág.16). La manera en que la persona elabore esa crisis, es fundamental porque, de la forma en que tramite la crisis, dependerán los efectos que tendrá en el futuro. La siguiente cita es la definición más clara que da Slaikou, 1996. pág. 16.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización; caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Slaikou,1996.p.16).

Además Slaikou, propone que un individuo trabaja en conjunto como un sistema, es decir, que todo está conectado con todo. Consiguientemente, si una persona atraviesa por algo complicado, se afecta de forma global. Para explicar esto, introduce un concepto llamado,

CASIC. A su vez estas siglas quieren decir que una persona en crisis se afecta tanto en la *Conducta*, lo *Afectivo*, lo *Somático*, y lo *Interpersonal*. (Slaikau, 1996. p.37).

Por otro lado, dentro de la teoría de las crisis existen dos tipos de crisis: las Vitales y las Circunstanciales.

Las crisis de Desarrollo ó evolutivas. Estas crisis pueden sucederle a todos los individuos, porque, a cada transición de una etapa del desarrollo a otra, le corresponde una de estas crisis. Se presentan cuando se ven interferidas las tareas que le corresponde hacer a la persona en determinada etapa de crecimiento, o cuando no se está preparada para afrontar los acontecimientos implicados en la transición. Estas crisis son predecibles debido a que se conoce previamente los aspectos a los cuales enfrentarse en las diferentes etapas de la vida, en contraposición a las crisis circunstanciales. (Slaikau, 1996. p. 16)

Las Crisis Circunstanciales, son de carácter repentino o inesperado, y dependen de algún suceso exterior. Pueden ser problemas naturales como un terremoto, o cualquier suceso que le tome a alguien por sorpresa. En esta categoría están no solo los desastres naturales sino, también; la pérdida de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad grave, e incluso un divorcio o separación con la pareja, o la pérdida de un empleo. (Slaikau, 1996. p. 19).

Es importante mencionar que toda crisis está atravesada por una pérdida. Así por ejemplo, en el caso de las crisis evolutivas, éstas se presentan en la transición de la infancia a la adolescencia, y la crisis está dada por la pérdida de lo que significó la infancia en el individuo ahora en la adolescencia. En las crisis circunstanciales, la pérdida es más intempestiva, como es el caso de la muerte imprevista de un ser querido, etc. Hemos considerado importante citar a continuación las características de una crisis circunstancial.

Principales características de las Crisis Circunstanciales: (Slaikau, 1996. p. 67)

1.- *Aparición repentina*. Una crisis circunstancial, es algo que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y sin ningún anticipo. A diferencia de las crisis vitales en las que es posible que la persona determine la futura presencia de las mismas.

2.- *Imprevisión*. Las personas que atraviesan una crisis circunstancial usualmente no están preparadas para ello, ni tampoco se imaginaron que les podía a ocurrir.

3.- *Calidad de urgencia*. Debido a que una crisis circunstancial por lo general atenta a la integridad física y psicológica, es necesario intervenir inmediatamente y de manera apropiada.

4.- *Impacto potencial sobre comunidades enteras*. Como sucede por ejemplo, en los casos de desastres naturales o accidentes, que dejan un alto número de damnificados y sus familias y relacionados necesitan superar las pérdidas.

5.- *Peligro y oportunidad*. A pesar de que las crisis circunstanciales ponen en peligro a las personas y por lo tanto existe una desorganización importante, con el paso del tiempo se debe dar un restablecimiento después de la crisis, e incluso el sujeto logra adquirir mayores recursos para enfrentar sucesos futuros. (Slaikou, 1996. p. 68)

Otro aspecto importante, es que el inicio de una crisis es reconocible, el científico Viney (1976) de quien se habla en el manual de Intervención en crisis, (Slaikou, 1996. p.17). Analizó varios acontecimientos, y descubrió que algunos de éstos logran desencadenar una crisis. Hay que poner en consideración, que existen sucesos que por sí mismos no son precipitantes de una crisis. Es decir, que una crisis se someterá a factores externos e internos. Por lo tanto, dependiendo del momento de la vida en que estos se presenten y del significado que tomen, harán que un suceso sea o no determinante para que surja la crisis. Estos acontecimientos que desencadenan una crisis se llaman *sucesos precipitantes*. Por ejemplo, maternidad sin matrimonio, matrimonio, intervenciones quirúrgicas o enfermedades, duelo, etc.

Asimismo, los efectos de los sucesos precipitantes tendrán que ver con: su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos, además, tendrán que ser de carácter repentino e inesperado. (Slaikou, 1996. p. 17). Así por ejemplo, el factor que hace que la muerte de un ser querido sea de mayor gravedad para una persona, es que este sea de carácter intempestivo. Es decir que, en una persona que tiene una pérdida inesperada la crisis se presenta con mayor fuerza y desorganización, que en una persona que

esté frente a una muerte ya pronosticada, como cuando alguien muere por su edad avanzada. (Slaikau, 1996. p. 79).

Una crisis también puede ser originada por un suceso que implique la actualización de emociones negativas de otro suceso previo. Es decir, un evento del pasado puede hacer que la persona reviva por medio de la asociación de hechos y desencadene una crisis. Por otro lado, Rapoport (1965), uno de los investigadores que dedicó tiempo a este tema, dice que un suceso que inicie una crisis puede percibirse de tres maneras: (Slaikau,1996 .p .20).

- a) Como una amenaza, a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física o emocional
- b) Como una pérdida, como puede ser la pérdida de un ser querido o de una habilidad.
- c) Como un reto, que amenaza con sobrepasar la capacidad del sujeto. (Slaikau,1996.Pág.20).

En este punto es necesario establecer lo que hace que un suceso sea una crisis. Lo que pone en evidencia un estado de crisis es un desequilibrio a nivel emocional y físico. Así por ejemplo, una persona en crisis presenta por lo general: emociones como; llanto, ira y aflicción, también síntomas físicos como; úlceras y cólicos, y trastornos de conducta como; insomnio y dificultades en el desempeño de las actividades.

Ampliando lo escrito en el párrafo anterior, menciona el autor, que se han registrado gracias a Lindermann (1944), las reacciones de las personas que sufrieron una crisis circunstancial y estas a su vez fueron reunidas en grupos de sucesos más importantes. Como por ejemplo, *salud, muerte intempestiva, crimen*, entre otros. Nosotros nos enfocaremos en las etapas que pasa una persona que ha vivido la muerte imprevista de un ser querido. Estas etapas son normales y cumplen la función de protegerse a ellos mismos. Las fases son las siguientes: (Slaikau, 1997. p. 79)

1.- La primera respuesta es al *aturdimiento*, o negación frente al suceso dramático que se manifiesta por ejemplo, en un distanciamiento emocional al no aceptar aquello tan doloroso que le está ocurriendo.

2.- *La huida*, al empezar a darse cuenta que lo que sucedió es verdad, la persona manifiesta esta huida porque es algo que sobrepasa sus capacidades cognitivas del individuo. En esta fase existe una gran preocupación por la persona que murió y la comienza a extrañar. Se caracteriza también por una inestabilidad emocional, por ejemplo, depresión, ira, y una disminución en el desempeño de sus actividades diarias.

3.- Es la etapa final de la crisis, se caracteriza por aceptar poco a poco la pérdida y se retiran los vínculos afectivos con el ser querido. También es la fase de *reorganización* de la vida de la persona, sucede aceptando la ausencia del fallecido e incluso, es ahora capaz de reemplazar su relación con éste, con alguien más.

Una vez mencionado los criterios bajo los cuales se definen las crisis, se dará paso a especificar a la pérdida y separación como sucesos precipitantes de una crisis.

2.1.1 Pérdida y separación como crisis circunstanciales.

Este tema se tratará, en un inicio, desde el psicoanálisis con Freud y su texto *Duelo y Melancolía*. A continuación, se expondrán otros estudios que tienen que ver con la teoría del apego, específicamente de John Bowlby y sus colaboradores que dedicaron sus estudios a la pérdida y a la separación.

Freud define el duelo de la siguiente manera: “El duelo es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc (...)” (Freud, 1916 . p. 241). En esta cita, Freud manifiesta que el duelo es desencadenado por la pérdida de un ser querido, o de algo que lo represente o simbolice. El duelo, dice el autor, es un proceso que tras una pérdida real del objeto amado, ocasiona notorios cambios de conducta pero, que a pesar de ello no es considerado como patológico, puesto que cabe la suposición de que pasado un tiempo prudencial, la persona vuelve a su estado habitual, e incluso resulta perjudicial interrumpir este proceso.

De igual manera, la melancolía así como se presenta frente a la pérdida real del objeto amado, como en el duelo, puede observarse después de una pérdida más *ideal*, dice el autor. Es decir que, aquello que desata el duelo siempre será la pérdida tangible del ser amado, mientras que para que se despierte un estado melancólico basta con una separación amorosa. Por lo tanto, es más común que el duelo, porque, su presencia no está únicamente determinada por la muerte de la persona amada, sino también, por que éste se ha perdido como *objeto de amor* (Freud, 1916, p.242). Como por ejemplo, en las separaciones románticas.

En cuanto a la melancolía, Freud señala que se caracteriza por un intenso dolor por el objeto perdido, también por un importante desinterés por lo que le rodea y pérdida de la capacidad de amar. El sujeto es imposibilitado en su productividad, existirá una disminución en su autovaloración, que hace que la persona se auto-denigre y llegue a pensar que debe castigarse. El duelo también presenta estos aspectos excepto esta percepción disminuida de verse a sí mismo. (Freud, 1916, p.242).

El proceso de duelo, empieza con la desaparición total del objeto, lo que se supone que debería suceder luego, es que se retire toda energía libidinal, de lo que sea que esté involucrado con el fallecido. Sin embargo, para ningún sujeto esto resulta sencillo, porque prevalece una renuencia a este retiro libidinal, incluso si hubiera otro objeto amoroso para reemplazar al perdido. (Freud, 1916, p.242).

Además, dicha resistencia puede insistir de manera que el sujeto pretenda retener al objeto ausente en su mente, como una *psicosis alucinatoria*, señala el autor. A pesar de que lo normal sería que la persona acepte la realidad de la muerte, esto no sucede de manera rápida. Todo lo contrario, implica un gasto de energía y tiempo, y mientras no se acepte la pérdida, el objeto sigue presente en la mente. Posteriormente, la persona cuando ha culminado la elaboración del duelo, su yo se restablece. (Freud, 1916. .p.243).

El trabajo de la melancolía teniendo en consideración el del duelo, se da de la siguiente manera, de acuerdo al autor: “El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor”. (Freud, 1916 p.243). Esta cita hace referencia a lo que ya se ha enfatizado anteriormente, que para que la melancolía surja no es necesario la muerte de un ser querido,

sino, que podría surgir también, de manera más ideal. Pero la complejidad de este proceso no está en este punto exclusivamente, sino en que la persona melancólica ni siquiera sabe bien lo que ha perdido. A propósito, Freud dice: “(...) cuando *él sabe a quien perdió*, pero no *lo que* perdió en él”. (Freud, 1916.p.242). En otras palabras, que en cuanto a lo perdido en la melancolía hay un contenido inconsciente, oculto, a diferencia de lo que sucede en el duelo que es de manera más concreta y manifiesta.

Otro aspecto fundamental en la melancolía es que, existe un “empobrecimiento del yo”, menciona Freud: “En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo”. (Freud, 1916 p. 243). De este modo, se explicaría cómo la persona se denigra, siente que es merecedor de castigo, Freud dice que, este es un “delirio de insignificancia” y que es más que nada moral, además, que se completa con insomnio y asco a los alimentos y una tendencia a desvalorizar su propia vida. Aquí radica la distinción duelo y melancolía, el duelo es algo normal por lo que se atraviesa frente a una pérdida importante y concreta, la melancolía en cambio, es un proceso patológico en el que se observan las características que así lo delatan, haya o no existido la muerte de alguien.

Debido a que el yo está afectado es predecible la crítica hacia sí mismo, pero Freud indica que éste sujeto está enfermo, es decir, el melancólico está dentro de un patrón patológico, y esta es la complejidad de la melancolía. Por ejemplo, dentro de la autocrítica del melancólico no existe coherencia entre; lo que la persona es y lo que esa persona cree ser. Además, otro rasgo particular de quien está melancólico, es que no siente ningún reparo en causar lástima frente a los demás, no tiene vergüenza en verse miserable ante los otros y lo hace con cierto gusto. Por lo tanto, la pérdida aquí tiene que ver, afina el autor, con una pérdida en su yo, en lugar de en el objeto. Freud indica que, lo que en verdad es importante no es si el paciente está en lo cierto o no, en cuanto a la opinión de él mismo, sino, si está manifestando lo que le está sucediendo en realidad. (Freud, 1916 .p.245).

De este modo se sospecha que las quejas que hace el paciente hacia sí mismo, en realidad están dirigidas a otro, a quien “aman, amaron o amarían”. Al respecto señala la siguiente cita:

Y tan pronto se indaga el asunto, él corrobora esta conjetura. Así, se tiene en la mano la clave del cuadro clínico si se discernen los auto-reproches como reproches contra un objeto de amor, que desde este han rebotado sobre el yo propio. (Freud, 1916, .Pág.246).

Estos *auto-reproches revertidos* como los llama, están a su vez ocultando los auténticos, y estos podrían revelar situaciones como la razón por la que se perdió al objeto de amor, u otras que el sujeto prefiere esconder. (Freud, 1916.p.246).

Para que el yo del sujeto en estado melancólico se exprese de esta manera, es debido a un proceso que haya determinado a que esto suceda. Este asunto, es explicado de la siguiente manera:

Freud indica que, primero existió una elección de objeto, luego se invistió la libido sobre éste, pero a causa de una desilusión con la persona amada, se le retiró el vínculo afectivo. A pesar de aquello, en lugar de que esa libido invista a otro objeto, por desplazamiento como sería lo óptimo, la libido regresa hacia sí mismo. Sucede así, debido a que, la libido no fue lo suficientemente fuerte y la energía libidinal que queda suelta no va donde otro objeto, sino, que recae sobre el yo. Sin embargo, esta energía libidinal encuentra una función, que es la de entablar una identificación del yo con el objeto perdido. De este modo, la pérdida de objeto amado es la pérdida en el yo.

Pero para ello, debieron haber existido dos situaciones: la una es que debió haber una gran fijación con el objeto de amor, y por otro lado, debió haber poca resistencia en la investidura a este objeto. Se explica esta contradicción a partir de la aportación de Otto Rank, en la que se señala que, la elección de objeto tuvo como fundamento una base narcisista y por ende, ante cualquier eventualidad, la predisposición será que regrese sobre sí mismo. Como efecto de esto, el vínculo afectivo no se da por vencido a pesar de la pérdida del objeto de amor, sino que, prevalece en la persona misma. Es oportuna entonces la siguiente cita: “La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor” (Freud, 1916, p.247).

Ante una pérdida, en el sujeto puede observarse características de los vínculos que han existido con el objeto de amor, así por ejemplo, la persona puede dar cuenta de una ambivalencia de los vínculos con este objeto. Por este motivo, cuando la pérdida se da en individuos con cierta predisposición a la neurosis obsesiva, el duelo se torna de modo patológico y se manifiesta sintiéndose culpable de la pérdida. Es decir que, la persona piensa que pudo haber querido la pérdida del objeto de amor. Así mismo, el conflicto de ambivalencia se pone en evidencia, cuando dentro del vínculo se dan sentimientos opuestos de amor y odio, empeorando la melancolía después de la pérdida, afirma Freud.

En caso de que, el amor por la persona ausente no se haya retirado al mismo tiempo que se dio la pérdida, sino que prevalezca en una *identificación narcisista*, el sentimiento de odio entonces, se da en el sujeto mismo y este se auto denigra, se tortura, obteniendo de esto un beneficio, que consiste en una *satisfacción sádica*. De esta manera, se explica según Freud las tendencias al suicidio, en pacientes melancólicos. (Freud, 1916, p.248, 249). Esto expresa que un estado melancólico a más de complejo, de ser patológico, es también muy peligroso para el paciente, porque podría tener episodios suicidas.

En el duelo, una vez liberada la libido del objeto amado, o sea, una vez completado el proceso de duelo, el yo se recupera y no quedan muchas huellas posteriormente. No obstante, hasta que esto ocurra debió haber pasado cierto tiempo, puesto que, el llegar a aceptar la ausencia del muerto es algo lento. Freud, menciona lo que sucede análogamente en la melancolía, pero no lo explica a cabalidad, porque, como se sabe es un trabajo más difícil que en el duelo. Aparte de esto, en el caso de la melancolía, el sujeto sufre de insomnio porque, le es complicado retirar las investiduras que se realizan como requisito para lograr conciliar el sueño y quedarse dormido. (Freud, 1916 p.249)

Por otro lado, la melancolía tiene una peculiaridad, que consiste en que se puede convertir en lo contrario o sea, la manía. Aunque, no toda melancolía se vuelve manía, aclara luego Freud, existen casos en los que la manía se presenta recurrentemente. Se presentan otros casos en los que no se la distingue, y otros, en que se alternan capítulos de melancolía y luego de manía. Una manera en que explica la presencia de la manía es que, esta sería como una consecuencia

de un estado de opresión. Estado que en cierto punto requiere de una descarga de esta energía oprimida. La siguiente cita sirve de ejemplo:

(...)cuando una gran ganancia de dinero libera de pronto a un pobre diablo de la crónica preocupación por el pan de cada día, cuando una larga y laboriosa brega se ve coronada al fin por el éxito, cuando se llega a la situación de poder librarse de golpe de una coacción oprimente, de una disimulación arrastrada de antiguo, etc. (Freud,1916. Pág.250)

A continuación de aquello, Freud sigue descifrando lo que sucede en la resolución de la melancolía y, afirma que ésta al igual que el duelo, tiene que pasar algo de tiempo. Se requiere tiempo, porque la representación inconsciente del objeto es abandonada por la libido, y a su vez, esta representación se posa en un sin número de otras representaciones. (Freud, 1916, p.,253). Es claro que, hasta que se retire toda la libido de todas estas representaciones, llevará tiempo.

La resolución en el duelo se da cuando se ha dimitido al objeto de amor aceptando que este ha muerto. En la melancolía, la resolución no se da de modo consciente, por las dificultades de las que se ha hablado que se presentan durante este proceso. Sin embargo, el autor señala algunos desenlaces, por ejemplo, que la persona haya renunciado al objeto una vez que haya desahogado su enojo, o que simplemente considere a la persona perdida que no merece ya su amor.(Freud, 1916, p.254). Tenga la resolución que tenga, es algo inconsciente más confuso y menos claro que el duelo. Al final del texto el autor indica que, las observaciones deben seguir haciéndose para que se aclaren muchas inquietudes pendientes acerca del tema.

Se presentará lo que la teoría del apego y del vínculo indica acerca de la pérdida y la separación, tomando en cuenta que esta teoría tiene base en los estudios de Freud.

No está por demás adelantar que, la teoría del apego trata de la importancia que tienen los primeros vínculos con los cuidadores primarios en la infancia, para toda la vida adulta. Es por esta razón, que se empezará tratando lo que pasa en la niñez con las primeras pérdidas a partir

del texto, *El apego y la Pérdida* de John Bowlby, uno de los exponentes más trascendentes en esta área.

Bowlby coincide con la teoría de Freud, en que la aflicción perdura largo rato y que afecta al desenvolvimiento normal del individuo. Debido a que, las investigaciones aquí realizadas parten del estudio de las consecuencias de las pérdidas o separaciones en la vida infantil, será por allí por donde se abordará en primera instancia. Las observaciones se realizaron en una población de niños de 1 a 3 años, quienes fueron expuestos a la separación de la madre por personas ajenas a ellos y, posteriormente, llevados a lugares también desconocidos. Estos niños, presentaron primero una insistencia en recuperar a su madre con llantos muy enérgicos, esta reacción se prolongó durante una semana o más. (Bowlby,1997.p.,33) Después, a pesar de que la esperanza de que su madre regrese no se cesa, creen en menor medida que la ella vaya a regresar, así los llantos se detienen y el niño manifiesta apatía y desamparo, a esto se le llama aflicción. Posteriormente, Bowlby indica al igual que Freud, que en la separación en los niños también se presentan sentimientos de amor y odio hacia la persona de quien se separan.

Estos niños muestran además, una incapacidad de ser consolados por otros adultos que quedan a cargo de ellos, al menos al comienzo de la separación, así como sucede con personas adultas. En otros casos, se observaron niños que en cambio, se aferraban a una persona específica mientras extrañaban a sus madres ausentes. No obstante, este rechazo del que se habló no dura para siempre, luego de la fase de apatía que se mencionó anteriormente, los infantes buscan personas con quienes entablar vínculos y éstos dependen de la situación de cada niño. Por ejemplo, cuando ellos encuentran a alguien que pueda representar la función materna, a ella la tratan como si fuera su propia madre. Sin embargo, cuando el niño no encuentra a una persona así o, cuando hay varias personas con las que entabla relaciones, no resulta igual. En este caso, el niño se vuelve ensimismado, y prevalece una tendencia a crear vínculos ligeros o pasajeros, si esto continúa podría ocasionar problemas en un futuro. (Bowlby,1997.p.37)

En la teoría del apego el término *duelo*, que fue primeramente definido por Freud, hacía referencia a un proceso en el que el desenlace es óptimo, pero aquí se remite a cualquier proceso psicológico que, se presente después de haber vivido una pérdida de una persona amada sin importar la resolución. Este término abarca tanto a un proceso patológico como no

patológico: aclara el autor, (Bowlby,1997.p,40). En cuanto al término melancolía o aflicción, Bowlby señala que, se refiere a la manera en que la persona tras una pérdida pone de manifiesto su dolor. Es decir, que a diferencia del concepto de Freud, aquí se conserva la perspectiva más común con el que se le reconoce vulgarmente a un estado de aflicción. De este modo, el duelo según el autor trata de procesos tanto conscientes como inconscientes, mas no se le cataloga como en el psicoanálisis, al duelo como un trabajo consciente y melancolía como un trabajo inconsciente. Así también, dice que para describirse a esta manifestación pública del duelo, que vendría a ser la melancolía según Bowlby, debe usarse mejor la expresión “ritos del duelo”. (Bowlby,1997. p.41)

Por lo tanto, en esta teoría se reformula el hecho de identificar estados patológicos de los no patológicos en personas que sufrieron pérdidas, tema que se considera fundamental para el autor. Por ejemplo lo que resulta de esta nueva visión es considerar que, cuando se presentan pérdidas en la infancia las reacciones siguen un camino patológico posterior. Para explicar lo que sería un duelo sano, el autor cita los trabajos de Anna Freud, en los que dice que, un niño que ha perdido su padre o su madre, hace esfuerzos para reconocer el cambio en su ambiente e intenta asimismo, hacer un cambio en su vida interiormente. Además, el niño restablece sus vínculos o, retira la libido de la persona perdida.

Por otro lado, existe otra definición importante que proporciona el autor, que es el desapego:

El criterio que adopté en mis trabajos previos es que el desapego expresa lo que en la tradición psicoanalítica se ha descrito siempre como una defensa o, mejor aun, como el resultado de un proceso defensivo. (Bowlby,1997.p.44)

Este fenómeno, es parte intrínseca del duelo y que su presencia no quiere decir que sea un duelo patológico, sino las maneras en que se manifiesten., y si logran desaparecer o no. A esto se refiere el autor en la cita anterior, porque, en niños y bebés estos mecanismos de defensa, por lo general prevalecen si es que ya se han presentado. Lo que en resumen quiere el autor

decir es que, la pérdida de la madre es un acontecimiento que da comienzo a procesos psicopatológicos. No obstante, si esto sucediera no significaría que traiga consigo necesariamente una enfermedad psicológica grave, sino, que esta pérdida es algo que inevitablemente tiene consecuencias trascendentes. Igualmente, es fundamental las investigaciones en las que el autor realizó comparaciones entre: las reacciones en pacientes adultos y, las reacciones ante las pérdidas o, amenazas de pérdidas cuando los mismos pacientes fueron niños. Poniendo así de manifiesto que exista una asociación entre la psicopatología adulta, con los sucesos vividos en la infancia. (Bowlby,1997.p,44)

Una vez expuesta esta introducción se proseguirá a profundizar en el tema del duelo y la pérdida.

Para definir el lugar de la pérdida y del duelo en la psicopatología, se deben considerar dos problemáticas, menciona el autor:

1. La primera es acerca de la naturaleza de los procesos de duelo mismos y las diferencias entre los procesos sanos y los patológicos.
2. Y segundo, ideas sobre el motivo por el que algunos individuos responden a la pérdida en forma patológica y otros no lo hacen. (Bowlby,1997.p.47)

En cuanto a lo primero, este resulta de estudios en el duelo pero en adultos y en el segundo, de estudios realizados en niños. A continuación, se explicarán más ampliamente estas dos problemáticas.

Primero. *Naturaleza de los procesos de duelo mismos y las diferencias entre los procesos sanos y patológicos.* Existen ocho parámetros, que son los más importantes de acuerdo al autor, en los que radican cuestionamientos para precisar los procesos de duelo sanos y los no tan sanos. El primero, es definir la naturaleza de los procesos psicológicos que se presentan en el duelo llamado sano. En este primer punto, se dice que un duelo sano es en el que, hay un retiro de la investidura de libido sobre la persona perdida y existe también, la capacidad de tener una nueva relación con una nueva persona. A su vez, esto depende de la manera en que

el sujeto haya vivido sus vínculos afectivos, es decir, de sus relaciones previas. (Bowlby,1997, p,.47)

El segundo punto corresponde a la explicación del dolor emocional en le duelo. Para ello señala dos hipótesis primordiales:

- ❖ debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo por la figura perdida, el dolor resulta inevitable.
- ❖ el dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa del temor a la represalia. (Bowlby,1997.Pág.49)

La primera hipótesis es formulada a partir de Freud, y es la que presenta más validez en las pruebas que realizó el autor, y la segunda corresponde a Melanie Klein. Bowlby dice que la primera es la que se ha comprobado.

EL tercer punto, tiene que ver con la forma en que se relacionan el duelo y la ansiedad. Con esta finalidad se hace referencia al texto de Freud, *Inhibición Síntoma y Angustia*”, en el que dice que cuando la persona amada está ausente por un tiempo determinado, la consecuencia es de angustia, pero en caso de que el tiempo sea ilimitado, esta va a ser de dolor y de duelo. (Bowlby,1997.p.50)

El cuarto punto, hace especial énfasis en las motivaciones que tiene el duelo. Para ello cita a un investigador llamado Shand, quien afirma que, el deseo de volver a ver a la persona ausente no se desvanece aun cuando el motivo sea poco relevante. Esta situación, se manifiesta con llanto y con el que el individuo busque ayuda admitiendo de esta manera su debilidad. Además dice que, este pedir ayuda a otros está relacionado con la supervivencia y es de carácter primitivo. (Bowlby, 1997. p.50)

El quinto punto, es el papel de la cólera y el odio en el duelo. La ira contra la persona amada y perdida, es una situación importante en el duelo patológico. Esto es lo que Freud indica en su texto *duelo y melancolía* que, el conflicto de ambivalencia era lo que hacía en gran parte a que un duelo sea patológico. Pero no solo Freud habla de ira en un proceso de duelo, sino también, estudios sociológicos y antropológicos, u otros investigadores que, son partidarios de la idea

de que, la ira está presente incluso en duelos sanos. Así mismo, en el duelo sano la ira está dirigida tanto a la persona perdida como al *sí – mismo*. (Bowlby,1997.p.51).

El sexto punto, trata de la identificación con el objeto perdido. Este es un eje fundamental en el psicoanálisis, sin embargo, este texto no le da mucho valor a la identificación como dicha teoría. Mas bien, se refiere a la identificación como algo que se observa de manera breve, sin embargo, si ésta se presenta muy notoria dará cuenta de alguna patología.

El séptimo punto es, la distinción entre un duelo sano y uno patológico. Debido a que previamente ya ha sido descartado que un duelo patológico es cuando se presenta odio hacia la persona perdida, no se lo considerará como tal si aquello sucede. Así como tampoco, si está presente la identificación con el objeto perdido. El autor indica estar claramente de acuerdo con Lidermann, su colega, al describir al duelo patológico, como lo que sucede en el proceso de un duelo sano, pero de manera excedida. (Bowlby,1997. p.53)

El octavo y último punto. “ En qué etapa del desarrollo y por medio de qué procesos llega un individuo a un estado que le permite responder a la pérdida de un modo favorable” (Bowlby,1997.p.53). La tendencia de una persona quien experimentó una pérdida significativa, de poder restablecer relaciones afectivas, se presentan como consecuencia de un proceso de desarrollo que lleva algún tiempo. El desarrollo de esta capacidad, se da a través de la vida, durante la infancia y la adolescencia, y es probable que nunca llegue a un estado óptimo. De igual forma, hay que tomar en cuenta que, el duelo tiene una infinidad de respuestas, y muchas contradicciones entre estas. Así por ejemplo, no solo puede ser una respuesta el deseo de reunirse con la persona amada, sino también, puede ocasionar ira y también desapego. El desapego se observa cuando el individuo rechaza el auxilio que otros le proporcionen.

Segundo. *Ideas acerca de las diferentes reacciones ante la pérdida en cada persona*. Una primera aseveración en este tema es que, la depresión por pérdidas tienen que ver con eventos negativos importantes en la infancia. De igual modo, se afirma que, un niño puede reaccionar ante una pérdida con algún mecanismo de defensa, y no por ello va a ser patológico. Es decir, lo que hace patológico a un duelo no son la presencia de mecanismos de defensa, son mas

bien, la intensidad, el tiempo y el nivel hasta donde estos llegan. Otro factor, son las condiciones familiares con las que el niño estuvo viviendo cuando se produjo la pérdida. (Bowlby,1997.p.57)

Una vez expuesto lo anterior entonces, habrá que adentrarse en los estudios de las reacciones frente a la pérdida en personas adultas, los casos más estudiados son: la pérdida del cónyuge y, la pérdida de un hijo.

Las investigaciones se llevaron a cabo en personas después de poco tiempo de haber vivido alguna pérdida, antes de que la pérdida ocurriera y, después de un año o más después del acontecimiento. El autor en su trabajo se apoya en las observaciones de su colega Colin Murray Parkes, entre otros. Se debe mencionar lo que aclara el autor acerca de la población, esta es en mayor número correspondiente a casos en mujeres, porque en sus investigaciones existían más viudas que viudos, situación que hay que tomar en cuenta antes de sacar conclusiones. Sin embargo, la reacción frente a las pérdidas no varía mucho entre hombres y mujeres, dice Bowlby.

Dentro de las generalizaciones encontradas de respuestas a la pérdida se vieron las siguientes fases:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensas.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de desorganización. (Bowlby,1997.Pág.103).

A continuación se detallarán cada una de las etapas del duelo.

Primera Fase, *de embotamiento*. Las reacciones que se han manifestado en personas con pérdidas difieren unas de otras y en cada persona, además de las circunstancias en las que los

individuos se encuentren. Por lo general, en primer lugar se presenta una etapa de negación, así por ejemplo una mujer que vivió la muerte de su esposo, puede expresar un tipo de calma. Así como también, si es que esta misma mujer tiene alguna situación intempestiva que la haya tomado por sorpresa, esta calma podría convertirse en lo contrario. Hay quienes muestran ataques de pánico, u otros estados alterados como la ira o excesiva animación imaginando que la persona sigue con vida. (Bowlby,1997.Pág.104).

Segunda Fase, *anhelo y búsqueda de la persona perdida*: cólera. Luego de la primera etapa el individuo tiene algunos episodios de sentido de realidad, es decir, empieza a darse cuenta que su pareja ya no está, y como resultado de esto empieza a extrañar y se desahoga llorando. Intervienen también, otros síntomas como el insomnio y pensamientos obsesivos con la persona muerta. En esta etapa, es común ver que la persona pase por dos cosas diferentes. Por un lado, el anhelo al ver la realidad de la ausencia y por otro, negarse a creer esta realidad, y mejor esperar a que todo se arregle para que vuelva a ser como antes de perder al ser querido. En este punto, la ira se da porque, la persona piensa que es responsable de la pérdida y, por la frustración de que por más que intente no encuentra otra vez al ausente. La ira también está dirigida a quienes le pretenden ayudar, porque, ninguna ayuda le sirve para traerle a la persona amada. (Bowlby,1997.p.105).

Tercera Fase y cuarta fase, *de desorganización y desesperanza y fase de reorganización*. En esta etapa, el individuo cae en un estado de depresión, estado que se da en la transición de empezar a restablecer su nueva realidad. Es decir que, después de la depresión la persona empieza a considerar modos de enfrentar la situación de pérdida, eso implica el cambiar la percepción del mundo y el verse a sí mismo, para planear un futuro. (Bowlby,1997.p.111).

Un aspecto importante es que, si el duelo continúa, como consecuencia se obtendrá mala salud. Se ha comprobado que las personas quienes han sufrido pérdidas tienen un sin número de síntomas, entre ellos: falta de sueño, dolor de cabeza intenso, ansiedad, etc. Incluso estas personas, tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades mortales en relación a otras que no atraviesan este tipo de dificultades. Por este motivo, los investigadores concluyeron que si en un sujeto después del primer año posterior a la pérdida no se había dado comienzo a la recuperación, la situación no era favorable. Estos estudios se realizaron en mujeres que

habían enviudado y señalan además que, pocas de ellas no vuelven a estar como estuvieron antes de la muerte de sus esposos. Al respecto, el autor indica que el duelo nunca termine, sino, que por lo general se presente una “recurrencia ocasional de aflicción activa, sobre todo cuando unos hechos hacen recordar la pérdida.” (Bowlby, 1997.p.118). Otra situación que dificulta la vida de las personas que experimentaron pérdidas, es que ellas sienten una indescriptible soledad y que ningún amigo o familiar la calma. Se hicieron investigaciones en padres solteros, a los que se les proporcionó un espacio de terapia grupal.

Weiss fue quien llevó a cabo estos estudios y concluye que, hay que distinguir entre la “soledad del aislamiento”, a la cual servía la terapia de grupo. Y la “soledad del aislamiento emocional”, que no cedía con esta terapia. (Bowlby,1997.p.119) “Weiss (1975) encontró similitudes llamativas entre los adultos en proceso de divorcio y los niños separados de su padres, tal y como fueron estudiados por Bowlby (1980)”.¹⁹ La presente cita intenta explicar los trabajos del autor que aquí se menciona.

La soledad llamada emocional, es aquella que únicamente con una relación sólida logra aplacarse, y que esta relación es necesaria para sentir estabilidad. Por lo tanto, aquellos que no establecieron una relación ya sea de amistad muy cercana, o con una nueva relación amorosa o, con un ser querido, la soledad persiste indefinidamente. (Bowlby,1997.p.,119).

Ahora bien, como ya se manifestó lo que acontece en el duelo en pérdidas de parejas, es tiempo de explicar el duelo en padres que pierden a sus hijos, debido a que es otra parte importante del texto para la presente disertación. No difiere mucho de lo que se ha venido diciendo hasta ahora. Dichos los estudios, se dieron en padres con hijos que contrajeron enfermedades mortales como la leucemia. Al igual que los casos de viudos, el duelo empieza con una fase de embotamiento, acompañados de ataques de ira. Pero, la etapa de duelo empieza cuando los padres reciben la noticia del diagnóstico de la enfermedad, por lo tanto, como la persona no ha muerto la segunda fase cambia.

¹⁹ Internet: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000063&a=Una-intervencion-grupal-enfocada-desde-la-teoria-del-apego-con-personas-divorciadas-evaluacion-subjetiva-de-los-participantes-postintervencion-y-un-ano-despues>. Fecha de ingreso: 17 de septiembre del 2010.

La segunda etapa del duelo en los padres, es distinta a la que se vio en las parejas, en este caso la negación no está en que la persona haya muerto, sino, en no aceptar el diagnóstico de los hijos. Los padres presentan algunos síntomas que ya se ha dicho anteriormente, por ejemplo: la dificultad en dormir, la falta de hambre, desmotivación en el futuro, y el desinterés por el resto de la familia y lo que le rodea. (Bowlby, 1997.Pág.131)

Y así mismo, en lugar de pretender mantener vivo al cónyuge, los padres quieren conservar a su hijo, intentando demostrar que los médicos se han equivocado en diagnosticar. Lógicamente luego los padres llegan a la etapa ya conocida de “*desorganización y reorganización*”. Las fases posteriores en los estudios que se han descrito, no están a cabalidad documentados, aunque lo que más compete aquí ya se ha trabajado en páginas previas. (Bowlby, 1997.p.132)

Es pertinente exponer lo que Bowlby dice, que hay que tener en cuenta el tipo de vínculo en cada caso porque de esto dependerá la manera en que se elabore el duelo. Así por ejemplo, es distinto cuando se pierde a un cónyuge que cuando se pierde un hijo. Las variedades patológicas son el siguiente punto a tratar. Estas pueden ser a nivel psíquico como a nivel físico y varían en intensidad, el presente texto pone relevancia a los casos que están fuera de lo común. Hay casos según el autor, en los que la persona viuda por ejemplo, es incapaz a pesar de que haya pasado algún tiempo, de volverse a casar o restablecer su vida. Otros casos, se observaron en personas que tenían cuadros depresivos pero de ansiedad al mismo tiempo, que les conducía a fobias o alcoholismo u otros síntomas psicológicos serios, a estos casos el autor los llamó “duelo crónico” (Bowlby, 1997.p.152)

Existe otra manera de reaccionar ante la pérdida y es la manera opuesta a la anterior, el sujeto al parecer no se da cuenta de la tristeza que debería sentir y, su vida sigue más o menos de igual modo. Sin embargo, estas personas también tienen síntomas psicológicos y físicos pero intempestivamente y sin razón manifiesta, pueden caer el rato menos pensado en una profunda depresión. Hay en quienes se observa una combinación de los dos casos anteriores, una persona puede presentar ausencia de emociones como la tristeza durante bastante tiempo, pero luego manifiesta un duelo crónico dice el autor. Otra variedad de duelo patológico es la *euforia* e incluso esta puede transformarse en manía. La salud mental según el autor está

relacionado a que si los mecanismos de defensa, que todos los seres humanos o tenemos, en un procesos de duelo estos se extienden o logran tener el control total en los procesos cognitivos de la persona, entonces ahí se habla de patologías. (Bowlby,1997.p.154)

Una conclusión importante del autor se refiere a que, la mayoría de las personas que atraviesan duelos de características patológicas, son personas que tienen apegos inseguros y ansiosos. Es decir, es común en personas con una gran ambivalencia, dice Bowlby.

Se ha hablado de la pérdida de manera más o menos profunda, sin embargo, aun queda pendiente la parte de este capítulo en la que pérdida es una crisis. Se ha dicho muchas cosas de los efectos de las pérdidas en las personas desde dos teorías, la psicoanalítica y la del apego. Las dos teorías discrepan y tienen también otros aspectos en común, que ya se han explicado, no obstante, desde cualquier perspectiva ya sea desde la de Freud o la de Bowlby, se llega a comprender que la pérdida ocasiona una crisis. Primero, que si recordamos el concepto de crisis que se presentó al inicio de este capítulo, se dijo que era un estado de desequilibrio y que son generadas por algún suceso que las precipite. Por lo tanto, en estos términos se podría afirmar que la pérdida de un ser querido ocasiona, como ya se ha manifestado un estado de desproporción, por ende, el de una crisis.

De igual manera, se ha dicho también que en toda crisis está presente una pérdida importante, por lo tanto, crisis y pérdida son dos fenómenos que no se los puede considerar separados, sino, todo lo contrario ambos están estrechamente relacionados. Bowlby, el autor a quien se ha estado citando en este capítulo trabajó la distinción entre pérdida y separación. Debido a que se ha presentado hasta aquí sus estudios acerca de la pérdida, a continuación es el turno de decir lo que el autor ha observado en cuanto a la separación.

En el libro de la separación afectiva de John Bowlby, al igual que en el de la pérdida, el autor se basa principalmente en experimentos que se llevaron a cabo en niños. Un primer estudio fue realizado a infantes de trece a treinta y dos meses aproximadamente, éste consistía en que los niños experimentarían una separación con sus padres estando diez días mas o menos en una guardería a la que nunca hayan estado antes. El objetivo era el de observar las conductas que los niños presentan durante la separación y luego de la misma.

La conclusión de este y otros estudios dieron lugar a lo siguiente:

Un niño tras una separación tiende a tener la siguiente secuencia de conductas. Primero está el llanto, el niño reclama desesperadamente la presencia de su madre. Segundo, los niños cesan en su llanto pero no se despreocupan que la madre aparezca nuevamente. Tercero, se hace presente un *desapego emocional*, este desapego no es para siempre y, cuando la madre regresa el pequeño vuelve a entablar su apego. Después de recuperar a su madre el niño no quiere separarse otra vez de ella y, cualquier indicio de que esto pueda ocurrir será motivo de una gran ansiedad. (Bowlby,1998.p.46). Posteriormente, se hace una relación de sus estudios con la teoría de Freud y, por consiguiente con la psicopatología. El autor aporta que esta *desesperación* que tiene el niño al darse cuenta de la ausencia de su madre, ocasiona la *ansiedad de separación* y el *desapego*; este conocido como un mecanismo de defensa. Dentro de la teoría psicoanalítica, con Freud, surgen una serie de casos y estudios realizados que dieron paso al conocimiento de la psicopatología. El autor dice que a Freud le tomó mucho tiempo darse cuenta que, el origen de las patologías están relacionadas a una pérdida o separación en la infancia de sus pacientes. (Bowlby,1998.p.47).

Lo mencionado anteriormente, viene a argumentar la importancia de las separaciones en la salud psicológica y física del sujeto y, a darles el lugar que se merecen dentro de la teoría de las crisis. Al hablar de que las crisis están destinadas a aparecer después de un suceso precipitante, y teniendo en consideración que una separación es un suceso de tal importancia que origina psicopatologías, entonces, nada más adecuado que concluir que la separación al igual que la pérdida son sucesos precipitantes de una crisis.

No obstante, cabe recalcar que no se ha afirmado en totalidad que la ansiedad por separación sea la causa primordial de las neurosis estudiadas por Freud, pero si es un factor que debe tenerse en cuenta al hablar de las psicopatologías. (Bowlby,1998.p.49).

Otra situación que el autor señala en cuanto a la ansiedad es que, las personas responden a una separación de acuerdo al contenido psíquico con el que esté asociado ese acontecimiento. Por ejemplo, si un individuo cuando niño experimentó por alguna razón la separación con su madre de modo muy ansioso, por medio de la asociación, en la vida adulta presentará una

respuesta cargada también de mucha ansiedad. Por lo tanto, afirma Bowlby que las separaciones o cualquier otra experiencia vivida a temprana edad, si están asociadas con algo demasiado negativo, el sujeto de adulto podría reaccionar a esto con alguna psicopatología o con fuertes niveles de estrés. (Bowlby,1998.Pág.205). Esto en cuanto a lo que respecta a la teoría del apego.

Este capítulo tiene como punto principal relacionar a la pérdida y la separación como desencadenantes de una crisis, y también, exponer con la mayor claridad posible estos fenómenos para a su vez asociarles con el cáncer de seno. Existe todavía polémica dentro de los criterios de los profesionales de la salud al afirmar que el estrés ocasionado por algún suceso, sea un agente que colabore a la evolución de una enfermedad importante como el cáncer, alterando el sistema inmunológico de los pacientes, afirma (Slaikeu, 1996 p. 68). Sin embargo, en otros estudios se ha consolidado sin lugar a dudas que esto ocurre, como es el caso de la psiconeuroinmunoendocrinología, dentro de los estudios de la medicina psicosomática. Por ejemplo, (Luchina, 1998. p. 227), estipula que Evans, 1926, apuntaba claramente a relacionar la pérdida de una relación afectiva significativa con la aparición de cáncer. Además que, los casos de cáncer se ve con mayor frecuencia en personas que hayan vivido un divorcio o una separación, o una pérdida trascendente. Estipula asimismo, que se observó que el duelo es una etapa que implica atravesar por un grado substancial de estrés, y que se le ha adjudicado a este el surgimiento de la enfermedad de cáncer y su agravamiento. (Luchina,1998. p, 229). Estos estudios están indicados aquí, porque, vienen a argumentar y a completar lo que se quiere decir, o sea que, las crisis circunstanciales corresponden a un estado que está relacionado con los procesos de enfermedades como el cáncer.

Es un hecho que frente a una enfermedad, lo que se tiene no es únicamente un organismo afectado, sino también a un sujeto que padece, y como tal tiene una historia, es parte de una familia y de una sociedad. Existirán varias razones por las que un individuo tenga una patología somática, por este motivo se han expuesto las teorías anteriores. Por un lado Freud con el Psicoanálisis, uno de los pioneros en nuestra cultura occidental en atribuir factores psicológicos o predisposiciones inconscientes, para el surgimiento de un síntoma en el cuerpo, en los trastornos conversivos histéricos. Bowlby también con sus experimentos nos aportan el

conocimiento de la importancia de la calidad y tipo de vínculos afectivos en la historia del paciente, como determinantes en la vida de una persona y otros estudios que asocian a las pérdidas y separaciones con las dolencias físicas. Por ello, estas teorías recalcan lo que se pretende señalar en este capítulo, al respecto de las enfermedades, y es que una persona con un trastorno patológico, es un individuo al que se le debe considerar de modo integral.

Relación entre las crisis circunstanciales y la teoría de Hamer. Dentro de los primeros conceptos que introduce Hamer para el entendimiento de su teoría está el SDH ó shock, que se caracteriza por ser de tipo inesperado, vivido en soledad y muy dramático. Estas características tienen mucho en común con los conceptos de las crisis circunstanciales; una crisis circunstancial es siempre repentina y llega sin ninguna previsión del individuo, le produce un estado de alteración de su ritmo de vida la persona siente que el momento por el que está atravesando sobrepasa cualquier capacidad para sobrellevar la situación. Y por último, quienes han tenido una crisis, sobretodo del tipo pérdida o separación, se sienten solas a pesar del consuelo que sus familiares y amigos le brinden.

En la teoría de Hamer, existe una primera fase llamada fase activa, en la que se presentan cambios en el individuo, por ejemplo, insomnio, estrés y preocupación mental sobre el conflicto. En las crisis circunstanciales también se presenta algo similar como: el insomnio, estrés, y síntomas físicos como úlceras y cólicos, así como también una preocupación constante por el fallecido o por lo que haya detonado la crisis. Estos síntomas de igual modo, están presentes en la primera fase que menciona Hamer.

Otra similitud es por ejemplo: que tras una pérdida deviene un proceso de duelo que consiste en algunas etapas que anteriormente fueron señaladas, la etapa final es cuando la persona logra restablecerse retirando la libido de la persona fallecida. Esta situación coincide con la fase final que describe Hamer, Fase de *curación o postconflictolisis*, en la que la persona siente un gran alivio.

Hamer señala que puede existir un conflicto persistente que desgasta tanto la psique como el organismo del individuo, éste en un conflicto pendiente, la persona no ha podido solucionar el conflicto que desencadenó la enfermedad y por lo tanto permanece mucho tiempo en la fase

activa de manera que, el sujeto vive un estado de estrés vigente. De igual manera Slaikeu indica que una persona que atraviesa un duelo tiene algunos síntomas como insomnio, dolores de cabeza, ansiedad, entre otros, que evidentemente agotan y desgastan el organismo. Entonces, a consecuencia de un duelo prolongado deviene un deterioro en la salud, incluso el individuo posee mayor probabilidad de contraer enfermedades a diferencia de alguien que no haya vivido dicha calamidad ó caído en una recidiva del conflicto.

Hamer indica, dentro de la explicación que da a las alergias, que un conflicto o shock es guardado en la memoria conjuntamente con todo lo que esté a su alrededor en ese momento, esta memoria le sirve al organismo para la supervivencia. Debido a que ya se ha registrado el shock en la mente, cuando una persona está cerca de ciertos objetos que estuvieron presentes durante el shock, por ejemplo, polvo, polen, etc, vuelven los síntomas que estuvieron presentes el primer momento en surgió aquel conflicto. Así la memoria estaría funcionando como una especie de alarma para no volver a pasar nuevamente por tal situación desagradable y prevenir un conflicto.

En la psicología es conocido que una crisis puede ser originada por un suceso que por asociación remita a un evento negativo vivido previamente, así se puede revivir un trauma y provocar un gran desequilibrio. Este punto comparte similitud con la explicación que Hamer le brinda a las alergias.

Hamer afirma que psiquis cerebro y órgano trabajan al unísono. Slaikeu indica que tras una crisis se afectan varios niveles: conductual, afectiva, somática e interpersonal, debido a que todo está conectado entre sí (Slaikeu, 1997. Pág. 37), las personas trabajamos como un sistema en donde si algo se afecta repercute en todo lo demás. La semejanza entre ambos mantienen es que tanto la psicología como Hamer entienden al sujeto como un sistema en la que sus partes trabajan en conjunto.

Las relaciones entre las crisis circunstanciales y las teorías de Hamer hasta aquí presentadas, sirvieron de parámetros para formular las preguntas en la encuesta que se realizó en el estudio de campo.

CAPITULO TERCERO

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Metodología. Esta es una investigación teórico-aplicada puesto que hemos relacionado los enfoques y perspectivas de la psicopatología, las teorías de Hamer y los conceptos de las crisis circunstanciales, para llevarlos a la verificación en el campo práctico.

Muestra La presente investigación se realizó en la Fundación FUDIS (Fundación para el desarrollo integral de la sociedad) Amigos Del Mundo Frente al Cáncer, que presta servicios de alojamiento, comida y atención psicológica a pacientes que reciben tratamiento en SOLCA (sociedad de lucha contra el cáncer). De aquellos pacientes diagnosticados de cáncer se tomó como muestra únicamente a quienes tienen diagnóstico de cáncer de seno confirmado con la historia clínica que consta en la fundación. Se incluyeron 23 pacientes con cáncer de seno y a todas se les aplicó la encuesta diseñada para investigar crisis circunstanciales.

Instrumentos. Se diseñó una encuesta para detectar la existencia de una crisis circunstancial previa al diagnóstico de cáncer de seno, la misma que permitió seleccionar a quienes experimentaron una crisis circunstancial, y posteriormente se llevó a cabo una entrevista individual que permitió recaudar información acerca del cómo experimentaron las crisis circunstanciales y a qué tipo de crisis pertenecen.

3.1 Aplicación de la Encuesta

Encuesta No se eligió ninguna encuesta estandarizada puesto que no existe alguna específica que permita relacionarla con las teorías de Hamer; es por eso que diseñamos una encuesta en cuyas preguntas se incluye los indicadores de las crisis circunstanciales para detectar la

existencia de las mismas y que además permiten una relación con los postulados de la GNM. La encuesta está elaborada con cuatro preguntas cerradas de fácil comprensión dirigidas a detectar la existencia de una crisis circunstancial, tomando en cuenta los postulados propuestos por Slaikeu y Bowlby citados en el marco teórico en donde indican generalizaciones encontradas en respuestas ante una pérdida y que son muy similares entre un autor y otro.

Si respondieron SI a tres o más preguntas se confirmó que experimentaron crisis circunstanciales.

Preguntas:

- 1) *Antes de recibir el diagnóstico, usted ¿recuerda algún suceso dramático y doloroso que marcó un antes y un después en su vida? Si No*
- 2) *¿Recuerda usted si el evento recordado le ocasionó mucha preocupación y usted pensaba mucho en el problema? Si No*
- 3) *¿El o los momentos que usted recordó, están relacionados con alguna separación o pérdida de un ser querido, por ejemplo: pareja, hijos, padre, madre, hermanos, amigos, o mascota? Si No*
- 4) *¿El evento recordado fue algo que la tomó por sorpresa, es decir, usted no se lo esperaba? Si No*

3.2 Aplicación de la entrevista

De las 23 pacientes incluidas en este estudio se seleccionaron 19 pacientes que respondieron afirmativamente a 3 o más preguntas de la encuesta, es decir, quienes vivieron ciertamente crisis circunstanciales.

La entrevista se realizó de manera individual, en una sola cita, en un área privada y con el ambiente adecuado.

En la entrevista además de la historia vital, se puso énfasis en confirmar el diagnóstico de cáncer de seno, la existencia de crisis circunstanciales y de qué tipo.

Para tener criterios uniformes, acordamos establecer parámetros en la entrevista, fundamentalmente dos preguntas abiertas para especificar si las crisis fueron de tipo pérdida o separación. Las preguntas son las siguientes:

- 1) *¿Qué le ocasionó el evento desagradable que usted recordó en la encuesta?*
- 2) *¿Cómo se sintió al momento que le sucedió el evento que usted recordó? ¿Con qué lo podría usted relacionar?*

3.3 Resultados

Procedimiento Los resultados de las encuestas se presentan en gráficos con una breve descripción textual del resultado. Las respuestas globales a cada pregunta se encuentran graficadas. Así como también la valoración de la entrevista.

A continuación las características socio demográficas generales del grupo de estudio. Todas personas del sexo femenino con edad promedio 53 años, pertenecientes a la población económicamente inactiva de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad mayoritariamente primaria, en cuyo estado civil predominan las separadas.

Datos:

Edad promedio: 52.73

Moda (edad): 45, 50, 65

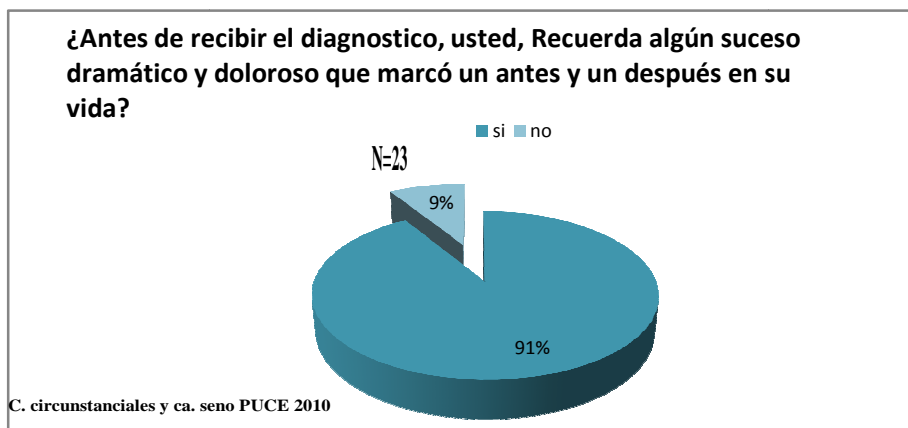
Tabla 1

Edad	<i>Adulta Joven</i>	<i>Adulta Mediana</i>	<i>Adulta Madura</i>			
	6	10	7			
Estado Civil	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>Unión Libre</i>	<i>Divorciada</i>	<i>Separada</i>	<i>Viuda</i>
	2	3	4	4	6	4
Escolaridad	<i>Primaria</i>		<i>Secundaria</i>		<i>Superior</i>	
	<i>Completa</i>	<i>Incompleta</i>	<i>Completa</i>	<i>Incompleta</i>	<i>Completa</i>	<i>Incompleta</i>
	8	7	3	5	0	0
Nivel Socio económico		<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>		
		0	0	23		
Ocupación	P.E.A.		P.E.I.			
	Empleado	Desempleado	Jubilado	Estudiante	Ama de casa	
	3	2	1	0	17	
Crisis Circunstanciales y ca. seno. PUCE 2010						

Resultados Encuesta

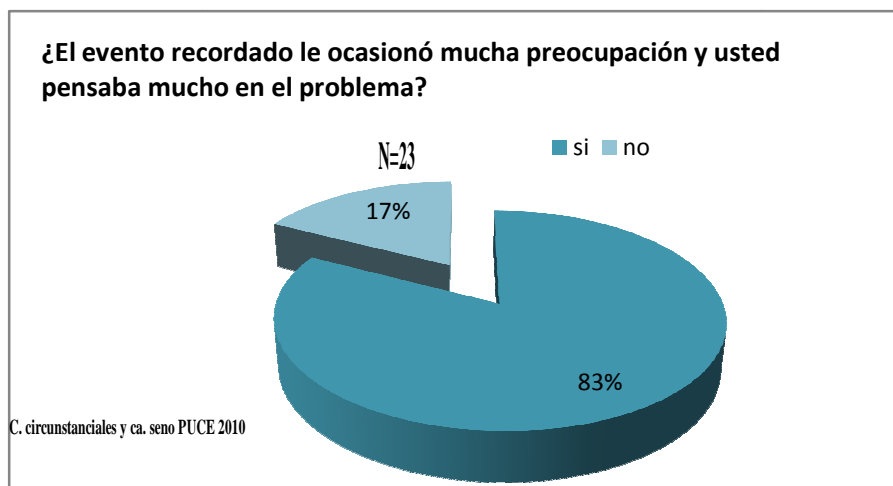
Primera pregunta. De las 23 pacientes encuestadas, 21 respondieron SI y 2 respondieron NO.

Ilustración 2 resultados



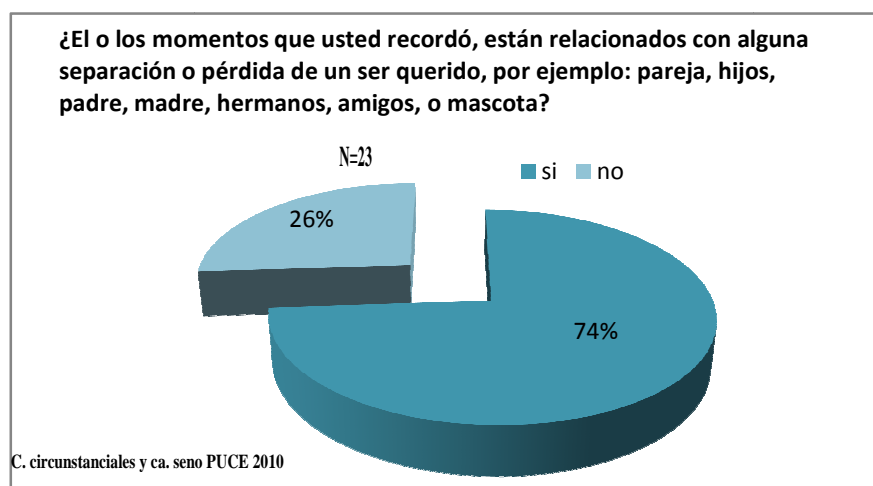
Segunda Pregunta. De las 23 pacientes encuestadas, 19 respondieron SI a la segunda pregunta y cuatro respondieron No

Ilustración 3 resultados



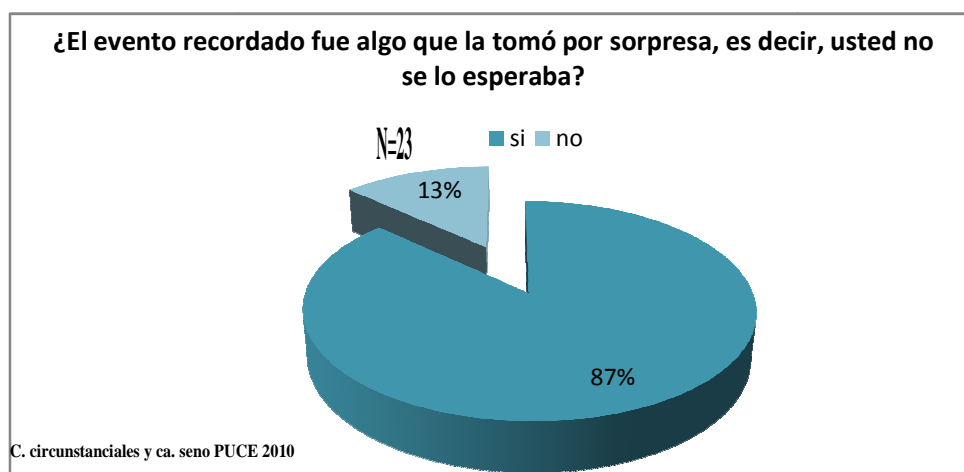
Tercera Pregunta. De las 23 pacientes encuestadas, 17 respondieron SI y seis respondieron NO.

Ilustración 4 resultados



Cuarta pregunta. De las 23 pacientes encuestadas, 20 respondieron SI y tres respondieron NO.

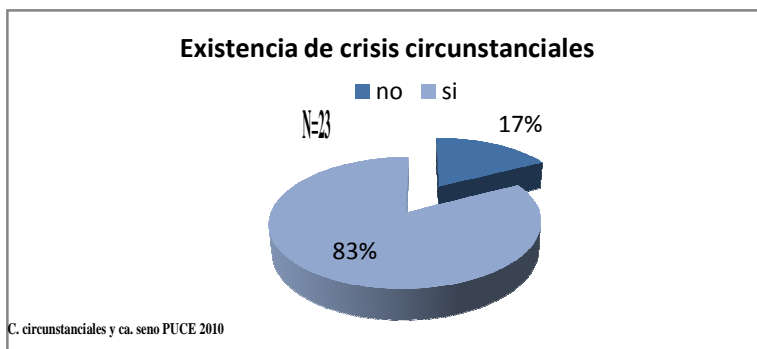
Ilustración 5 resultados



Resultados de la entrevista

19 de 23 pacientes contestaron SI a tres o más preguntas, confirmando que experimentaron crisis circunstanciales. Las cuales fueron entrevistadas de manera individual.

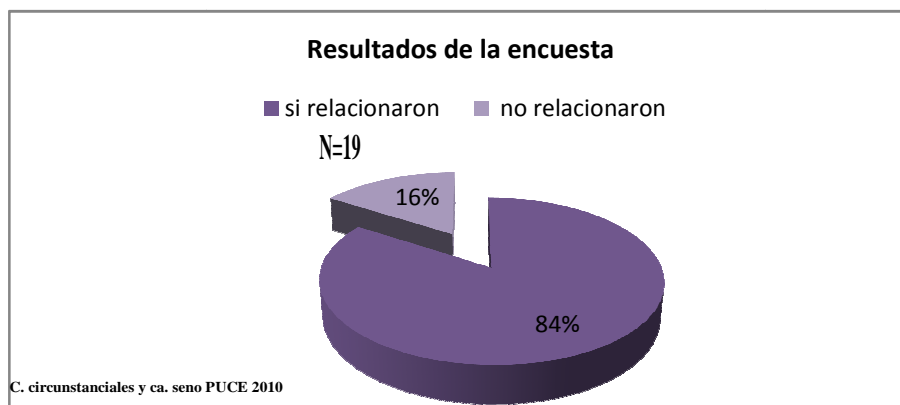
Ilustración entrevista 1



Mediante la entrevista comprobamos la existencia de crisis circunstanciales previas a la obtención del diagnóstico. La índole de las crisis circunstanciales fueron de tipo pérdida o separación y en algunos de los casos se evidenció la presencia de las dos.

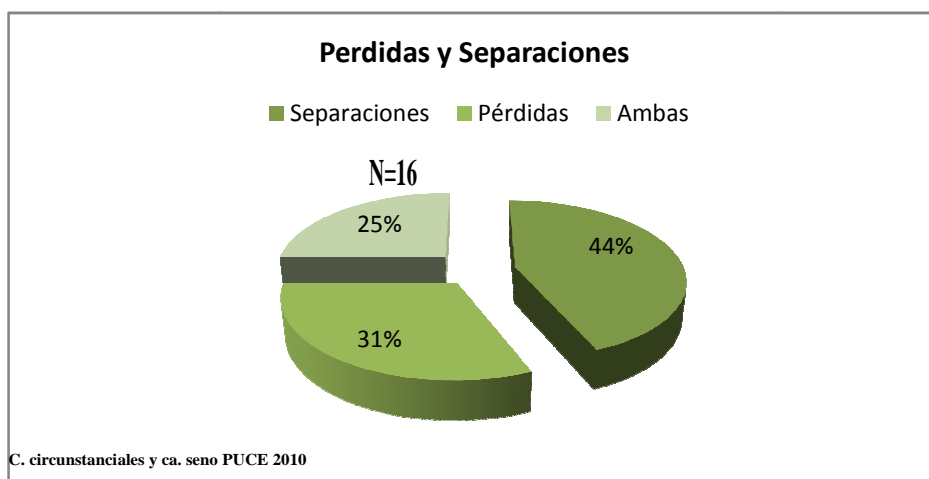
De las 19 pacientes entrevistadas, en 16 se comprobaron eventos de pérdidas y separaciones, las tres restantes no relacionaron el evento dramático con la pérdida o separación de un ser querido.

Ilustración entrevista 2



De las 16 pacientes entrevistadas que si relacionaban la crisis circunstancial con eventos de pérdidas y separaciones. Siete de éstas pacientes relacionaron la crisis circunstancial experimentada con separaciones dramáticas, cinco la relacionaron con eventos de pérdidas dramáticas y cuatro aseguraban haber experimentado ambas al mismo tiempo.

Ilustración entrevista 3



CAPITULO CUARTO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1) De la literatura revisada y de acuerdo con los enfoques psicossomáticos es innegable la relación psiquis y cuerpo, en donde lo uno genera o exacerba lo otro.
- 2) De la revisión de la Germánica Nueva Medicina® concluimos que ésta permite una mejor comprensión de la relación psiquis, cerebro y órgano.
- 3) Los resultados exponen que un alto porcentaje, el 83% de pacientes con cáncer de seno, experimentaron una crisis circunstancial previa al diagnóstico, lo cual nos permite afirmar la existencia de esta relación.
- 4) El 69.56% del total de la muestra, relacionaron la crisis circunstancial que experimentaron con pérdidas y separaciones que fueron inesperadas y vivenciadas de manera dramática. Por lo tanto, aproximadamente el 70% de las personas que fueron diagnosticadas con cáncer de seno vivieron eventos de pérdidas y separaciones antes de contraer la enfermedad.
- 5) La existencia de una ley exige que el fenómeno se repita en el 100% de los casos. No nos fue posible confirmar éste fenómeno, puesto que pese a que más del 80% de mujeres experimentaron el conflicto, este porcentaje no refleja el carácter de ley. Hay que tomar en cuenta que nosotras sólo valoramos el nivel psíquico, los niveles orgánico y cerebral no fueron objeto de estudio, por lo tanto, éste trabajo no se encuentra en calidad de verificar o refutar la *ley del hierro del cáncer* de Hamer.

- 6) No se pudo establecer la relación propuesta por Hamer de que los conflictos correspondientes al cáncer intraductal y a los del cáncer glandular son de tipo separación y pérdida respectivamente, puesto que no contamos con los recursos económicos para valorar el nivel cerebral mediante la TAC, y no manejamos los términos médicos técnicos existentes en las historias clínicas de los pacientes.
- 7) Encontramos que de entre las personas que experimentaron crisis circunstanciales, el 44% vivieron las crisis con contenido de separación por sobre el 31% que las vivieron con contenido de pérdida. Siendo los conflictos de separación los que están en relación con el carcinoma intraductal, ésta investigación corrobora las afirmaciones de que el carcinoma intraductal es más común que el cáncer de la glándula mamaria.
- 8) La presente investigación demuestra que es necesario un estado psicológico sereno, templado y sosegado al momento de un conflicto, llámesele suceso precipitante, crisis circunstancial o DHS.

Recomendaciones

- Toda paciente que atraviese una crisis circunstancial debe recibir apoyo psicológico que le ayude a sobrellevar de mejor manera la crisis a fin de evitar que la intensidad del conflicto sea mayor y especialmente en las mujeres adultas, prestar atención a las pérdidas y separaciones debido a su relación con el cáncer de seno.
- Se ha logrado determinar la importancia de las crisis circunstanciales en el proceso de enfermar. Por ésta razón se recomienda diseñar una campaña de prevención del cáncer de seno, donde la paciente adquiera un estilo de vida que le permita tener un estado psicológico sereno, templado y sosegado.

- Que se incluya en toda terapia, el facilitar a los pacientes la comprensión de las circunstancias que lo llevaron a enfermar o que contribuyen al agravamiento de la misma.
- Que se promuevan y financien estudios en donde se permita validar de manera integral la relación psique, cerebro y órgano que Hamer incluye en sus teorías. Ampliar nuestro estudio con el sometimiento a Tomografías Axiales Computarizadas para verificar la existencia de focos Hamer, relacionar su ubicación con la localización del órgano afectado más determinar según la presencia de formaciones en diana o edema cerebral con la fase por la cual cursa la enfermedad.
- Según las teorías de Hamer entonces, las campañas de detección temprana del cáncer ocasionarían cada vez más el hallazgo de cánceres malignos, puesto que inspeccionan el organismo antes incluso de que empiece a dar síntomas. Sabemos que la fase activa cursa con proliferación celular en los órganos regidos por el tronco cerebral y de tejido endodérmico, a los cuales la glándula mamaria pertenece, es decir que, se encontrarían más hallazgos de cáncer glandular.

BIBLIORGRAFÍA

Adler, Alfred. *El sentido de la Vida*. Barcelona. Luis Miracle S.A. octava edición. 1964

Balint, Michael. Balint, Enid. *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina*. Mexico. Siglo XIX editores. 1966.

Bowlby John, *El apego y la pérdida*. Paidós Ibérica S.A. Editorial. España. Psicología Profunda. 1997.

Bowlby John, *La separación afectiva*. Paidós Ibérica S.A. Editorial. Psicología Profunda. España 1998.

Chauchard, Paul. *La Medicina Psicósomática*. Buenos Aires, Paidós, 1960.

Franz Alexander, *Historia de la Psiquiatría*. Barcelona. Espax. 1970

Flanders, Dunbar. (1956) *Medicina Psicósomática y Psicoanálisis de Hoy*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Freud, Sigmund. *Estudios sobre la histeria. Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu. Tomo 11. 1893-1895.

Freud, Sigmund. *Duelo y Melancolía*. Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu. Tomo 14 1914 – 1916

Hamer, Ryke. *El testamento de una Nueva Medicina, parte I. Amici di Dirk*, 1995.

Hamer, Ryke. *El testamento de una Nueva Medicina, parte II. Amici di Dirk*, 1995.

Preuss G. Hanz. *Práctica de la Psicoterapia Clínica*. (1968) Ediciones Morata, S. A. Madrid.

Slaikeu, Kart A. *Intervención en crisis*. (1996). *Manual para práctica e investigación*. México DF. Santa Fe de Bogotá.

Toro G. Ricardo José. Sierra S. Mauricio. *Fundamentos de Psiquiatría*. Tercera edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín Colombia. 1997

En internet:

American Cancer Society. <http://www.cancer.org/index>. Acceso: Mayo 30, 2010.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. www.rae.es. Acceso: Mayo 25, 2010.

Instituto Nacional del Cáncer de España. <http://www.cancer.gov/espanol>. Acceso: Mayo 30, 2010

Nueva Medicina Germánica®. <http://www.germannewmedicine.ca/documents/bienvenido.htm>. Acceso: Junio 02, 2010

Organización mundial de la Salud. www.emro.who.int/ncd/cancer_breast.htm. Acceso: mayo 30, 2010.

Spagnuolo, Ana. Capitulo Medicina Psicósomática. www.enigmapsi.com.ar/medpsicosom.html Acceso: Mayo 30, 2010

ANEXOS

ANEXO 1

Traducción al español tomada de la web oficial de la GNM. Que descartan la posibilidad de que los las señales observadas en el tomógrafo sean *artefactos anulares*:

Los que firman abajo han elaborado los siguientes criterios de exclusión para eliminar la posibilidad de artefactos anulares:

Los siguientes descartan la posibilidad de un artefacto anular:

Si existe una formación anular similar claramente visible en una Imagen de Resonancia Magnética.

Si los anillos no son redondos sino dentados,. hay masas obvias al mismo tiempo.

Si existen depósitos de tejido de la glía en la formación circular.

Si uno o más de los anillos no están centrados en el pivote central de la toma (configuración objetiva para-central).

Si existen más círculos simultáneamente adyacentes uno a otro, cuando más sólo una de las formaciones anulares podría ser un artefacto.

Si las formaciones anulares tienen un “curso” radiológico clínico, i.e el seguimiento secuencial de Tomografías Computarizadas las muestra en las mismas localizaciones pero cambiadas.

Aquellos artefactos generados por la instalación son estructuras circulares o en la forma de un segmento circular centradas al pivote central de la toma. Si tales estructuras pudieran posiblemente representar estructuras anatómicas reales, una nueva toma de la imagen con un desplazamiento lateral o vertical de la posición del paciente es aconsejable. Si la repetición de la tomografía muestra claramente las estructuras sin un desplazamiento relativo, entonces estos no son artefactos.

Siemens Corporation

División Técnica Médica

Dirección y firmas

Erlangen, 22.17.89

Sog. fragliche Ringstrukturen/Artefakte im Hirn-CT

Die Unterzeichner haben folgende 8 Ausschlußkriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen.

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,
2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,
3. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,
4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration"),
5. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, kann höchstens 1 Ringformation Ringartefakt sein,
6. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.
7. Die geräteabhängigen Artefakte sind kreisförmige oder kreis-segmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage. Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition. Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Siemens Aktiengesellschaft
 Bereich Medizinische Technik
 Henkestraße 127 - Telefon (09131) 540
 Postfach 32 00
 8520 Erlangen



ANEXO 2

El siguiente es el escáner del documento original donde el Gran Rabino Dr. Ersa Iwan Götz reconoce públicamente que los doctores judíos, especialmente oncólogos, aplican dos tipos de medicina para el tratamiento del cáncer: a los no judíos quimio y radio terapias y a los judíos se los trata con la GMN.

Traducción del documento original obtenida del sitio web Free News. http://free-news.org/index03_hebreos.htm:

Extracto de la reunión mantenida el 17-12-2008 en las oficinas del abogado Erik Bryn Tvedt.

En presencia de los siguientes participantes:

Sra. Erika Pilhar

Sra. Olivia Pilhar

Sr. Ing. Helmut Pilhar

Sra. Vera Rechenberg

Sra. Arina Lohse

Rabino de rabinos Dr. Esra Iwan Götz

Sra. Bona García Ortin

Dr. Ryke Geerd Hamer

Los participantes en esta reunión manifiestan una alarmante preocupación por el hecho de que cada día, y tan solo en Alemania, más de 1.500 pacientes son maltratados y torturados hasta la muerte con quimio y morfina. Con la ayuda de la **Germánica Nueva Medicina** ® casi todos podrían sobrevivir. Esta situación que ha llevado a la muerte, tan solo en Alemania, a más de 20 millones de pacientes no judíos es el motivo de esta reunión.

Los participantes han constatado que :

La **Germánica Nueva Medicina** ® fue descubierta hace 27 años e inmediatamente divulgada. Desde entonces, y mediante un artículo redactado por el **Sumo Rabino Menachem Mendel Schneerson** e incluido en el **Talmud**, todos los rabinos del mundo deben hacer que los

pacientes hebreos sean tratados con la Nueva Medicina (así denominada al inicio), ahora denominada **Germánica Nueva Medicina** ®. La terapia de la **Germánica Nueva Medicina** ® permite un 98 % de supervivencia.

Lo peor fue, como el propio **Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz** testifica, que en dicho artículo se añadió que deben utilizar los medios necesarios para impedir que los pacientes no judíos practiquen la terapia que ofrece la **Germánica Nueva Medicina** ®. Según el **Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz**, lo más aberrante es, no sólo que todos los rabinos conocen que la **Germánica Nueva Medicina** ® es verdadera y han cumplido la orden de que ningún paciente judío sea torturado con quimio y morfina, sino que todos los doctores judíos, y especialmente todos los oncólogos, mayoritariamente judíos, efectúan a sabiendas dos tipos de tratamiento, una verdadera terapia o un tratamiento de tortura (según la religión).

El boicot a la **Germánica Nueva Medicina** ®, como ha sido confirmado por el **Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz**, no es una cuestión de ignorancia, de error o de falta de información, sino un genocidio dirigido, planificado.

Frente a este monstruoso crimen, a causa del cual en los últimos 27 años han sido sacrificados alrededor de 2 mil millones de seres humanos, los participantes de la reunión piensan que es necesario urgentemente informar sobre este delito a la opinión pública mundial.

Entre los judíos existen corrientes tales como «**WORLD UNION FOR PROGRESSIVE JUDAISM**» (**UNIÓN MUNDIAL PARA UN JUDAÍSMO PROGRESISTA**), a la cual pertenece el **Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz**, que rehúsa ser cómplice de este crimen.

Por esta razón, hacemos un llamamiento a todos los hombres y mujeres íntegros para que se comprometan en poner fin a este crimen, a fin de que todos los pacientes, también no judíos, puedan beneficiarse de la **Germánica Nueva Medicina** ®.

Junto con el **Gran Rabino Dr. Esra Iwan Götz** hacemos un llamamiento a todos los Rabinos, y especialmente a los oncólogos para que: «Detengan este crimen y este genocidio mundial de los no judíos».

Sandefjord, a 17.12.2008

Sra. Erika Pilhar

Sra. Olivia Pilhar

Sr. Ing. Helmut Pilhar

Sra. Vera Rechenberg

Sra. Arina Lohse

Sra. Bona García Ortin

Rabino de rabinos Dr. Esra Iwan Götz

Dr. Ryke Geerd Hamer

Este texto y estas firman han sido certificados legalmente por el abogado:

Erik Bryn Tvedt, en su despacho: Rechtsanwalt Erik Bryn Tvedt (Abogado).

Germanische Neue Medizin Forlag

Niederschrift über eine Konferenz in den Amtsräumen des Rechtsanwaltes Erik Bryn Tvedt am 17.12.2008

Mit folgenden Teilnehmern:

Frau Erika Pilhar
Frau Olivia Pilhar
Herr Ing. Helmut Pilhar
Frau Vera Rechenberg
Frau Arina Lohse
Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz
Frau Bona Garcia Ortin
Dr. Ryke Geerd Hamer

Die Konferenzteilnehmer treffen sich in großer Sorge unter dem Gesichtspunkt, daß jeden Tag weitere 1500 Menschen allein in Deutschland mit Chemo-Misshandlung und Morphinum zu Tode kuriert werden. Mit Hilfe der Germanischen Neuen Medizin® könnten fast alle Betroffenen überleben.

Dieser Zustand, durch den bisher mehr als 20 Millionen nichtjüdischer Patienten, nur in Deutschland, gestorben sind, ist das Thema dieser Konferenz.

Die Konferenzteilnehmer haben festgestellt:

1. Seit 27 Jahren ist die Germanische Neue Medizin® entdeckt und bekannt. Und etwa seit dieser Zeit sind aufgrund eines Artikels von Weltoberrabbiner Menachem Mendel Schneerson im Talmud alle Rabbiner dieser Welt verpflichtet, dafür zu sorgen, daß alle Patienten jüdischen Glaubens mit dieser früher bezeichnet „Neuen Medizin“ jetzt genannt „Germanischen Neuen Medizin®“ therapiert werden.
Diese Therapie hat eine 98 %-ige Überlebensrate.
2. Das Schlimme war, was auch Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz bestätigt, daß nach dem gleichen Artikel im Talmud den Patienten nichtjüdischen Glaubens eine Therapie nach der Germanischen Neuen Medizin® unmöglich gemacht werden sollte. Geradezu unfaßbar ist, daß laut Bestätigung von Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz, nicht nur alle Rabbiner gewußt haben, daß die Germanische Neue Medizin® richtig ist und dafür gesorgt haben daß kein jüdischer Patient mit Chemo und Morphinum mißhandelt werden durfte, sondern, daß auch alle jüdischen Professoren und insbesondere Onkologen, die die große Mehrheit darstellen, vorsätzlich zweierlei Be- und Mißhandlungen durchgeführt haben.
3. Der Boykott der Germanischen Neuen Medizin® ist, auch das kann Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz bestätigen, nicht etwa eine Sache der Unkenntnis, des Versehens oder der mangelnden Information, sondern ein gezielt geplanter weltweiter Genozid.
4. Angesichts dieses ungeheuerlichen Verbrechens, dem in den letzten 27 Jahren schätzungsweise über 2 Milliarden Menschen zum Opfer gefallen sind, halten es die Konferenzteilnehmer für dringend erforderlich die Weltöffentlichkeit auf dieses Verbrechen der Menschheitsgeschichte bekanntzumachen und hinzuweisen.
Auch unter den Juden gibt es Strömungen, wie die „World UNION FOR PROGRESSIVE JUDAISM“, der Herr Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz angehört, die sich mit diesem Verbrechen nicht identifizieren möchten.



Aus diesem Grunde rufen wir alle redlichen Menschen auf, sich dafür einzusetzen, daß dieses Verbrechen beendet wird, und alle auch nicht jüdischen Patienten in den Genuß der Behandlung der Germanischen Neuen Medizin® kommen.
Mit Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz fordern wir alle Rabbiner und auf dem medizinischem Gebiet insbesondere die Onkologen auf, „Stoppt dieses Verbrechen und diesen weltweiten Genozid an den nichtjüdischen Patienten“.

Sandefjord, den 17.12.2008

Frau Erika Pilhar

Frau Olivia Pilhar

Herr Ing. Helmut Pilhar

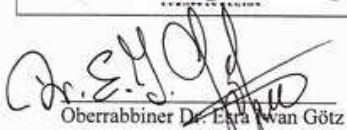
Frau Vera Rechenberg

Frau Arina Lohse

Frau Bona Garcia Ortin






Oberrabbiner Dr. Esra Iwan Götz


Dr. Ryke Geerd Hamer



Die Richtigkeit der Konferenzniederschrift nebst Unterschriften bestätigt Rechtsanwalt Erik Bryn Tvedt in seiner Kanzlei.

Rechtsanwalt Erik Bryn Tvedt




ANEXO 3

Certificado de comprobación sobre la correlación entre el ataque cardiaco, el conflicto territorial y las alteraciones en el cerebro en forma de los llamados Focos de Hamer llevado a cabo por los doctores: E. Mannheimer, MD de la Clínica Radiológica de Viena y el Prof. Pokieser y Prof. Dr. Imhof. Ambos radiólogos de la Universidad de Viena, Austria.

ABTEILUNG FÜR ANGIOLOGIE
LEITEND: Prof. Dr. E. MANNHEIMER
DER KARDIOLOGISCHEN UNIV. KLINIK
VON DER POLIKLINIK
AN DER UNIV. WIEN, COENSCUOLAS

Es wird bestätigt, daß von einer Konferenz, bestehend aus
Frau Prof. Dr. Mannheimer, Kardiolog, Univ. Klinik Wien
Herrn Prof. Dr. Pokieser, Zentralröntgen Univ. Wien
Herrn O.A. Dr. Fitscha, Poliklinik, II. Med., Kardiologie, Wien
Herrn Prof. Dr. Imhof, Zentralröntgen, Computertomographie
Herrn Dr. Hamer, Internist, Rom

heute eine Studie vereinbart wurde, die übersichtlich den
möglichen Zusammenhang zwischen Herzinfarkt, Revierkonflikt und
Veränderungen im Gehirn, und zwar rechtstemporal in Form eines
sogenannten HAMER'schen HERDES, klären soll.

Folgende 8 Patienten sind in dieser Studie einbezogen:

Von der Kardiologischen Univ. Klinik Wien (Prof. Dr. Kaindl)

1. [REDACTED], 59 Jahre, frischer Vorderwandinfarkt
2. [REDACTED], 57 Jahre, akuter Hinterwandinfarkt
3. [REDACTED], 45 Jahre, akuter Vorderwandinfarkt
4. [REDACTED], 61 Jahre, subakuter Vorderwandinfarkt

Von der Poliklinik (Kardiologie) der II. Med. Klinik der Stadt
Wien (Prof. Dr. Tiso):

1. [REDACTED], 58 Jahre, 4 Monate alter Vorderwandinfarkt
2. [REDACTED], 6 Monate alter Hinterwandinfarkt
3. [REDACTED], 60 Jahre, frischer kleiner Hinterwandinfarkt
4. [REDACTED], 53 Jahre, frischer, ausgedehnter Vorderwandinfarkt

Bis auf den letzten Patienten der Poliklinik, bei dem in den nächsten
Tagen ein Hirn-CT vorgesehen ist, wurde bei allen Patienten ein Hirn-
CT angefertigt - ohne Kontrastmittel.

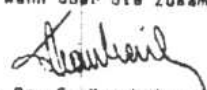
Es ist vorgesehen, alle Patienten in 6-wöchigen Abständen zu unter-
suchen.

Die heutige Konferenz hat zur Kenntnis genommen, daß, wie durch Unter-
schrift der Patienten und Ärzte dokumentiert, der klinische Verlauf,
insbesondere der des Vegetativums, dem Konfliktverlauf in jedem Fall
entsprechen hat, sodaß - entsprechend der EISENHEIM REDEL DES KREBS -
der Herzinfarkt immer erst nach Lösung des "Revierkonfliktes" eintrat.
Zu diesem Zeitpunkt befanden sich alle Patienten subjektiv bereits
wieder bei bester Gesundheit (Vegetonia).

Die CT-Bilder des Gehirns schienen nicht in allen Fällen eindeutig,
sie schienen aber in der Mehrzahl so auffällig, daß die Konferenz diese
Studie für wünschenswert hielt, um definitiv Klarheit über die Zusammen-
hänge zu erhalten.

In späteren Studien sollen eventuell die verschiedenen cerebralen Lo-
kalisierungen vom Vorderwandinfarkt (weiter frontal) und Hinterwandin-
farkt (weiter dorsal) untersucht werden, wenn über die Zusammenhänge
erst grundsätzlich Klärung erzielt ist.

Wien, 1984 September 06.


Prof. Dr. E. Mannheimer

Verifikation Vienna 1984

ANEXO 4

Certificado de comprobación de la "Ley de Hierro del Cancer" por parte de los doctores en medicina: Dr. Birkmeyer y el Dr. en Medicina Rozkydal (ambos en Viena, Austria).

Folgende 5 Ärzte haben am 9.12.1988 eine gemeinsame Überprüfung der Reproduzierbarkeit der EISERNEN REGEL DES KREBS in Wien durchgeführt.

Dr. Elisabeth M. Rozkydal

ELISABETH M. ROZKYDAL
Dr. med. praktischer Arzt
1050, Schwarzenberggasse 16/16
Opinionen nach Vereinbarung
Tel: 42 66 57/39 WIEN

Dr. Jörg Birkmeyer

UNIV.-PROFESSOR
DDR. JÖRG BIRKMAYER
FACHARZT FÜR LABORMEDIZIN
A-1090 WIEN, SCHWARZSPANIERSTR. 15
TEL. 42 23 67, 42 66 57, 42 67 39

Dr. Franz Reinisch, FAJ. innere Med.

Dr. Fritz Blas, Tierarzt

Dr. Ryke Geerd Hamer

Es wurden insgesamt 7 Patienten untersucht. Die Untersuchung hatte den ausdrücklichen Zweck, festzustellen, ob alle Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe dieser Patienten, die an Krebs, Multipler Sklerose und Krebsäquivalenten (Morbus Crohn u.a.) erkrankt waren, eindeutig nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen waren.

Dies war eindeutig der Fall, und zwar auf allen 3 Ebenen, der psychischen, die durch die anwesenden Patienten abgeklärt werden konnte (Konfliktanamnese), der cerebralen Ebene, die durch die vorliegenden Hirn-CT-Bilder demonstriert werden konnten, und der organischen Ebene, die durch vorliegende Röntgenbilder und Klinikbefunde gesichert waren.

Die meisten Patienten hatte Herr Dr. Hamer vorher nicht gekannt.

Die Zusammenhänge waren überzeugend.

Wien, den 9. Dezember 1988



Diese Fotokopie stimmt mit dem mir vorliegenden Original vollkommen überein.

WIEN, den zwölften Dezember neunzehnhundertachtundachtzig.-----



Dr. J. von KIRSCHNER
Tierärztliche Hochschule Wien
Stempel

ANEXO 5

Escáner del documento original en donde se verifica los casos de 6 pacientes por parte de 17 médicos de la ciudad de Namur en Bélgica.

PROTOCOLE DE LA CONFERENCE DE MEDECINS LES 12 ET 13 MAI 1990 A NAMUR (BELGIQUE)

Il a été effectué un contrôle validant la Loi d'Airain du Cancer et ceci en présence des médecins cités ci-dessous, présents ce jour-là à Namur.

Il a été procédé à une investigation complète de six patients et chaque cas a été documenté avec précision. L'objectif explicite de l'examen est le suivant: constater si tous les processus pathologiques de ces patients se sont déroulés sans équivoque conformément la Loi d'Airain du Cancer. Tous les patients souffraient de cancers ou d'équivalents cancéreux.

- A chaque fois cette Loi a été confirmée et ceci aux trois niveaux:
- psychique qui a été élucidé par les patients présents - (anamnèse des conflit
 - cérébral, éclairé par les images de scanners et
 - organique qui fut étayé par les radios et les protocoles cliniques.

Tous les patients présentés au Dr. Ryke Geerd HAMER lui étaient inconnus. Ainsi fut démontrée la cohérence du système. Dont acte.

ANNE-ARZIE HUERT
 10 Prom. Plan
 7600 Namur
 TAVANAI
 Dr. E. Leung
 82 rue de l'Église
 4290 Hoffort
 Catherine Bataille de Longpré
 224, A.v. Bruggmann
 1180 Bruxelles
 Dr. Jacques Willems
 250, rue de la Libération
 1070 Bruxelles
 INAMI 1760901201002
 Dr. F. ...
 Dr. NGUYEN-WILLAME
 Heulle Mouchet, 13
 6051 SAINT-DENIS
 081 / 55 06 01
 Dr. ...
 J.-M. JAMIN
 6, Rue des Serrins
 5101 ERDEN
 Dr. Ryke Geerd Hamer

Verifikation Belgien 1990

ANEXO 6

Escáner del documento original de la verificación de las Cinco Leyes Biológicas de la GNM llevado a cabo por la Universidad de Düsseldorf en Alemania.



Städtische
Kinderklinik
Gelsenkirchen



Städtische Kinderklinik - Westerholter Straße 142 - 4600 Gelsenkirchen-Buer

Herrn Dekan
Prof. Dr. D. P. Pfützer
Medizinische Fakultät der
Universität Düsseldorf
Universitätsstraße 1
4000 Düsseldorf 1

Westerholter Straße 142
Gelsenkirchen-Buer
Telefon (0209) Zentrale: 369-1
Durchwahl: 369- 220
Fernschreiber 0824788
Auskunft erteilt Zimmer
Prof. Dr. Stemmann

Ihr Schreiben vom

Gelsenkirchen-Buer, 24.06.1992

Sehr geehrter Herr Dekan,

Ihrem Vorschlag, daß ich als Mitglied der Medizinischen Fakultät in einer Ärztekonzferenz 20 Fälle daraufhin untersuchen soll, ob sie nach den biologischen Gesetzmäßigkeiten der "Neuen Medizin" des Dr. Ryke Geerd Hamer reproduzierbar sind, habe ich entsprochen. Vereinbarungsgemäß sollte ich Ihnen und der Fakultät darüber berichten:

Am 23. und 24. Mai 1992 hat unter meiner Leitung eine Konferenz in der Städtischen Kinderklinik Gelsenkirchen an 24 Fällen nach den Regeln der "Neuen Medizin" stattgefunden, und es wurde eingehend untersucht, ob die von Dr. med. Ryke Geerd Hamer entdeckten und definierten 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten der "Neuen Medizin" in jedem Falle zutreffend waren. Durchschnittlich hatte jeder Fall 4 bis 5 Erkrankungen.

Wie Sie ja wissen, lauten die 4 biologischen Gesetzmäßigkeiten der "Neuen Medizin":

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS mit ihren 3 Kriterien
2. Das Gesetz der Zweiphasigkeit der Erkrankungen - bei Lösung des Konfliktes
3. Das ontogenetische System der Krebs- und Krebsäquivalenterkrankungen
4. Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben

Die 24 Fälle erstreckten sich auf folgende Erkrankungen:

Krebs, Leukämie, Psychose, Multiple Sklerose, Diabetes, Allergie, Epilepsie, Hirntumor, Infektionskrankheit, Tuberkulose, Sarkom.

Wir fanden ausnahmslos bei allen 24 Fällen, bei denen, wie gesagt, meist mehrere Erkrankungen bestanden, daß die biologischen Gesetzmäßigkeiten der "Neuen Medizin" 1 - 3 jeweils für jede Teilerkrankung exakt erfüllt waren und zwar auf allen 3 Ebenen, der Psyche, dem Gehirn und den Organen, und das für jede einzelne Phase synchron. Die 4. Gesetzmäßigkeit, das ontogenetisch bedingte System der Mikroben, konnte nicht ausreichend überprüft werden, da die dazu nötigen Unterlagen, wie Erregernachweise u. a., in nicht ausreichender Zahl vorlagen.

...

Konten der Stadtkasse: Konto-Nr. 101 000 774 Stadt-Sparkasse Gelsenkirchen (BLZ 42050001) und bei allen Banken in Gelsenkirchen
Postgüternr. 666-462 Postgüternr. Dortmund (BLZ 44010046)

Verifikation Gelsenkirchen 1992

ANEXO 7

Documento de la unidad oncológica de la Universidad de Trnava en Eslovaquia y del Instituto de Oncología Santa Elizabeth en Bratislava que comprueba que los postulados de la GNM son susceptibles de comprobación mediante el método científico y la verificación de 7 casos.



TRNAVSKÁ UNIVERZITA

Homopotočná 23, 918 43 Trnava

BESTÄHTIGUNG

Am 8.9. u. 9.9.1998 wurde am Onkologischem Institut Hl. Elisabeth in Bratislava und Onkologischen Abteilung des Krankenhauses in Trnava sieben Patientenfälle mit insgesamt mehr als 20 einzelnen Erkrankungen in Gegenwart des Prorektors der Universität Trnava, des Dekans der Fakultät für Pflegewesen und Sozialwesen der Universität Trnava und insgesamt 10 Dozenten und Professoren untersucht (ärztliche Protokolle von diesen Fällen, die durch Dr. Hamer gemacht wurden, sind in der Beilage). Es sollte festgestellt werden, ob nach naturwissenschaftlichen Regeln der Reproduzierbarkeitsprüfung die Verifikation seines Systems festgestellt werden konnte.

Dies war der Fall.

Von den jeweils etwa 100 Fakten, die man bei jeder Einzelerkrankung nach den Regeln der "Neuen Medizin" abfragen kann, konnten zwar in Ermangelung vollständiger Untersuchungsbefunde nicht alle Fakten abgefragt werden, aber die abgefragten Fakten zeigten, dass alle Naturgesetze der "Neue Medizin" erfüllt waren.

Die unterzeichneten nehmen deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit als gesichert an, dass seine Präsentation in zwei Überprüfungskonferenzen bewies sein System mit großer Wahrscheinlichkeit. Wir schätzen sehr hoch das menschliche, ethische und geduldige Engagement Dr. Hamers und seinen neuen ganzheitlichen Zutritt zum Patienten. Nach Berücksichtigung aller dieser Faktoren, haben wir den Eindruck gewonnen, dass die Frage der möglichst baldigen Anwendung der "Neuen Medizin" dringend weiterverfolgt werden sollte.

Trnava 11.9.1998

prof. MUDr. J. Pogády, DrSc, Prof. f. Psychiatrie,
Vors. der Kommission

prof. MUDr. V. Krčmáry, DrSc, Dekan der Fakultät

doc. RNDr. J. Mikloško, DrSc, Prorektor f. Forschung

...
...
...

