



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **ARIANA GRACIELA HERRERA SALAZAR, C.C. 180342645-9**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“INFLUENCIA DE LA VIVENCIA TRAUMÁTICA EN LA GENERACIÓN DE CÁNCER”**. Estudio desde la perspectiva psicosomática, en el período enero-mayo del 2015, en 5 terapéutas de la ciudad de Quito que han atendido pacientes oncológicos, previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2016

ARIANA GRACIELA HERRERA SALAZAR

C.C. 180342645-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA VIVENCIA TRAUMÁTICA EN LA
GENERACIÓN DE CÁNCER.

Estudio desde la perspectiva psicosomática, en el período Enero-Mayo del 2015, en 5 terapeutas de la ciudad de Quito que han atendido pacientes oncológicos.

ARIANA HERRERA SALAZAR

DIRECTORA: MGTR. PAULINA BARAHONA

QUITO, 2015

AGRADECIMIENTOS

- A mis padres y hermana por todo su amor, comprensión y apoyo a lo largo de este camino para alcanzar mis metas.
- A todos los profesionales que compartieron conmigo sus experiencias y me brindaron su tiempo colaborando con las entrevistas, esto no hubiera sido posible sin su participación.
- A la Mgtr. Paulina Barahona, por el tiempo dedicado a mi disertación y por todo el sostén que me ha brindado en este proceso, por sus palabras de aliento y motivación para que concluya con este paso tan importante para mí.
- A la Mgtr. Graciela Ramírez, a quien admiro y respeto, una de mis mejores profesoras, con quien siempre pude contar, quien me contuvo y guio en mis prácticas y quien continúa apoyándome cada vez que lo necesito, muchas gracias por todo.
- Al Mgtr. Ernesto Flores, quien no dudo en compartir sus conocimientos en los momentos en que necesité una guía, gracias por toda la ayuda.
- A mis amigas Andre, Érica y Gaby que han estado conmigo en todo momento.
- A mis compañeros por su apoyo.

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Resumen	IV
Introducción	1
1. El trauma y su impacto en el sujeto	3
1.1. Definición de vivencia traumática	3
1.2. Explicación desde la psicosomática de la influencia de lo psíquico en el cuerpo	8
1.2.1.1. Relación psique-soma	9
1.2.1.2. La Nueva Medicina Germánica	14
1.2.1.3. La BioNeuroEmoción	21
2. El cáncer y su relación con el psiquismo	30
2.1. Incidencia de cáncer en Ecuador	30
2.2. Definición médica de cáncer	31
2.3. Teorías sobre el origen del cáncer	33
2.3.1.1. Teoría médica (celular y genética)	34
2.3.1.2. Psicosomática	36
2.3.1.3. La Nueva Medicina Germánica y la BioNeuroEmoción	41
3. Influencia de la vivencia traumática en la generación de cáncer	55
3.1 Metodología	55
3.2 Población de estudio	57
3.3 Análisis de la influencia de la vivencia traumática en la generación de cáncer	59
Conclusiones	65
Recomendaciones	68
Bibliografía	69

LISTA DE TABLAS

#	Tabla	Página
1	Fases de la enfermedad	44
2	Sistema ontogenético de los tumores	46
3	El sistema de los microbios condicionado ontogenéticamente	47
4	Variables e indicadores	55
5	Pregunta correspondiente a cada indicador	56
6	Terapeutas entrevistados	57
7	Experiencia de los terapeutas con los pacientes entrevistados	58
8	Ejemplos citados por los terapeutas	60
9	Relación entre el diagnóstico de cáncer y las vivencias del paciente	62

ANEXOS

#	Anexo	Página
1	Guía de entrevista semiestructurada	71
2	Resumen entrevistas realizadas: <ul style="list-style-type: none">• Tabla N°10: Guía de entrevista semiestructurada• Tabla N° 11: Relato de un caso como ejemplo• Tabla N° 13: Resumen de la opinión sobre la relación entre la vivencia traumática y el diagnóstico de cáncer	72

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con el fin de comprender la influencia que tienen las vivencias del sujeto, en especial aquellas que le resultan traumáticas, en la generación de cáncer, para ello en primer lugar se procedió a definir a la vivencia traumática, a partir de las tesis freudianas sobre la misma, se explica cómo un evento que vive el sujeto, que lo toma desprevenido y en el cual los mecanismos usuales con los que normalmente actúa no llegan a ser suficientes pudiendo constituirse como trauma. Se consideró que en el sujeto se encuentra en interrelación constante tanto de lo físico como lo psíquico, por lo que el abordaje teórico se lo realizó desde la perspectiva psicosomática, tomando autores como Chiozza, quien tiene una postura psicosomática sobre el cáncer. También se incluyeron algunas teorías donde se da cuenta de las posibles causas del cáncer, tal como lo hacen la BioNeuroEmoción y la Nueva Medicina Germánica. De esta manera, a lo largo de los dos primeros capítulos se realizó un recorrido teórico que luego fue contrastado con el análisis de las entrevistas realizadas en el último capítulo en el mes de Agosto del 2015. De la investigación realizada la principal conclusión a la que se llegó, a través de las entrevistas, es que en la mayor parte de los casos analizados sí existía una relación entre la vivencia traumática y el posterior diagnóstico de cáncer.

INTRODUCCIÓN

En la vida de cada sujeto han existido eventos que marcan sus historias, incluso el curso que éstas van a tomar, en esas historias ciertas vivencias se tornan traumáticas y signan un punto a partir del cual nada será igual, tal como sucede en las pérdidas, en los duelos y en muchas otras situaciones que se caracterizan por llegar sin previo aviso y cuyos efectos pueden conseguir incluso verse plasmados en el cuerpo; es así como el síntoma en sus avatares puede manifestarse de diversos modos, desde lo leve y casi imperceptible hasta enfermedades que llegan a cobrar vidas.

El cáncer es una enfermedad que afecta a gran parte de la población mundial, según el INEC, en el Ecuador, en el año 2011 se diagnosticó 54.809 casos de hombres y mujeres; alrededor de estadísticas que se incrementan cada año y no solo en el país se ha dado paso a que varias ciencias se pregunten por el origen, la causa de esta enfermedad, y cada vez existen nuevas teorías que intentan resolver a la pregunta. Es así que viendo al ser humano como un ser holístico, en el que interactúan varios factores se ha planteado el objetivo de esta disertación: Analizar la influencia de la vivencia traumática en la generación de cáncer. Para cumplir con este objetivo en el primer capítulo, se conceptualizó a la vivencia traumática a partir de autores como Freud y Laplanche, para de esta manera comprender el impacto que el trauma puede tener en el sujeto. Además, se realizó un recorrido histórico con el cual se pudo entender mejor la relación existente entre psique y soma. Finalmente, se revisaron los postulados generales de la Nueva Medicina Germánica y la BioNeuroEmoción, teorías que explican cómo se relacionaría la psique con el organismo cuando surge una enfermedad.

Por otra parte, en el capítulo dos el tema que se trató fue el cáncer y su relación con el psiquismo, esto se realizó a partir de la recolección de datos estadísticos sobre la enfermedad en el país, de igual modo se revisó una parte de la bibliografía médica para entender la enfermedad desde este enfoque. Con estos antecedentes se dio paso a la exposición de teorías sobre el origen del cáncer, entre las cuales se consideró a la médica, dado que este es el enfoque usual desde el que se considera a la enfermedad; a la psicósomática, que desde diversos enfoques, correlaciona a la enfermedad y al psiquismo; a la Nueva Medicina Germánica, un nuevo modelo médico a partir del cual se trata diversos

procesos mórbidos; y a la BioNeuroEmoción, que a partir de las emociones codifica el sentido que posee la enfermedad para su portador.

Por último, en el capítulo tres, se analizó la influencia de la vivencia traumática en la generación de cáncer. La metodología utilizada fue la realización de una entrevista semiestructurada a terapeutas con experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos. Los terapeutas fueron seleccionados intencionalmente; se escogió a profesionales que desde diversos enfoques aborden la relación existente entre la enfermedad y las vivencias con magnitud traumática para el paciente. En último lugar, con la información se realizó el análisis y aporte práctico con el que se llegó a concluir que sí existía relación entre la vivencia traumática y la posterior aparición de la enfermedad.

CAPÍTULO I

EL TRAUMA Y SU IMPACTO EN EL SUJETO

A lo largo del presente capítulo se hará una revisión tanto de la concepción de trauma como de vivencia traumática, para ello se tomará en cuenta definiciones dadas por diccionarios que serán contrastadas con elaboraciones de teóricos como Freud, postulados de la Nueva Medicina Germánica y la BioNeuroEmoción¹.

1.1 DEFINICIÓN DE VIVENCIA TRAUMÁTICA

Para hablar de la vivencia traumática, se empezará definiendo qué es el trauma para el Diccionario de la Real Academia de la Lengua que en su versión digital sugiere "choque emocional que produce daño duradero en el inconsciente" también lo define como una "emoción o impresión negativa, fuerte y duradera" (Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE), 2014). Por su parte, la acepción de trauma conferida por el Diccionario Mosby de Medicina indica "Lesión psíquica producida por un shock emocional intenso" (Diccionario Mosby Pocket, 2010, p. 1454), el trauma psíquico definido como tal por el mismo diccionario refiere "shock o lesión emocional o situación desgraciada que produce una impresión duradera, especialmente en el subconsciente. Los malos tratos o el abandono en la infancia la violación y la pérdida de un ser querido son causas habituales de trauma psíquico" (Diccionario Mosby Pocket, 2010, p. 1454).

Es así que la visión médica del trauma le confiere gran peso a la huella que el acontecimiento vivido como tal deja. El impacto resultante de un hecho que no pudo ser procesado como pasaría en el caso de un estímulo normal es ubicado en la categoría de trauma. Sin embargo, además de esta visión del trauma existen otras lecturas hechas alrededor del mismo, éste es el caso de las publicaciones freudianas; Freud fue una de las primeras personas de su época en hablar del termino trauma como tal y para él al inicio de sus elaboraciones el término cobra especial importancia.

Con referencia a los escritos de Freud el diccionario de psicoanálisis define al trauma como:

¹ La escritura del nombre BioNeuroEmoción ha buscado respetar la propuesta planteada por los autores en el libro *Fundamentación Teórica de la BioNeuroEmoción*.

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. (Laplanche & J., 2004, p. 447).

De la cita que antecede se observa que en general Laplanche explica de manera didáctica y sencilla el término de trauma, tal como fue presentado anteriormente, como una de las nociones introductorias al psicoanálisis, sin embargo es necesario realizar un recorrido por algunos de los momentos iniciales de elaboración del concepto en Freud. Es así que el trauma fue de vital importancia en los primeros desarrollos de Freud sobre la neurosis, donde es uno de los conceptos principales sobre el origen de las mismas. En *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis* de 1910 se menciona “ (...) fijación de la vida anímica a los traumas patógenos es uno de los caracteres más importantes y de mayor sustantividad en la práctica de las neurosis” (Freud, *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis*, 1910/ 1999, p. 14). Se relaciona entonces al trauma con la aparición de síntomas, sobre todo en lo que respectaba a la histeria donde los síntomas que se presentaban aparecían como restos de una determinada vivencia cargada de afecto a las cuales se les designó con el nombre de traumas, cada uno relacionado con una escena donde se produjo el trauma como tal. (Freud, *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis*, 1910/ 1999). De esta manera cobró fuerza la hipótesis de que los traumas psíquicos tenían gran influjo en las parálisis histéricas que eran estudiadas a la vez por Charcot.

Otro postulado importante sobre la concepción del trauma se da cuando surge la hipótesis de que no es un incidente como tal el que produce el trauma sino la falta de reacción ante tal incidente.

Lo que sobre todo importa es si *frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no*. Por <<reacción>> entendemos aquí a toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde llanto hasta la venganza. Si esta reacción se produce en escala suficiente desaparece buena parte del afecto; (Freud, *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*, 1895/2012, p. 34).

Además el recuerdo de la vivencia traumática había sido sustraído de la consciencia, constituyendo de esta manera una laguna mnémica. En los primeros acercamientos de Freud a la hipnosis logra distinguir que el hipnotizado consigue recordar, en este estado,

vivencias, entendidas como traumas, que no se hallan en su memoria normal. (Freud, Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar , 1895/2012). Durante este proceso Freud dejó de lado la hipótesis de la influencia de una seducción ocurrida, por parte de un adulto, en los primeros estadios de la vida de sus pacientes, entonces empieza a elucubrar a este tipo de recuerdos como creaciones que son parte de la esfera de la fantasía en la vida de sus tratantes; se descubre también que determinados recuerdos podían llegar a ser inducidos por la figura del médico sin que éstos hubieran ocurrido realmente, de esta manera la teoría de un niño siendo introducido a la sexualidad como víctima de la perversidad de un adulto es declinada (Chemama & Vandermersch, 2004).

En su obra, Freud se vio influenciado por el contexto en el que vivió dando lugar a la concepción de neurosis traumáticas, donde se esclarece el sentido en que él entendía el trauma, de esta forma en la Conferencia 18 se refiere:

(...) la expresión <<traumática>> no tiene otro sentido que ese, el económico. La aplicamos a una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación {*Aufarbeitung*} por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética. (Freud, 18° Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente, 1917/2009, p. 252).

Se hace notar que el que una determinada vivencia sea experimentada como trauma depende únicamente de la subjetividad, durante un trauma los primeros afectos que se hacen notar son: la angustia, el dolor psíquico, la sensibilidad, hasta el horror por el acontecimiento. (Freud, Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar , 1895/2012, p. 31).

Para finalizar con este recorrido sobre los primeros postulados de Freud sobre el trauma, examinaremos una última descripción sobre éste, mencionado en "Mas allá del principio del placer", se alude:

Llamemos *traumáticas* a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. Creo que el concepto de trauma pide esa referencia a un apartamiento de los estímulos que de ordinario resulta eficaz. Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía {*Betrieb*} energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse que el aparato anímico resulte anegado por grandes volúmenes de estímulo; entonces, la tarea planteada es más bien esta otra: dominar el estímulo, ligar psíquicamente

los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación. (Freud, Mas allá del principio del placer, 1920/2010, p. 29).

Se intenta explicar de este modo cómo el trauma corresponde a una sobreexcitación del sistema energético, para ello se entenderá que el aparato anímico tiene una determinada manera de procesar las vivencias, dando lugar a una misma forma de reaccionar accediendo a los mecanismo usuales, y que en cuanto el trauma sucede, la vivencia cargada de afecto no puede ser tramitada, procesada, por las vías acostumbradas, es decir, el sujeto no logra reaccionar produciéndose un impacto psíquico.

Han pasado años desde que Freud le dio un valor al trauma en la generación de síntomas y estos postulados continúan incidiendo en la formulación de nuevas teorías que retoman el valor de la vivencia traumática en sus elaboraciones y sobre cómo ésta puede influenciar en la salud de un organismo vivo, este es el caso de la Nueva Medicina Germánica y de la BioNeuroEmoción, dos ramas que a través de sus investigaciones y que entendiendo al cuerpo, como biológico que ha evolucionado pero que conserva en su memoria formas de reacción, biológicas, ante determinadas vivencias, que a su vez están ligadas a afectos, éstos pueden influenciar en dicho cuerpo dando lugar a la enfermedad como un mecanismo de respuesta ante un conflicto. El cerebro centro de las operaciones y comandos de todo el organismo es capaz de crear la enfermedad y asimismo de curar.

Tanto la Nueva Medicina Germánica como la BioNeuroEmoción conciben a la enfermedad como una respuesta, dada biológicamente, por el cuerpo a una situación que impacta de tal manera que se constituye como trauma, es decir todo síntoma o dolencia posee un sentido, un para qué que da lugar a su aparición.

Para la Nueva Medicina Germánica (NMG) un trauma, dependiendo de cómo sea vivido puede dar lugar a sin número de enfermedades, entre ellas el cáncer, es así que surge la primera ley de la NMG, la misma que postula:

Toda enfermedad es causada por un trauma emocional que nos coge desprevenidos, a contrapié, un trauma que vivimos en soledad y que no sabemos cómo resolver. La intensidad del trauma, la «connotación» de la emoción sentida cuando se ha producido, determinan el área del cerebro afectada, el órgano físico correspondiente y la gravedad de la enfermedad (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 5).

Se explica entonces cómo se da este proceso donde un acontecimiento, con alto impacto emocional, queda ligado a una emoción, dependiendo de cuál sea ésta, puede tratarse de

enojo, ira, abandono, es procesada por diversas áreas del cerebro, como el cerebro está encargado del control de los órganos, el área con que se procesa dicha emoción determina también el órgano u órganos afectados y el cómo se lo viva corresponderá también a la gravedad de la enfermedad. El cuerpo es un cuerpo inteligente, por tanto responde a los pensamientos que generan emociones y que son las que se muestran en los procesos mórbidos. Las enfermedades son "programas biológicos" generados para dar lugar a la supervivencia de la especie (Mambretti & Séraphin, 2013); en acápites posteriores se profundizará sobre estos postulados.

Por su parte, la BioNeuroEmoción, que surge en acuerdo con gran parte de las premisas de la NMG, sitúa que en primer lugar cada uno procesa la información que le llega de manera diferente y que es por esto que una misma situación puede ser vivida por cada persona de forma diferente, por ende, aquellas que vivan algo como un conflicto, pueden esperar que su cuerpo reaccione ante el hecho, y por tanto se inscriba en él. "Todas las situaciones vividas con un impacto emocional que somos incapaces de gestionar tienen una resonancia en nuestro cuerpo, y el síntoma con el que este responde es la «solución» que propone la biología." (Corbera, El Observador en Bioneuroemoción, 2013, p. 110). La enfermedad deja de ser "mala" y en su lugar transmite un mensaje a la persona que la vive, así se toma conciencia de que un trauma fue vivido como tal, de las emociones que se despertaron, para que de esta manera la persona sea capaz de hacer algo al respecto, tome las riendas de su vida en sus manos, pues cada uno es responsable por las situaciones que vive y por cómo las vive (Corbera, El Observador en Bioneuroemoción, 2013).

Este recorrido ha tenido la finalidad de observar el concepto de trauma desde diversos puntos de vista, desde distintas concepciones y elaboraciones. Se puede decir entonces que la vivencia traumática es aquella situación que rebasa la capacidad de reaccionar de la persona, desarma sus mecanismos normales y no tiene trámite por las vías que usualmente se emplearían para elaborar otras situaciones, el impacto del trauma queda determinado por la subjetividad de aquel que lo vive y puede dar como resultado incluso manifestaciones mórbidas.

1.2 EXPLICACIÓN DESDE LA PSICOSOMÁTICA DE LA INFLUENCIA DE LO PSÍQUICO EN EL CUERPO

Para comenzar el análisis de la influencia de lo psíquico en el cuerpo es necesario reconocer que ésta no es una relación que se ha examinado recientemente; como se verá más adelante, ya en la Antigua Grecia se hablaba de una relación entre el soma, entendido como cuerpo, y psique, entendida como alma o mente. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, en su versión digital, se entiende por psicósomático/ca a aquello "que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario." (Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE), 2014). De esta manera, desde los griegos hasta la actualidad se han realizado y propuesto una serie de teorías donde, a partir de la psicósomática, se explica cómo la mente y cuerpo, están estrechamente relacionados, e incluso como pueden llegar a componer una unidad.

Freud durante sus investigaciones sobre la histeria comenzó a notar cómo lo psíquico podía influir en una inervación somática, donde la angustia que un determinado evento causaba era tramitado vía una formación del inconsciente, también sustitutiva, como lo es el síntoma, cuya función no era otra sino que la atención no sea centrada en el conflicto en sí y que más bien ésta sea desplazada sobre lo que aquejaba a la paciente, el síntoma. Se habla entonces de un sentido del síntoma, donde se reconoce un desde dónde y hacia dónde se dirige. (Freud, 17. Conferencia: El sentido de los síntomas, 1963/1993)

Esta concepción dio lugar a nuevas formas de pensar el síntoma y además al desarrollo de una serie de investigaciones en el campo de la psicósomática. Actualmente autores como Luis Chiozza, reconocen que la enfermedad interacciona directamente con la vida del paciente, y que además ésta posee una base inconsciente, el autor indica "la enfermedad es la "solución" que el paciente ha encontrado" (Chiozza, Obras Completas. Tomo XIV. Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, 2008, p. 50) dando como resultado fantasías creadas en torno a ella, donde también se le atribuyen significados, que por supuesto son inconscientes, y que es lo que se indaga a través de un estudio patobiográfico (Chiozza, Obras Completas. Tomo XIV. Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, 2008).

Con estos antecedentes se pretende señalar algunas de las propuestas que surgen en torno al tema de la relación entre la psique y el cuerpo. A continuación se procederá a

describir algunos estudios, hechos a lo largo de la historia, basados en dicha relación hasta la actualidad.

1.2.1.1 RELACIÓN PSIQUE-SOMA

La relación psique- soma posee una historia bastante antigua. Ya en sus comienzos el hombre entendía y se relacionaba con el mundo que le rodeaba atribuyéndole características psíquicas a cada fenómeno. Se indica "El hombre primitivo extrapolaba el conocimiento introspectivo de sus procesos emocionales a la naturaleza en la cual proyectaba seres similares a él, tratando de influirlos invocando a los dioses o sobornándolos." (Benaim, 1986, p. 15). Esta forma de entender el mundo influyó enormemente en la manera en que se entendió a la enfermedad posteriormente.

En la filosofía se comienza el estudio del cosmos, así Anaxágoras, filósofo presocrático, comienza por hacer una distinción entre Mente, entendida como aquella que "... gobierna todas las cosas que tienen vida, tanto las más grandes como las más pequeñas." (Kirk, Raven, & Schofield, 2011, p. 471), de la materia. El dualismo entre mente y materia constituye una importante pauta para el estudio de los orígenes del término psicósomática, ulteriormente una lectura hecha desde esta disciplina toma a Anaxágoras como aquel que hizo la primera distinción entre psique y soma (Remor, 2007). A partir de Sócrates se habla de dos sustancias, una visible que es el cuerpo, encargado de las sensaciones, y otra invisible que es el alma, aquella que es inmortal y que recuerda en el transcurso de sus aprendizajes aquello que olvidó, pues su destino es la sabiduría (Platón, 2000). La mente es pues quien gobierna sobre el cuerpo "...una vez que se juntan alma y cuerpo en un solo ser, la naturaleza prescribe a éste el servir y el ser mandado, y a aquella, en cambio, el mandar y ser su dueña" (Platón, 2000, p. 75).

La intervención de factores emocionales en el surgimiento de padecimientos y enfermedades es considerada por primera vez por Cicerón (Benaim, 1986). Gioc, seguidor de la escuela hipocrática afirma, que Hipócrates, para la realización de un diagnóstico tomaba en cuenta la naturaleza del alma, los estados psíquicos del paciente, para así conocer la naturaleza del cuerpo, logrando mayor asertividad en el análisis de aquello que aquejaba al enfermo (Goic, 2009). Se menciona:

Lo clínico, en rigor, es todo lo que nos pone en contacto con la realidad individual de un enfermo y nos sirve para diagnosticar la enfermedad y tratarla. Incluye, por consiguiente, tanto la exploración con los sentidos como la indagación psicológica y social. (Goic, 2009, p. 45).

Se percibe entonces la importancia que se le otorga a la observación del paciente, tanto de su contexto como de aquello que surge en torno a un padecimiento.

Una de las ramas que le confiere mayor importancia a la relación psique- soma es la psicósomática; este término fue introducido por primera vez por Johan Christian Heinroth "... al referirse a los aspectos somáticos del conflicto psíquico." (Benaim, 1986, p. 19). Ya en el siglo XIX se postula el término inconsciente, confiriéndole a los procesos de éste gran importancia en enfermedades físicas y mentales, pues estas últimas eran el resultado de dichos procesos, Groddeck mantiene esta idea y con ella se convierte en uno de los pioneros de la medicina psicósomática (Benaim, 1986). Sin embargo, no se puede desmerecer la gran influencia que tuvo Charcot en Freud cuando "demostró experimentalmente la influencia de las ideas sobre los trastornos corporales" (Benaim, 1986, p. 20), así este último con sus estudios sobre el fenómeno histérico dio paso las investigaciones que se realizaron a partir de entonces sobre las relaciones entre la mente y el cuerpo en el campo de la psicósomática.

Es así que en un escrito de Breuer, que consta en las obras completas de Sigmund Freud, se indica sobre la histeria y su origen "Son ideógenos muchos de los fenómenos histéricos, probablemente más de los que hoy sabemos tales" (Freud, Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar , 1895/2012, p. 53), se habla entonces de las representaciones, aquellas que no fueron tramitadas vía acción en un determinado momento, como causantes de los fenómenos histéricos, es decir los síntomas se prestan a la interpretación. (Freud, Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar , 1895/2012). Quedando demostrado, gracias a estos aportes, el papel de la psique en las enfermedades (Benaim, 1986).

El estudio de los fenómenos psicósomáticos cobra fuerza, sobre todo en partidarios del movimiento psicoanalítico. Roudinesco, esclarece tres de las escuelas más importantes de psicósomática que se formaron cuando menciona:

Dentro de la historia del psicoanálisis varias corrientes de psicósomática se desarrollaron en el mundo, primero con Georg Groddeck*, su principal inspirador, y después alrededor de Franz Alexander (Escuela de Chicago) en los Estados Unidos, Alexander Mitscherlich* en Alemania* y Pierre Marty (1918-1993) y Michel de M' Uzan en Francia* (Escuela de París). (Roudinesco & Plon, 2008, pp. 891-892).

En esta disertación se revisarán con mayor profundidad algunos de los postulados que parten de Franz Alexander, así como también de escuelas de la psicósomática más actuales como son las de Luis Chiozza y Jorge Unlink.

- Alexander Franz (1962)

Este autor refiere en sus escritos sobre "El Enfoque Psicósomático en Medicina" que es a partir de los estudios psicoanalíticos que se puede estudiar de manera más precisa la influencia de los procesos psicológicos sobre las enfermedades, puesto que el psicoanálisis estaba orientado a la cientificidad. Al ser seguidor de Freud se realiza una distinción entre los síntomas de conversión histérica y las neurosis vegetativas, estas últimas parte de sus investigaciones. La propuesta del autor mantiene que ambas son productos de origen psicógeno, sin embargo en las primeras el síntoma está destinado a aliviar una tensión emocional, ya que éste constituye, en la conversión histérica, "una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido" (Alexander & Szasz, 1962, p. 313), mientras que en la segunda, la neurosis vegetativa, no se expresa un contenido psicológico, es decir no constituye una expresión sustitutiva de la emoción, la naturaleza patógena de dicho fenómeno se entiende, tomando en cuenta que "al estar sometida a estímulos emocionales continuos, que provienen de conflictos sin resolver, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas" (Alexander & Szasz, 1962, p. 313). Se infiere entonces que las enfermedades orgánicas podían ser producidas en gran parte por conflictos neuróticos, que por la vía explicada anteriormente, se volvieron crónicos (Alexander & Szasz, 1962).

Las investigaciones de este autor y sus colaboradores se centran en las respuestas fisiológicas que se dan ante un determinado estado emocional, puesto que "cada estado emocional específico provoca una respuesta emocional específica" (Alexander & Szasz, 1962, p. 315). Así, se estudian los trastornos gastrointestinales, el asma bronquial, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial, entre otras. Dentro de los trastornos gastrointestinales, se asocia, por ejemplo, la ingestión alimenticia, el deseo de ser alimentado, con la recepción de amor y cuidados, en el plano psicológico, donde fisiológicamente, por este proceso se produce un aumento de la secreción gástrica. Otro ejemplo puede partir del asma bronquial donde el factor emocional encontrado es la inhibición del impulso de gritar, se toma en cuenta que en el niño el grito es sustituido por su concomitante fisiológico el hablar, ambos incluyen la fase espiratoria de la respiración;

los pacientes con sensibilidad alérgica pueden responder a la inhibición con trastornos típicos de la función respiratoria como el asma (Alexander & Szasz, 1962).

- Luis Chiozza (2008)

Médico y psicoanalista argentino que ha elaborado una investigación sobre enfermedades como cáncer, várices, diabetes, entre otras. Se refiere, en su obra, que es importante considerar a la dinámica psique- soma no como una relación causa- efecto, sino más bien como una concomitancia donde los componentes no pueden ser separados, es decir, psique (el significado), no puede ser entendida sin soma (la parte física, percibida por los sentidos) y viceversa. Es por esta relación que se mantiene que “el hombre entero es “psicosomático”, y cuando se enferma, no pierde, ni su enfermedad tampoco, la condición psicossomática” (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008, p. 129). Se plantea además que en la sintomatología somática existe gran riqueza simbólica inconsciente, aunque ésta presente gran dificultad al momento de su interpretación (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008), y que existen categorías de enfermedades así:

(...) hay enfermedades que se manifiestan a la percepción consciente del observador, o del propio sujeto, como una alteración “puramente” somática, y otras que se manifiestan con un significado inherente que conduce a que se las experimente como un fenómeno unilateralmente psíquico. Pero también existen otras que se manifiestan, sucesiva o simultáneamente, a la percepción consciente del médico o del enfermo, de una manera doble (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008, p. 131).

Al conocerse esto se indica que cuando existe una interpretación y ésta hace desaparecer un trastorno somático, no hay algo que se traduce en psíquico, sino que un estado psicossomático se transforma en otro estado del mismo tipo (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008); es decir, no hay un paso de un estado al otro sino que ambos son aspectos, dos caras de una misma moneda.

Se habla también de un “jeroglífico” somático, el cual posee un significado inconsciente, que debe ser interpretado ya que si permanece inconsciente su potencial patógeno es mayor, gracias a estos términos se da paso a la concepción de una fantasía que se genera en torno a la enfermedad, se menciona “... interpretar el “jeroglífico” que la enfermedad somática “es”, lo cual nos conduce a descubrir que las diferentes enfermedades somáticas

“son” fantasías inconcientes tan distintas entre sí como difieren entre sí” (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008, p. 135), es decir, que la generalidad es que en toda enfermedad crea una fantasía inconsciente, sin embargo esa fantasía es particular a cada caso, pues no se puede hablar de una fantasía específica de cada estado mórbido.

Finalmente, para aclarar estos postulados parece pertinente una última cita al respecto de la fantasía y la relación psique- soma:

Mejor que pensar en lo psíquico actuando como causa sobre el cuerpo, es pensar que el trastorno que se percibe como somático desde uno de sus aspectos o “caras”, es al mismo tiempo una fantasía desde la otra, transitoriamente oculta, y que la interpretación que muta el significado de esa fantasía, muta inevitable y simultáneamente el aspecto (del trastorno) que percibimos como somático. (Chiozza, Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3, 2008, p. 137)

Es por ello que según esta concepción actuando sobre uno de los aspectos, el otro puede ser alterado, todo esto vía la interpretación de la fantasía correspondiente a la enfermedad.

Como parte final de este acápite se dará paso a la exposición de las premisas que se mantienen en la teoría psicósomática propuesta por:

- Jorge Ulnik (2011)

Médico, psicoanalista y psiquiatra, que ha dedicada gran parte de sus investigaciones a las enfermedades de la piel.

En esta teoría las relaciones psique- soma son descritas en términos de influencias entre los afectos, las sensaciones y las palabras; es cuando no se dispone de palabras o representaciones para una determinada circunstancia cuando aparece una lesión orgánica, por ejemplo, en la clínica de Ulnik se observa que frecuentemente un dolor psíquico tiende a ser materializado para poder ser pensado (Ulnik, 2011). Se indica también que existen modos de funcionamiento que llegan a ser más primitivos o más evolucionados en el mismo sujeto y hasta en un mismo momento, por esto, “los afectos y las sensaciones somáticas son tratados como si fueran palabras” (Ulnik, 2011, p. 125), por ejemplo la representación “me siento herido por lo que has dicho”, queda reducido a una sensación corporal, donde aparece una lesión sangrante en la piel (Ulnik, 2011).

Un afecto o idea inconsciente no desarrollada puede ser tramitado vía complacencia somática, se menciona:

(...) cuando un paciente experimenta un estado afectivo, puede ocurrir que el dolor psíquico o los términos de un conflicto psíquico los sienta en forma concreta. Esto lleva tanto a la "expresión corporal" de los conflictos como a la proyección de ideas y sensaciones corporales en objetos de la realidad externa. (Ulnik, 2011, p. 130).

Existen categorías, formas de simbolización que no se han adquirido, dando como resultado una perturbación del Yo del paciente, este último constituido por representaciones adquiridas en los primeros años, y en las cuales, la enfermedad, constituye una forma de adquisición de esa simbolización. Al hablar de este Yo se indica que correspondería a un Yo primitivo que presenta fallas en las funciones abstractas y requiere de "experiencias perceptivas concretas, no simbolizadas ni integradas entre sí para poder mantener su existencia" (Ulnik, 2011, p. 64).

El Yo primitivo precisa de determinados tratamientos que adquieren un significado simbólico, a nivel inconsciente, del tipo caricias, afecto, suavidad, evocando tal vez a una representación materna, que sumado a una acción física consciente, como lo que sucede en el uso de cremas, jabones etc., produce una acción sobre el soma y su sintomatología. Toda esta última descripción es tomada de la clínica de Ulnik al hablar de enfermedades que afectan a la piel.

A lo largo de este acápite se ha podido advertir que ya desde la antigüedad la relación psique-soma era estudiada, en principio como una forma de entender al mundo, al entorno que rodeaba a las primeras civilizaciones y que su estudio no se ha dejado de lado desde entonces, de tal suerte que, en la actualidad existen cada vez más y más autores y teorías que retoman esta relación como forma de entender a varias enfermedades, síntomas e incluso al sujeto.

1.2.1.2. LA NUEVA MEDICINA GERMÁNICA

Para el desarrollo de esta disertación se ha planteado considerar otras posturas, como la Nueva Medicina Germánica y la BioNeuroEmoción, las cuales poseen otra visión sobre la relación psique-soma que se examinará a continuación.

La Nueva Medicina Germánica nace con el Dr. Ryke Geerd Hamer, médico alemán con especialidad en distintas áreas de la medicina, el cual desarrolla cáncer de testículos tras la pérdida de su hijo Dirk, por una bala perdida durante un viaje en barco. Durante su estancia en el hospital Hamer descubre que, al igual que él, los otros pacientes habían sufrido un acontecimiento traumático previo a la aparición del tumor, con lo cual consigue relacionar la vivencia de diferentes tipos de trauma con la subsecuente aparición de distintas patologías, gracias a esto comienza una investigación exhaustiva, en la cual desarrolla postulados, basados en leyes biológicas, las cuales se revisarán en seguida, que explican la aparición de las enfermedades.

- **¿Qué es la Nueva Medicina Germánica?**

Es una nueva postura para tratar las enfermedades con una visión pluridimensional, que difiere de la medicina tradicional, en cuanto reconoce la existencia de tres niveles en los seres humanos, estos son: psique, cerebro y órganos, los cuales están en interrelación constantemente y entiende a la enfermedad como parte de un “programa especial biológico y sensato de la naturaleza (EBS)” (Hamer, 1992, p. 28), cuyo fin es la supervivencia de la especie y que cuando el trauma ha sido resuelto, ésta desaparece (Mambretti & Séraphin, 2013). Se le reconoce al paciente en calidad de “jefe del proceso”, se le permite comunicarse, él es quien posee la responsabilidad sobre su cuerpo y por ende puede tomar sus decisiones. Por su parte, el médico, está junto al paciente, proveyéndole de explicaciones, motivos y visión sobre la causa de la enfermedad, que son conocidas gracias a las leyes biológicas, y comunicando el proceso de curación que seguirá, prestando atención al momento en que la naturaleza ha cumplido su trabajo (Hamer, 1992).

- **Antecedentes**

La Nueva Medicina Germánica (NMG) pretende alejarse de los postulados de la medicina clásica, la cual es concebida por ellos como una medicina con visión mecanicista-materialista que tuvo su mayor desarrollo en el siglo XIX, cuando Virchow postula que “... la causa de una enfermedad se encuentra en un plano puramente orgánico o en la célula” (Hamer, 1992, p. 19). Esta premisa es mantenida aun actualmente dando lugar a la especialización en las diversas patologías, donde se busca la causa en unidades pequeñas, por ejemplo el virus, los genes, etc.; se considera que el ser humano es estudiado a nivel de órgano, es decir, manteniendo un pensamiento lineal, y que concibe a la enfermedad como algo malo, como un defecto, pretendiendo establecer funciones reguladoras en todos

los procesos. Los conocimientos alrededor de las enfermedades son mantenidos por medio de estadísticas o probabilidad y en algunos casos la causa de la enfermedad es sostenida a nivel de órgano o ignorada, el paciente desconoce sobre medicina y los procesos jugados durante la curación (Hamer, 1992).

Partiendo de aquí la NMG, desarrolla nuevos planteamientos en relación al ser humano y al tratamiento de las llamadas "enfermedades". En el año de 1987, Hamer postula cuatro leyes biológicas, las cuales han sido probadas, según sus afirmaciones, científicamente en cada uno de los casos que ha estudiado, el fin de esta medicina es quitar el pánico que se le produce al paciente en el momento en que recibe la noticia, es decir desarrollar una medicina más "humana". En el año de 1994 añade la quinta ley la cual consta en su escrito "El testamento de una Nueva Medicina"; estas cinco leyes constituyen los principales postulados sobre los que se sostiene esta teoría, mismos que serán revisados a continuación.

- **Postulados**

En primer lugar la NMG considera en los organismos, seres humanos, animales y plantas, tres niveles que son: la psique, el cerebro y los órganos, éstos están en interrelación constantemente donde:

(...) cada proceso psíquico se desarrolla al mismo tiempo en el cerebro central (e incluso en el cerebro del órgano) y en el órgano que está sujeto a este programa especial biológico sensato. Nunca sucede uno sin el otro, es decir, jamás existe un nivel sin el otro. (Hamer, 1992, p. 21)

Aquí se habla de "programas especiales biológicos" pues, al igual que en los animales, en el ser humano existen programas de supervivencia antiguos, que son activados al vivir un conflicto de tipo biológico, que no es igual que uno psicológico, por ejemplo, en los animales se puede evidenciar una pérdida de territorio o de nido en términos reales, sin embargo en el ser humano, gracias al lenguaje, este mismo tipo de conflictos pueden ser vividos de manera figurativa o simbólica (Markolin, 2015), por ejemplo, "(...)un "conflicto de pérdida territorial" puede traducir la pérdida de un hogar o de un trabajo" (Markolin, 2015, p. 2). En estos términos al vivir un conflicto se interpreta la realidad, cada ser humano lo hace de manera determinada, y se produce una "enfermedad" que es "la solución perfecta del cerebro en términos biológicos de supervivencia" (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 6).

- La primera ley es conocida como “**La ley férrea del cáncer**”, cada una de las cinco leyes serán abordadas en el siguiente capítulo, sin embargo, se presentará un resumen de cada una inmediatamente. Esta ley dicta:

Toda enfermedad es causada por un trauma emocional que nos coge desprevenidos, a contrapié, un trauma que vivimos en soledad y que no sabemos cómo resolver. La intensidad del trauma, la «connotación» de la emoción sentida cuando se ha producido, determinan el área del cerebro afectada, el órgano físico correspondiente y la gravedad de la enfermedad (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 5).

La situación emocional estresante que se vive puede ser entendida en términos de pérdida de un ser querido o de trabajo, es decir, situaciones no previstas. Al hablar de que es vivida en soledad se puede entender que la persona se encuentra rumiando constantemente sobre el asunto, cree que nadie más es capaz de comprender aquello que le aqueja tanto (Mambretti & Séraphin, 2013).

Lo que ocurre en cada uno de los niveles se va describiendo de manera que, a nivel psíquico se vivencia el trauma, este produce estrés, a nivel cerebral, Hamer descubre que, el impacto o shock que vive la persona llega a ser visible en un escáner, una Tomografía Computarizada, donde en una determinada área del cerebro se forman un grupo de anillos concéntricos (conocidos como los Focos de Hamer (HH), nombre dado a estas formaciones por los adversarios de Hamer, y considerados en un principio fallas del equipo, sin embargo luego se prueba que estas formaciones corresponden al tipo de vivencia traumática que puede ser observada en la tomografía); la localización de los anillos está determinada por la naturaleza del conflicto (Markolin, 2015). Como el cerebro controla todos los órganos del cuerpo, el área afectada indica, también, el órgano que será afectado, dando como resultado a nivel corporal una lesión de órgano, determinada por el programa especial biológico y sensato cuya función es “(...) mejorar la función del órgano relacionado con el conflicto, de tal forma que el individuo esté en mejores condiciones de manejarlo y eventualmente lo pueda resolver” (Markolin, 2015, p. 3).

- La segunda ley, “**La ley de las dos fases de los programas especiales biológicos sensatos (en el pasado llamados enfermedades) en la solución del conflicto**”, estas dos fases se refieren a:

A) La primera fase es la del estrés y se denomina simpaticotonía porque entra en acción el sistema simpático. Va del trauma a la resolución del problema.

B) La segunda fase va de la solución del problema a la vuelta a la normalidad, y se denomina vagotonía porque entra en acción el sistema parasimpático (vago). (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 9)

En la primera fase de simpaticotonía o conflicto activo se puede ver que a nivel psíquico, existe preocupación constante por el conflicto, este estado produce insomnio, falta de apetito, etc. “Desde un punto de vista biológico (...) este estado de tensión, y particularmente las horas extra de vigilia con la preocupación total sobre el conflicto, ponen al individuo en una posición más favorable para encontrar una solución al conflicto” (Markolin, 2015, p. 8). A nivel cerebral aparecen los anillos concéntricos, los cuales pueden ser vistos en la tomografía, de forma nítida, y a nivel orgánico depende, si el conflicto necesita ser resuelto con la proliferación de tejido o con la disminución de éste (Markolin, 2015).

La fase de vagotonía o de reparación comienza con la solución del conflicto, durante esta fase los vasos sanguíneos se ensanchan, al contrario de la anterior, dando como resultado manos y pies calientes. A nivel psíquico el estrés desaparece y le prosigue una sensación de gran alivio. A nivel cerebral, las células que recibieron el impacto también empiezan a sanar; en la tomografía pueden observarse los anillos concéntricos de manera edematosa o hinchada, como resultado de la resolución del conflicto. A nivel físico la enfermedad deja de avanzar, sin embargo en esta fase pueden existir estados de inflamación y febriles, como concomitante todas las energías de la persona están destinadas a la reparación, caso contrario “(...) si no existieran tales síntomas, el paciente se dedicaría a su actividad diaria desviando en parte o totalmente sus energías del objetivo principal del momento, o sea, reparar los daños” (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 11).

- La tercera ley de la Nueva Medicina, **“El sistema ontogenético de los programas especiales de los tumores y de las enfermedades oncoequivalente”**, en esta ley Hamer al hablar de ontogenético se refiere a la vida embrionaria del individuo y al cómo las cinco leyes no son aplicables solo a los tumores sino a todas las enfermedades. Se indica:

La Tercera Ley Biológica explica la correlación entre la psique el cerebro y el órgano dentro del contexto del desarrollo embrionario (ontogenético) y evolutivo (filogenético) del organismo humano. Muestra que ni la localización de los HH en el cerebro ni la proliferación celular (tumor) o la pérdida de tejido que siguen a un DHS son accidentales, sino que son parte de un sistema biológico inherente a toda especie (Markolin, 2015, p. 14).

Ontogénicamente se explica cómo a partir de las tres capas embrionales (ectodermo, mesodermo y endodermo) se desarrollan todos los órganos y tejidos del cuerpo, es importante notar que "(...) todos los tejidos que derivan de la misma hoja germinal son controlados desde la misma parte del cerebro" (Markolin, 2015, p. 15), cada una de las hojas embrionales se fue desarrollando en distintas etapas evolutivas de la vida humana, por tanto, a cada una le corresponden distintos tipos de conflictos, que pueden ser arcaicos o más recientes, por ejemplo, el endodermo está relacionado con conflictos biológicos más antiguos, como "la respiración (pulmones), la alimentación (órganos del canal alimentario), y la reproducción (próstata y útero)" (Markolin, 2015, p. 17), es decir que si se produce un "conflicto de bocado", real o simbólico, donde no se "alcanza a digerir algo", los órganos que se afectan inmediatamente corresponden al endodermo. Durante un conflicto activo, los órganos y tejidos que se producen a partir del endodermo generan proliferación celular, en la fase de solución estos tumores dejan de crecer, es de esta manera que se puede determinar si un conflicto permanece activo o ha sido tramitado (Markolin, 2015). El mesodermo se constituyó en dos partes, evolutivamente hablando, una es controlada desde el cerebelo, parte del cerebro antiguo, y otra desde la sustancia blanca, perteneciente al cerebro nuevo. Los conflictos biológicos que corresponden al cerebro antiguo se relacionan "con "conflictos de ataque" (primeras pieles) y con "conflictos de preocupación en el nido" (glándulas mamarias) (Markolin, 2015, p. 21), en fase de conflicto activo estos órganos producen proliferación celular y durante la solución del conflicto se utilizan microbios que ayudan a la degradación de tumores; las bacterias y microorganismos también cumplen una determinada función. Los conflictos biológicos de órganos controlados por la sustancia blanca corresponden a "conflictos de auto devaluación", éstos se manifiestan en músculos y huesos, por ejemplo. Durante el conflicto activo estos órganos producen pérdida de tejido (osteoporosis), no obstante en la fase de curación existe proliferación celular (Markolin, 2015). El ectodermo está relacionado con conflictos biológicos más avanzados; los órganos que se desarrollan a partir de esta hoja embrional son controlados por la corteza cerebral, los "conflictos sexuales" (rechazo o frustración sexual), "conflictos de identidad" (no saber a dónde se pertenece) " (Markolin, 2015, p. 26), todos estos corresponden al ectodermo, y en fase de conflicto activo presentan pérdida de tejido, mientras en fase de solución se produce proliferación celular (Markolin, 2015).

- **“El sistema de los microbios condicionado ontogenéticamente”**. La cuarta ley de la Nueva Medicina. Esta ley explica cómo los microbios se relacionan con las tres capas embrionarias durante la fase de curación de un conflicto. Es necesario recalcar que a lo largo de toda la evolución el ser humano ha convivido con microorganismos, incluso algunos forman parte inherente del cuerpo humano, desarrollando funciones específicas, por tanto, para que un microorganismo entre en acción es necesario que el cerebro dé la orden, que le permita actuar en el organismo, esto por lo general sucede en la fase de curación, se indica:

Micobacterias y hongos solo operan en tejidos que se originan a partir del endodermo y el mesodermo del cerebro antiguo, mientras que las bacterias que no son micobacterias, solamente participan en la curación de tejidos que derivan del mesodermo del cerebro nuevo (Markolin, 2015, p. 30).

Durante la fase de curación las micobacterias pueden descomponer células, que ya no son necesarias, pues el programa biológico especial ha terminado, es decir, ellas cumplen su función en el organismo. Los síntomas que produce la acción de las bacterias en el cuerpo se conocen como infección, y son tratadas erróneamente, según la NMG, con antibióticos por la medicina clásica. Además, según el tejido, las bacterias pueden tener la función de reparación del mismo (Mambretti & Séraphin, 2013).

- La última ley propuesta por Hamer es conocida como **“La ley del conocimiento de cada “enfermedad” como parte de un programa especial biológico sensato de la naturaleza comprensible bajo el perfil evolutivo”** o **“La quintaesencia”**, postula principalmente que la enfermedad es útil y necesaria para la evolución y supervivencia del organismo, Mambretti, seguidor de las enseñanzas de Hamer menciona:

Citando a Hamer, «la enfermedad debería ser ahora definida de modo distinto: pues, en efecto, si observamos en la naturaleza una manada de ciervos nos damos cuenta de que, cuando el jefe de la manada vive un conflicto de territorio porque se ve amenazado por otro macho, se ulcera las coronarias. Por medio de esto aumenta el calibre interior de modo que lleva más sangre al organismo y tiene más fuerzas para aplastar al adversario. Esta enfermedad no es en realidad una enfermedad propiamente dicha, sino una oportunidad gracias a la cual él puede ganar su combate, tras lo cual pasará a vagotonía, y se curará aún a riesgo de sufrir un infarto durante la crisis epileptoide [a continuación veremos este mecanismo]. Bien mirado, la naturaleza le ha puesto dos pruebas por superar: el conflicto de territorio y el infarto. ¡Son las dos leyes de la vida! La fase de reparación no es fruto de la casualidad; si el conflicto de territorio del ciervo ha durado más de quince días, el riesgo de infarto será considerable porque, de algún modo, la naturaleza elimina al

ciervo del juego. Es algo cruel, pero el equilibrio ecológico sólo puede soportar un cierto número de ciervos». (Mambretti & Séraphin, 2013, p. 19).

De lo planteado anteriormente, se puede concluir que para la NMG la enfermedad es concebida como algo completamente distinto, ésta ya no es mala, sino que tiene un sentido y una función, dicha función es la supervivencia, y es a partir de ejemplos como el anterior, donde se explica biológicamente lo que sucede en el organismo de los animales, como se puede ir entendiendo al hombre y las respuestas que se dan a los distintos conflictos biológicos que éste vive, ya que después de todo, desde esta perspectiva, los seres humanos conservamos en la memoria, por evolución, formas de reaccionar y modos de sobrevivir de aquellos que nos antecedieron y que actualmente constituyen una nueva forma de tratamiento de las enfermedades que ha tenido resultados favorables.

1.2.1.3. LA BIONEUROEMOCIÓN

La BioNeuroEmoción surge en España con Enric Corbera, quien según su página web oficial, ha realizado estudios en diversas áreas de conocimiento; es Licenciado en Psicología, Especialista y formador de BioNeuroEmoción, Máster en Hipnosis Ericksoniana y PNL, naturópata y certificado en sofrología, así se lo presenta en "enriccorbera.com". Gracias a esta formación comienza el desarrollo de la biodescodificación, que mantiene que toda enfermedad conserva una relación con causas psíquicas inconscientes, donde se "escucha" biológicamente al cuerpo y que posteriormente al investigar el impacto que tiene la emoción en la biología humana cambia el nombre a BioNeuroEmoción, a continuación se ampliará la información sobre sus antecedentes y postulados, los cuales han sido obtenidos de documentos extraídos de su página oficial.

- **¿Qué es la BioNeuroEmoción?**

La BioNeuroEmoción es una hipótesis de trabajo, así lo reconoce Enric Corbera a lo largo de sus escritos, aquí la emoción cobra un papel fundamental puesto que ésta es la clave, el motor del ser humano, es por medio de las emociones como este último se relaciona con aquello que le rodea, así lo entiende esta teoría. A partir de esto la enfermedad tiene un sentido biológico, un para qué, y por medio de la Biodescodificación se busca este sentido, el cual entre otras cosas se mantiene a nivel inconsciente (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010). El mismo autor refiere que:

La BioNeuroEmoción (BNE) integra los avances que diferentes ciencias han obtenido hasta el momento, propiciando así el conocimiento de la relación entre las emociones y su impacto en el funcionamiento biológico del ser humano y por tanto, la influencia en su calidad de vida (Corbera, Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción. Evolución de la Biodescodificación, 2013, p. 12).

Las emociones se mantienen a nivel inconsciente, por tanto, por medio de herramientas como la hipnosis, la escucha activa, manifestaciones de lenguaje no verbal, PNL, se busca cambiar la creencia que provoca una determinada emoción dando como resultado un cambio en la biología de la persona. Relaciones como esta última serán ampliadas posteriormente.

- **Antecedentes**

La BioNeuroEmoción presta especial atención al estudio de las emociones y cómo estas afectan a la calidad de vida del individuo; sostiene que desde la antigüedad éstas fueron estudiadas, por ejemplo, Hipócrates fue uno de los primeros en definir las como “estados humorales que conllevan a la estabilidad del individuo” (Corbera, Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción. Evolución de la Biodescodificación, 2013, p. 14). Se ha realizado además una lectura de las explicaciones, hechas por las neurociencias, sobre los procesos que se llevan a cabo en el cuerpo. Investigadores como Maturana, influyen en el pensamiento de esta teoría, al inferir que el sistema nervioso es una estructura por tanto se intenta determinar qué es lo que afecta esta estructura. También se piensa en Edelman quien explica conductas adaptativas que mantienen las especies para la supervivencia. La BioNeuroEmoción considera estudios realizados previo a su aparición como teoría, así pues, discurre en los estudios sobre estructuras neuronales, moléculas y reacciones bioquímicas que están en relación con las emociones, estas investigaciones son realizadas a principios del siglo XXI, y determinan cómo un estado emocional libera una reacción interna (bioquímica) y cuál es el efecto en el organismo. Además, ramas de la psicología realizan diversos aportes en cuanto a postulados, por ejemplo, de la Psicología Cognitiva se mantiene el estudio de cómo una persona enfrenta los diversos acontecimientos de su vida así:

Estos autores, se percataron de la importancia que tiene sobre el ser humano, la experiencia con la que se ha vivenciado un fenómeno determinado y el efecto que el mismo acarrea en nuestro sistema corporal, o sea, cómo las emociones influyen sobre el organismo teniendo en cuenta, que después de una impronta, en dependencia de la envergadura que dicha situación tenga para cada persona en particular, ello crea una respuesta determinada en el

cuerpo (Corbera, Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción. Evolución de la Biodescodificación, 2013, p. 16).

De Sigmund Freud se considera la teoría del inconsciente y sus estudios sobre cómo los procesos psíquicos intervienen en la aparición y evolución de varios desórdenes de la salud. Jung, no es dejado de lado, pues al hablar del inconsciente colectivo adquiere gran importancia en la explicación de transgeneracionales, los cuales serán explicados más adelante, entre otras ideas como la sombra, referencia importante para entender la relación del ser humano con aquello que le rodea, y las concepciones de éste autor sobre la enfermedad, la cual es interpretada aquí como una señal a la cual se le debe prestar atención. Otro autor al que se hace referencia es Rogers, pues su postura de devolverle la responsabilidad al paciente sobre su padecimiento es fundamental, se cree en las posibilidades del ser humano como ilimitadas y el rol del terapeuta es de aceptación total de la persona con sus ideas, sentimientos, emociones.

Al igual que la NMG se consideran las teorías embriológicas sobre el desarrollo del ser humano. La interacción entre genes y ambiente, por parte de las investigaciones de Waddington, donde se enuncian también aquellos factores no genéticos que intervienen en el desarrollo del organismo. Se enfatiza en que cada ser humano reacciona biológicamente de manera diferente ante diversas situaciones, enfoque tomado desde la antropología médica. Se toman en cuenta las ideas de la persona sobre su vida, biografía y enfermedad, pues es crucial, para ellos, que éstas sean consideradas; no solo se adquiere información sobre la historia de la persona sino de la de su línea familiar. Para el estudio del transgeneracional, de la terapia familiar, se integran los aportes de Boszormenyi-Nagy sobre equidad, lealtades invisibles, dentro del legado familiar, entre otras. Los árboles genealógicos se construyen para entender las repeticiones en historias familiares, sobre todo en temas relativos al cáncer, se parte de las investigaciones de Schutzenberguer sobre el tema. La clave biológica del comportamiento humano se estudia en base a la etología, con ello se consigue entender los ciclos que vive el ser humano, como el circadiano², el diurno- nocturno y los ciclos biológicos memorizados que se explicarán dentro de los

² Rimo circadiano.- se utiliza en el ámbito de la biología para nombrar a las oscilaciones de ciertas variables de tipo biológico en un intervalo temporal regular. Este ritmo también se conoce como ritmo biológico. Por ejemplo, el horario para alimentarse, levantarse o dormir. (definicion.de, 2015)

postulados (Corbera, Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción. Evolución de la Biodescodificación, 2013).

Como se puede ver la BioNeuroEmoción está fundamentada, teóricamente, en base a diversas teorías, las cuales fueron resumidas anteriormente. Ahora se revisará los postulados que maneja esta teoría.

- **Postulados**

- En la BioNeuroEmoción se considera que existe un cerebro emocional, el cual rige la psicología del individuo y además gran parte de la fisiología también, así lo menciona Enric Corbera al inicio de su texto titulado "Tratado de Biodescodificación". Parte también de que todo es información que el ser humano codifica, por tanto, esta misma información puede ser descodificada. Los programas guardados en el individuo están al servicio de la supervivencia, es decir, reacciona en el presente en base a situaciones pasadas, por este motivo, la tarea del psicoterapeuta es "*reprogramar*" el cerebro emocional adaptándose éste a vivir en el presente (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).
- Se considera que toda enfermedad posee un sentido biológico, es reversible, en el cuerpo pueden evidenciarse nuestras peticiones inconscientes, por tanto la salud o enfermedad parten de uno mismo, del inconsciente, cada uno tiene la responsabilidad por el sentido que le otorga a las situaciones; todo síntoma posee un para qué se produce, busca ser entendido, ya que posee una coherencia. A través de la biodescodificación se busca los códigos biológicos que hay detrás de cada síntoma, activados por una determinada comprensión emocional; gracias al cambio de perspectiva que se produce en el paciente a lo largo de esta búsqueda es posible la descodificación, donde se activan nuevos códigos (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).
- A lo largo del proceso se busca experimentar un resentir, es decir, volver a sentir. "El resentir es la huella de una función biológica no satisfecha"

(Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 9). Se busca un resentir primario, aquella emoción que la persona no se atreve a expresar, éste posee un potencial de cambio que se puede observar incluso a nivel fisiológico. Existe también un resentir primario, es aquel autorizado por la sociedad, al expresarlo éste no produce ningún cambio. La labor del terapeuta cobra gran importancia aquí, pues este acompaña al paciente, va a su ritmo, llevándolo a expresar aquello que no ha sido capaz de expresar, pues en aquello de lo que no se quiere hablar es donde reside la solución al conflicto. El terapeuta debe otorgar:

1. Protección: gracias a la protección uno puede crecer. La madre tiene esa función.
2. Permiso: función paterna. Es el que da permiso de irse de casa, crecer, hacer elecciones.
3. Poder: protección + permiso = Poder. Poder de ser uno mismo, de curarse, de vivir,...
4. Paciencia: cada persona tiene su ritmo. El terapeuta debe cambiar su ritmo, no el del paciente. (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 10).

El terapeuta no juzga, al brindarle protección la persona se siente con permiso y entonces tiene el poder para cambiar su situación. Para biodescodificar se busca hacer una reflexión, donde el paciente escucha preguntas que no está acostumbrado a hacerse, dónde se produce la situación de conflicto, cuándo fue la primera vez, cuáles son los juicios, opiniones y valores acerca de la situación, qué siente (mentalmente), cuál es la emoción, al ser una fuente de energía, ésta es somática, y finalmente cuál es la sensación física que produce esa emoción. Así se llega al resentir, a la emoción no expresada (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

- Al tomar consciencia de que la enfermedad tiene que ver con un acontecimiento se puede, a través de herramientas terapéuticas, cambiar la percepción, por tanto la creencia, afectando la emoción y se obtiene mayor estabilidad mental y fisiológica.
- El sentido biológico de un determinado suceso puede ser activado por el transgeneracional, sobre el cual se ampliará la información más adelante, por bio-shock, entre otros. El bio-shock se define como "Situación de la vida

cotidiana en la que un acontecimiento brusco, inesperado, que nos toma por sorpresa, nos desestabiliza totalmente, sin solución en el momento y que no podemos hablar con otra persona” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 23). Aquí el estrés supera el límite tolerable, esto es importante, puesto que cuando esto sucede, el cerebro, graba automáticamente toda la situación (olores, colores, sonidos, etc.), de manera inconsciente, con el objetivo de que estas circunstancias no vuelvan a producirse pues ponen en peligro la supervivencia. Según la persona codifica la información se produce un determinado síntoma; cada ser es diferente, no se puede generalizar, por ejemplo, si una persona más gustativa, es parte de una pelea mientras come mariscos, su cerebro grabará la situación de tal forma que la próxima vez que coma mariscos desarrollará una alergia, ésta última como respuesta biológica ante la situación, para que no vuelva a pasar (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

- “Todas las enfermedades son una vuelta al exterior de resentir” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 39). Toda energía busca volver hacia el exterior, y cuando un resentir no es hablado, expresado, vuelve como síntoma. Es necesario tomar en cuenta el tipo de conflicto, existen varios tipos: desencadenante (dispara la reacción biológica de supervivencia), programante (no causa la enfermedad, es el impacto emocional; un conflicto desencadenante puede tener varios programantes), y programante-estructurante (se forma en edades muy tempranas, no puede ser cambiado, solo se puede cambiar el significado). También se toma en cuenta el conflicto diagnóstico (cómo recibe una persona la noticia de la enfermedad, por lo general el médico informa y la persona no opina, la Biodescodificación le devuelve el poder a la persona se da un criterio y la persona también opina) (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).
- Se contempla la triada psiquismo-cerebro –cuerpo pues “El modo de resentir un bio-shock que genere un conflicto determinará el área del cerebro afectada y luego el órgano que se lesionará.” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 40). Toda enfermedad, al igual que en la NMG,

posee dos fases, la fase de estrés o simpaticotonía (después del bio-shock se produce un conflicto activo, el cuerpo está a la espera de una solución satisfactoria, característica: fase fría, manos y pies fríos), y la fase de reparación y recuperación o vagotonía (fase de reposo, el individuo se siente mejor, sin embargo, aparecen síntomas como la inflamación, fiebre, etc.) (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

- Existen cuatro funciones y toda enfermedad corresponde a una de las cuatro funciones, éstas están determinadas por las capas embrionarias (endodermo, regido por el tronco cerebral, mesodermo, regido por el cerebelo y la sustancia blanca, y ectodermo, regido por el neocortex), a partir de la cuales se forman todos los órganos del cuerpo. El cerebro se desarrolla por etapas, en la primera se habla de las funciones de supervivencia (aire, agua, alimentos y reproducción); por ejemplo, el órgano que gestiona el aire es el pulmón, agua riñón, etc., si se produce un conflicto de supervivencia éstos serán los órganos afectados. La segunda etapa, la protección, se asocia el pecho a la protección, entre otros órganos de protección están la dermis, las meninges, el peritoneo, entre otros, al producirse un conflicto en relación a la protección se afectan estos órganos. En la tercera etapa, se produce la comparación entre especies, “salir de la caverna y cazar” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 55), tiene que ver con el sistema osteo-articular y los conflictos de desvalorización. Finalmente la cuarta etapa, las relaciones humanas, involucra la piel, el cerebro, la vesícula, entre otras, se mantiene la misma lógica donde según el conflicto que se produzca se afecta un determinado órgano (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).
- Desarrollos como “los ciclos biológicos memorizados”, “el proyecto sentido”, y “los rangos de hermandad” elaborados por Anne Shützenberger, quien a su vez fue inspirada por Marc Fréchet, son utilizados en la Biodescodificación. Estos fenómenos no se consideran leyes absolutas, así “los ciclos biológicos memorizados”, se refieren a memorias conservadas en el organismo a nivel inconsciente sobre acontecimientos que marcaron la vida de la persona y que buscan ser reelaborados, es decir, un conflicto no

resultado busca una solución satisfactoria cada cierto tiempo, si el conflicto programante surge en una determinada edad, al doble de esta edad se vuelve a producir una situación para que se desencadene una nueva solución; los conflictos pueden ser transgeneracionales (Corbera, Tratado de Bidescodificación, 2010). Por su parte, “el proyecto sentido”, se indica:

(...) está relacionado con lo que ocurre desde el momento de la concepción, hasta la edad de 3 años. Vamos a ver lo que ocurre a la madre en este período de tiempo. Sus problemáticas, sus emociones, sus resentires. El bebé graba en su inconsciente todo lo que la mamá vive emocionalmente (Corbera, Tratado de Bidescodificación, 2010, p. 247).

Por ejemplo, la historia de un niño concebido para salvar a uno de sus padres da como resultado a una persona que se sacrifica por los demás, a la cual lo único que le importa es que los otros estén bien. Al bidescodificarse la persona se siente más libre, con el poder de hacer con su vida lo que realmente quiere, esa es la idea que transmite Corbera a lo largo de su texto. Al hablar de “los rangos de hermandad”, se explica que es estar en resonancia con miembros de la familia que ocupan el mismo lugar que la persona que tiene el mismo rango de hermandad en la familia. Por ejemplo, la resonancia del primero será con aquellos que ocupen el lugar cuatro y siete, esto se hace con todos los miembros, tíos, abuelos, hermanos, por tanto, el conflicto que vive un familiar en resonancia con otro puede permanecer en la memoria del segundo para que éste le dé una solución satisfactoria transgeneracionalmente. (Corbera, Tratado de Bidescodificación, 2010)

- En el Transgeneracional se le pide a la persona buscar toda la información posible sobre su árbol genealógico, hasta de cuatro generaciones atrás, pues todos los conflictos familiares se mantienen a nivel inconsciente, como solución biológica, para que no sean vividos de nuevo, y hasta que se les dé una solución satisfactoria. Así se puede reparar conflictos del árbol a través de la profesión, los hijos, relaciones, enfermedades (en exploraciones médicas no se encuentra nada) y pueden ser físicas o psicológicas. (Corbera, Tratado de Bidescodificación, 2010)

En conclusión, la BioNeuroEmoción busca ser una herramienta que propone una solución a enfermedades, conflictos, y situaciones que aquejan a la persona. Se mantiene que no busca sustituir a ninguna otra terapia y su práctica, como todas las demás terapias, no puede ser universal, es decir hay casos con los que resulta y hay otros con los que no, todo esto de acuerdo a las creencias del tratante. Cabe mencionar que esta nueva postura adquiere cada vez nuevos ámbitos de estudio y aplicación, de esta manera al considerar su científicidad se ha dado paso a la apertura de la teoría en ámbitos universitarios, por ejemplo en la Universidad Iberoamericana se ha ofertado cursos de especialidad en BioNeuroEmoción, mientras que en la Universidad del Rosario, en Argentina, se la puede tomar como materia optativa.

Tanto la BioNeuroEmoción como la Nueva Medicina Germánica tienen detractores que mantienen que las prácticas no llegan a ser lo suficientemente rigurosas, sin embargo ambas son muestras de un nuevo paradigma que en cada caso es sostenido por investigaciones donde se ejemplifica su accionar y los resultados, favorables, según se muestra; queda a juicio del lector crearse una opinión particular sobre ellas.

CAPÍTULO II

EL CÁNCER Y SU RELACIÓN CON EL PSIQUISMO

El cáncer ha sido considerado una de las enfermedades que más muertes causa a nivel mundial, éste ha sido relacionado a diversos factores como malos hábitos alimenticios, el llevar una vida poco saludable, también se lo ha asociado a factores genéticos, e incluso nuevas investigaciones lo relacionan con estados psíquicos que pueden provocar en el cuerpo, una respuesta a una determinada situación. A lo largo de este capítulo se hará una revisión tanto de las estadísticas sobre la incidencia y mortalidad de esta enfermedad como su definición y diversas propuestas teóricas sobre el origen de la enfermedad.

2. 1 INCIDENCIA DE CÁNCER EN EL ECUADOR

Para ésta disertación se ha propuesto repasar algunos datos estadísticos sobre el cáncer. A lo largo de la investigación se encontró que las últimas cifras sobre el tema datan del año 2012. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su sitio web oficial postula que, tan solo en el 2012 hubo un incremento de 14 millones de casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con la enfermedad. El número de casos puede aumentar en un 70% en los próximos 20 años. Los cánceres diagnosticados a lo largo de 2012 en el hombre fueron “los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por su parte, en la mujer fueron “los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Los hábitos conductuales y dietéticos también han incidido en los índices de mortandad, pues un índice de masa corporal elevado, la escasa ingesta de verduras y frutas, consumo de tabaco, alcohol y la poca actividad física son considerados como factores determinantes un 30% de las de las muertes por cáncer. América central, África, Asia y Sudamérica “representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el Ecuador, al constatar las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), emitidas en el año 2011, se puede ver que de un total de 54.809 casos registrados, un 32.9% corresponde a hombres, es decir, 18.005 de todos los casos y el 67.1% restante pertenece a mujeres, un total de 36.804 casos. En los hombres el porcentaje más alto de órganos afectados atañe a tumores malignos de órganos digestivos en un 20.9% de los

casos. En el caso de la mujer el porcentaje más alto se lo llevan los cánceres de mama en un 9.7% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

En el Registro de Tumores SOLCA Matriz se encontró que la incidencia de cáncer, en mujeres, por cada 10.000 habitantes en Guayaquil, durante el año 2010, fue del 33.76 en tumores malignos de la mama, siendo éste el valor más alto, asimismo le siguen los tumores malignos de la piel con 22.81 y tumores malignos de cuello uterino con 20.67. En hombres, los tumores malignos de próstata ascienden a 31.27; en segundo lugar se ubican los tumores malignos de la piel, con una tasa estandarizada del 27.81, mientras que los tumores del estómago conciernen al 17.58. Al hablar de la mortalidad, en el año 2012 en los habitantes de Guayaquil se registró que en primer lugar se encuentra el tumor maligno del estómago que ha resultado en un 15.2% de muertes, le siguen los tumores malignos de próstata con un 7.7%, en tanto que los tumores malignos de bronquios y pulmón corresponden a un total de 7.5% de las muertes (Registro de Tumores Solca Matriz, 2013).

Según la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, en una publicación del 2013 en su página web, informa que:

Quito es la ciudad con mayor incidencia de cáncer de mama en el Ecuador, pues 36 de cada 100.000 quiteñas fueron diagnosticadas con este tipo de cáncer entre 2008 y 2011, registrando un total de 890 casos en tres años (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes, 2013).

Además, se indica que el cáncer de estómago presenta la tasa de mortalidad más alta en el Ecuador (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes, 2013).

Como se puede ver en términos generales cada vez son más las personas que podrían ser afectadas por el cáncer, según organizaciones como la OMS, por tanto se han puesto en marcha programas de prevención y erradicación del cáncer vigentes en todos en los países. A continuación se hará una revisión de los conceptos generales sobre el cáncer.

2.2. DEFINICIÓN MÉDICA DE CÁNCER

El cáncer es una de las enfermedades más estudiadas a nivel mundial, esto debido a su incidencia y al alto índice de mortalidad que acarrea, como se pudo ver previamente. A lo largo de los años una de las principales interrogantes que se ha planteado el ser humano es ¿cómo siendo el cuerpo humano un cuerpo inteligente, que tiende a funcionar a la

perfección, deja que una célula se multiplique anormalmente sin combatirla? De esta manera, a continuación se procederá a revisar la definición médica de cáncer, cómo éste está conceptualizado desde la ciencia para posteriormente entender su origen desde diversos puntos de vista.

En primer lugar se tomará en consideración la definición formulada por la Real Academia de la Lengua, en su versión digital, sobre el cáncer, ésta refiere “Enfermedad neoplásica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada.” también se encuentra “Tumor maligno.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE), 2014). Este concepto no dista mayormente de aquel dado por el Diccionario Mosby Pocket de Medicina en donde se indica “Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido vecino y a metastatizar a distancia. (...) Cada cáncer se distingue por su naturaleza, localización o curso clínico de la lesión.” (Diccionario Mosby Pocket, 2010, p. 215). Entonces, es en el proceso de división celular que ocurre normalmente en el cuerpo donde se produce una falla, una anormalidad. En el cuerpo humano ocurren a diario más de 10^6 divisiones celulares, durante el transcurso de la mitosis pueden ocurrir diversas mutaciones, no obstante, el organismo cuenta con mecanismos de corrección que se ponen en marcha cuando tiene lugar una proliferación de células anormal, cuando estos mecanismos fallan existe un alto riesgo de que la proliferación sea maligna y se produzca un cáncer (Aristizábal & Rojas, 2012).

Entre otras definiciones también se menciona “Un cáncer es un grupo de células (por lo general derivadas de una sola célula) que han perdido sus mecanismos normales de control produciéndose un crecimiento descontrolado.” (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008, p. 1235). Un concepto más simple dicta “(...) el cáncer es una enfermedad en que las células actúan de manera anormal: crecen sin control” (Coleman, 2008, p. 17).

Al buscar información se ha podido constatar que la definición médica de cáncer no varía entre una acepción y otra, así se tomó en cuenta la explicación dada por el organismo de lucha contra el cáncer SOLCA, en su sitio web, donde se manifiesta:

El Cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células en crecimiento y división más allá de los límites normales; invaden los tejidos circundantes y producen metástasis a distancia por vía linfática o hemática dando nuevos tumores en otros órganos. (Registro de Tumores Solca Matriz, 2013).

Finalmente, se analizará lo que postula La Organización Mundial de la Salud, en su sitio web oficial, en donde se menciona:

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber:

- carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes;
- carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida);
- carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En esta última concepción se describen, además, algunas de las causas que son consideradas médicamente cuando se produce un cáncer; las causas serán abordadas con mayor profundidad en el siguiente acápite. Vale la pena puntualizar que durante la investigación se ha podido ver que ésta enfermedad puede afectar con facilidad cualquier órgano o tejido y que además de ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial el riesgo de contraer la enfermedad se incrementa con la edad, esto dependiendo del tipo de cáncer desarrollado.

2.3. TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DEL CÁNCER

Al iniciar esta investigación se ha podido constatar que al contrario de lo que comúnmente se cree existen diferentes líneas teóricas desde las cuales es posible hablar sobre las posibles causas del cáncer. Existen antiguos y nuevos paradigmas al respecto, cada uno de ellos con igual validez para sus seguidores, por tanto a lo largo de este acápite se hará un estudio de aquellos que han sido propuestos para esta disertación, para ello se comenzará con la explicación médica sobre el origen del cáncer, luego se dará paso a la psicosomática y finalmente a la BioNeuroEmoción y la nueva medicina germánica.

2.3.1.1. TEORÍA MÉDICA (CELULAR Y GENÉTICA)

Para dar inicio a este punto de la disertación es necesario recordar una de las definiciones más sencillas sobre el cáncer donde se lo detalla como una división celular anormal, fuera de control. Pues bien en seguida se observará cómo la medicina entiende la producción de esta anormalidad, qué es lo que la rige y los principales factores que en ella intervienen.

Al hablar del desarrollo del cáncer puede entenderse que una célula normal ha sufrido una transformación en su material genético, en su ADN, esta transformación puede tener lugar gracias a agentes que producen cáncer (carcinógenos) o espontáneamente (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008). Los carcinógenos más importantes pueden ser virus, radiación, luz solar, el tabaco, asimismo puede ocurrir un “defecto genético en una célula” (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008, p. 1235). Además pueden existir factores ambientales, conocidos como “promotores” (barbitúricos o ciertos fármacos) que pueden dar lugar a la producción de cáncer.

Toda célula es activada por señales que ocurren dentro de sí que le dictan lo que debe hacer, es decir, cuándo éstas deben dividirse. Los nervios, por ejemplo, dejan de dividirse cuando el sistema nervioso alcanza la madurez. La sangre y la piel por su parte continúan dividiéndose a lo largo de la vida del individuo (Coleman, 2008). Cuando una célula recurre a un comportamiento anormal, ésta es detectada por su entorno, dando lugar a un proceso conocido como apoptosis (muerte celular) donde aquellas células innecesarias son desechadas. Se indica “Si una célula desarrolla alguna mutación, ciertas moléculas “correctoras” que revisan el ADN o la estructura de la célula pueden activar el proceso de apoptosis y deshacerse de la célula antes de que se convierta en cáncer.” (Coleman, 2008, p. 24). Las células cancerosas dejan de precisar de esta señal que activa su división, los procesos que vigilan la división celular fallan dando lugar a la división celular descontrolada.

El sistema inmunológico está encargado de reconocer una célula como anormal y destruirla “antes de que se reproduzca o disemine” (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008, p. 1238). Además se menciona que toda célula cuenta con “antígenos tumorales” que es “una sustancia extraña reconocida y marcada por el sistema inmunológico del cuerpo para ser destruida” (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008, p. 1238). El sistema no actúa contra sus propias células; con la aparición de un cáncer tienen lugar la aparición de nuevos antígenos, éstos no son familiares para el sistema inmune, por lo que se comienza a frenar o destruir dicha célula. Cuando se ha

formado una masa de células, tumor, es muy poco probable que el sistema inmune logre emprender una defensa contra ellas (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008).

Como se mencionó anteriormente el cuerpo cuenta con varios tipos de antígenos, entre ellos: antígenos embrionarios o fetales, otros Ag tumorales, moléculas HLA y antígenos virales. Todos ellos permiten interceptar el crecimiento celular anormal en diversas partes del organismo (Aristizábal & Rojas, 2012).

Entre los factores asociados al apareamiento del cáncer se encuentran los oncogenes, se menciona “El cáncer es básicamente un trastorno del genoma” (Aristizábal & Rojas, 2012, p. 344). A lo largo de las Investigaciones de Rojas pudo constatar que existen alrededor de 340 genes relacionados de una u otra forma con el desarrollo de algún tipo de cáncer. “De estos, 100 son oncogenes que favorecen el desarrollo de células malignas y 30 genes supresores que evitan o frenan la proliferación celular” (Aristizábal & Rojas, 2012, p. 344).

Existen mecanismos supresores que son inactivados por la masa tumoral, lo que da paso a que estas células escapen del control de la reproducción. Así pueden ocurrir fallos en diversos mecanismos de control lo que da lugar a la proliferación celular. (Aristizábal & Rojas, 2012).

En conclusión, puede decirse que “(...) la división anormal de la célula o el crecimiento celular fuera de control pueden ocurrir cuando los oncogenes activos se manifiestan o cuando los genes supresores se pierden” (Coleman, 2008, p. 25).

Finalmente, parece necesario considerar aquellos tratamientos que han sido postulados por la medicina en la lucha contra el cáncer, entre ellos se encuentran: Cirugía (extirpación del tumor o eliminación de función u órgano), Quimioterapia (destrucción de células cancerosas mediante fármacos), Medicina Alternativa (uso de tratamientos ajenos al tratamiento convencional), Inmunoterapia (estimulación del sistema inmunológico mediante vacunas, inyección de anticuerpos monoclonales), Radioterapia (destrucción de células cancerosas mediante energía generada por una sustancia radiactiva o un acelerador de partículas atómicas), Tratamiento combinado (aplicación de varios quimioterápicos o combinación de quimioterapia y radioterapia) (Nuevo Manual Merck de Información Médica General, 2008).

2.3.1.2. PSICOSOMÁTICA

La relación entre psique y soma, como se ha ido demostrando a lo largo del desarrollo de esta disertación, ha sido considerado desde las civilizaciones antiguas hasta la modernidad, con el paso del tiempo y el adelanto científico el estudio del ser humano ha sido dividido y especializado por sistemas, aparatos y órganos, el factor psíquico se ha dejado de lado en varias ocasiones, lo cual ha provocado críticas al actual sistema médico, donde se intenta entender la enfermedad basado en la especialización sin tomar en cuenta la globalidad del ser humano. Se constató que la psicosomática posee diversas concepciones, dependiendo del enfoque psicológico desde el que se trabaje, sin embargo todos los enfoques revisados plantean a la enfermedad como una producción multifactorial donde se toman los factores psíquicos de la persona que desarrolla una determinada enfermedad, así a lo largo de este acápite se recorrerá por diversos puntos de vista desde los enfoques psicológicos que han realizado trabajos sobre psicosomática.

A través de los años el cáncer ha sido estudiado desde diversas perspectivas, entre ellas desde la psicología, en el libro de José Schavelzon, "Cáncer Enfoque Psicológico" del año 1978 se presentan varias investigaciones hechas años atrás, entre ellas se plantea que la eclosión de un cáncer puede estar relacionado a trastornos emocionales, aquí ya se toman en cuenta los estados psíquicos en el apareamiento y evolución de la enfermedad. Desde esta perspectiva, planteada desde el enfoque cognitivo conductual, el estrés psíquico puede ser determinante al hablar de una enfermedad, incluso aquellas personas con mayor estrés psíquico, producido por "una alteración en su vida o una pérdida sentimental grave" (Schavelzon, 1978, p. 17) podrían ser más propensas a desarrollar un cáncer. En una revisión hecha por Schavelzon a un texto de Leshman, se encuentran interesantes conclusiones, se indica:

- 1) Parece existir una correlación entre enfermedades neoplásicas y ciertos tipos de situaciones psicológicas.
- 2) El factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la pérdida de un nexo emocional importante en la época anterior al probable comienzo de la enfermedad (Schavelzon, 1978, p. 20).

Asimismo se toma en cuenta que ante el sentimiento de pérdida que es vivido con depresión por una persona el sistema inmunológico no hace sino bajar sus defensas, lo que vuelve a la persona más propensa a contraer una enfermedad de cualquier tipo y en el caso del cáncer esto podría incluso aumentar el riesgo de metástasis.

También se mantiene que en la persona que es informada sobre la enfermedad, el cáncer, se produce estrés y que “El cáncer es sentido o vivido de inmediato como una persecución del destino o la mala suerte o como un castigo” (Bleger, 1978, p. 112).

De esta forma, se evidencia además sentimientos de culpa en los pacientes que contraen la enfermedad, la cual es connotada como un castigo. El factor del estrés es uno de los más importantes, sobre todo aquel causado por pérdidas o producción de conflictos en las relaciones cercanas de la persona como padres, hijos, cónyuge. Se postula “(...) un mejoramiento psíquico del paciente trae aparejado un aumento de sus defensas naturales y puede, por eso, hasta disminuir la propagación y evolución de las metástasis” (Langer, 1978, p. 250).

Por otro lado, para esta disertación también se tomarán en cuenta los postulados de una psicóloga ecuatoriana, de corriente humanista, Liliana Arroyo, en el desarrollo de su práctica se puede evidenciar gran influencia de corrientes orientales, por tanto, los fundamentos de su práctica son una compilación de estas teorías. Desde este punto de vista la enfermedad es concebida de una manera holística, es decir como la parte de un todo, así se infiere:

(...) la enfermedad es parte de un todo, es una realidad holística. Los chinos en su medicina jamás aíslan lo psicológico y lo espiritual, de lo corporal. Por ejemplo, ellos consideran que cada uno de los órganos principales está asociado a una emoción específica, a un color y a un sonido vibratorio: los pulmones funcionan con la emoción positiva de la alegría, el color blanco brillante. Enferman cuando hay depresión, pena o tristeza (Arroyo, 2009, p. 59).

Desde esta perspectiva la enfermedad ya no se considera como algo aislado, producido por un solo órgano, sino que se toman en cuenta varios factores, entre ellos lo psicológico y lo emocional. Esta autora también considera el papel del inconsciente en el desarrollo de la enfermedad, además la responsabilidad de la persona que enferma, todo ello en base a postulados de la filosofía oriental, se indica:

De acuerdo con el Dr. Mantak Chia (Chia, 1983) toda enfermedad responde a mensajes que nuestro inconsciente nos envía. Como no escuchamos nuestro diálogo interior, entonces la enfermedad se manifiesta a través del cuerpo. Para que la enfermedad se presente siempre hay una causa emocional responsable. Sin embargo, nuestro cuerpo ha sido tan enajenado que responsabilizamos al “otro” por nuestras dolencias. Y adjudicamos al médico “el supuesto saber” como dice Lacan cuando habla del poder que damos al psicólogo (Arroyo, 2009, p. 61).

Al hablar de las causas inconscientes de la enfermedad se puede considerar a este postulado como un factor común entre los enfoques de la psicósomática, pues en todos ellos se habla de la intervención de los factores psíquicos que deben ser descubiertos. Además desde este enfoque es necesario conocer las características del órgano que enferma, a qué está asociado, tal como se indicó arriba, puesto que en la curación, el trabajo sobre estos factores llega a ser de gran importancia, sobre todo al momento de tratar con un cáncer, puesto que cada órgano es considerado diferente y está relacionado, según la filosofía oriental, a rasgos y características que deben ser trabajadas con la persona con un diagnóstico de cáncer, puesto que puede existir un conflicto con dichas características y al ser tratadas por diversas técnicas, se nota una mejoría considerable en la enfermedad del paciente. Es necesario considerar que éstas técnicas alternativas no buscan sustituir a la medicina convencional, sin embargo, en alianza con los métodos convencionales llega a dar muy buenos resultados según se menciona.

Un tercer enfoque a considerarse es el psicoanalítico, ya que desde Freud se buscaba una relación entre las vivencias de la persona y la emergencia de un síntoma. Aquí se habla de un significado del síntoma, el cual podía simbolizar no solo una problemática biológica, sino también una psíquica (Flores, 2012). En investigaciones hechas por psicoanalistas dentro de hospitales se han encontrado evidencias de que el factor emocional es muy importante durante el tratamiento del cáncer, se menciona “En muchas ocasiones, la vida emocional es participativa en el agravamiento de la enfermedad, pues sí sabemos que muchas veces la metástasis se puede desencadenar por situaciones de angustia aunque no en ese momento ni inmediatamente” (Flores, 2012, p. 51).

Uno de los autores que habla de psicósomática es Jean Guir, quien en su libro de 1983 titulado “Psicósomática y cáncer” describe la dinámica de las afecciones psicósomáticas, así se las divide en tres tiempos que son:

- 1) En el primero ocurre la separación brutal con un ser querido en la infancia.
- 2) En un segundo, esta separación se repite en la realidad (o bien un conjunto de significantes particulares le hacen recordar al sujeto tal separación).
- 3) En un tercer tiempo (que generalmente se manifiesta a menos de un año del anterior) la lesión aparece. (Guir, 1983, pág. 19)

Se relaciona, además, ese primer momento de separación con el de la lactancia, el cual no ha sido dialectizado, es decir, hablado por el sujeto, sin embargo la separación deja una marca en el sujeto, la cual no llega a ser asumida, por esto al restituirse esta marca, no

integrada, producida en la actualidad por un factor de la realidad, el sujeto cae enfermo. También se menciona “En el fenómeno psicosomático nos encontramos frente a la repetición de un traumatismo que nunca ha sido asumido.” (Guir, 1983, pág. 19). Se presta pues especial atención a los significantes que han revivido el traumatismo previo del sujeto, por lo que el autor sugiere que se recoja la mayor cantidad de datos posibles sobre la vida del paciente, y no solo sobre él sino también sobre su historia familiar de tal manera que sea posible anclar el desencadenamiento del proceso psicosomático con significantes implicados en dicho proceso.

Por último, se darán a conocer los argumentos de Chiozza que trabaja, desde el enfoque psicosomático, sobre el cáncer. Este autor presta especial importancia al “factor psíquico” presente en las enfermedades, así se refiere:

Se ha comenzado a insistir, desde este ángulo, en que los disgustos, el estrés, los traumas psíquicos o el atravesar un difícil proceso de duelo deben ser tenidos en cuenta como un factor importante que puede culminar en la eclosión de un cáncer e influir en la forma que evoluciona (Chiozza, Cáncer ¿Por qué a mi, por qué ahora?, 2010, p. 72).

Esto no quiere decir que las causas psíquicas deben ser consideradas como únicas, pues se habla de una pluricausalidad, la cual debe ser tomada en cuenta para llevar a cabo un tratamiento, pues existen, en la vida del paciente, algunas causas que cobran mayor importancia que otras. Es valioso considerar que la enfermedad posee un aspecto inconsciente, un significado para la persona que la porta, que va más allá de lo funcional y lo orgánico, “lo físico y lo psíquico no se excluyen mutuamente ni existe oposición entre ellos” (Chiozza, Cáncer ¿Por qué a mi, por qué ahora?, 2010, p. 75). Se entiende entonces que el factor psíquico está presente en todos los pacientes, no obstante el contenido de este factor es particular a cada uno. Además, la enfermedad, el cáncer, cumple un propósito en la vida de la persona, el cual puede ser indagado a través de las sesiones con el analista.

Dentro de su teoría Chiozza liga la enfermedad a sentimientos que pueden ser de naturaleza culposa, aquí se retoma la tesis freudiana donde mociones incestuosas, presentes en todo sujeto, y que normalmente llegan a ser sublimadas, puede ser dirigiéndose a un objeto externo, no lo hacen y en su lugar regresan contra el mismo cuerpo, procreando pero esta vez internamente, dando lugar a células cancerígenas; las mociones están ligadas a la fantasía por tanto producen una excitación que no puede ser descargada y cuya descarga produce temor; gracias a mecanismos sustitutivos y al no encontrar otra

vía de expresión, toman la forma de una enfermedad o castigo. Los deseos no sublimados, que deberían ser tramitados de alguna manera se van configurando como una condición para el desarrollo de un cáncer, pues al momento en que se está en la posibilidad de dirigir estas mociones hacia un objeto externo, el proceso fracasa, se interrumpe, entonces se indica “esta segunda condición necesaria para que aparezca un cáncer suele presentarse en forma de un duelo importante provocado por la pérdida de alguna persona o de alguna otra situación significativa” (Chiozza, *Cáncer ¿Por qué a mi, por qué ahora?*, 2010, p. 91). Esta teoría sugerida por el autor se produce en base a casos que Chiozza ha observado en su labor clínica, en donde las condiciones mencionadas anteriormente han sido observadas.

Chiozza pone especial énfasis en el significado de la enfermedad, del órgano que enferma, por lo cual parece necesario ampliar la información al respecto. Se indica entonces que la enfermedad cobra tal importancia en la vida del sujeto, de modo que éste llega a proyectar significados, relacionados con su historia personal, y que en su mayoría serían inconscientes. Se mantiene que “el significado inconsciente reprimido del síntoma orgánico es un significado que, siendo su significado, es siempre específico, y es eso lo que da al síntoma su forma orgánica” (Chiozza, *Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3*, 2008, p. 75). El significado de la enfermedad, es particular, dado por la subjetividad del portador, por lo que es sustancial en el desarrollo de la misma, y en cómo el sujeto la vive, es por ello que al paciente se le invita a hablar sobre sus fantasías, sobre el órgano que enfermó, sobre cuál es su función, ya que para este autor todos estos contenidos son relevantes.

En conclusión, como se ha podido verificar el enfoque psicosomático no es exclusivo de una sola teoría, sin embargo existen puntos de articulación de los diversos enfoques donde coinciden en sus postulados, a continuación se resumirán aquellos puntos en los que se pudo observar una concordancia:

- La enfermedad, entre ellas el cáncer, posee factores multicausales para su desarrollo, entre éstos factores, el psíquico cobra especial importancia, sin embargo no es el único al que se le debe prestar atención.
- Cada enfermedad, incluso cada órgano posee una significación propia, que está relacionada con la vida de la persona que posee dicha enfermedad o alteración.

- La mayor parte de teorías coinciden en que dentro del factor psíquico, los traumas, tales como pérdidas importantes y procesos de duelo deben ser tomados en cuenta, ya que están relacionados con el funcionamiento del organismo, e incluso con cómo el sistema inmunológico lleva a cabo los mecanismos necesarios para sobrellevar un cáncer, o se deprime.
- Los sentimientos de culpa, en la persona que enferma de cáncer, son bastante comunes, pues la persona puede tomar a la enfermedad como un castigo, la culpa puede ser provocada por mecanismos inconscientes o visto desde otros enfoques por creencias del portador.

Esta disertación ha considerado diversas posturas y enfoques con el fin de dar a conocer algunas formas de entender una enfermedad tan compleja como lo es el cáncer, de esta manera en el siguiente acápite se hará una exposición de dos teorías, por un lado, la Nueva Medicina Germánica, y por otro, la BioNeuroEmoción.

2.3.1.3. LA NUEVA MEDICINA GERMÁNICA Y LA BIONEUROEMOCIÓN

Entre las teorías más recientes que han realizado estudios sobre enfermedades oncológicas se encuentran la Nueva Medicina Germánica y la BioNeuroEmoción, sus postulados fueron expuestos anteriormente y en este acápite se abordará una visión general de ambas sobre enfermedades como el cáncer, existen grandes coincidencias entre los planteamientos de ambas puesto que la BioNeuroEmoción retoma parte de la teoría de la Nueva Medicina Germánica tal como será expuesto seguidamente.

En primer lugar se hará una revisión de las cinco leyes de la Nueva Medicina Germánica, en las cuales se explica el sentido del cáncer, cómo se desarrolla un cáncer, sus fases, y la forma en que estos médicos tratan esta enfermedad en general. Anteriormente se explicó las cinco leyes de la Nueva Medicina de forma resumida, no obstante ahora se ampliará la información sobre la misma. Así se dará inicio con la primera ley de la NMG.

- “La ley férrea del cáncer”
A lo largo de sus escritos Hamer describe haber atendido alrededor de 30.000 casos en los que ésta, la primera ley de la NMG, se cumplía. De esta forma esta ley cuenta con tres criterios:

1. El primero se refiere a que todo “Programa Especial Biológico y Sensato” se origina de un shock, el cual posee características específicas, mismas que fueron mencionadas dentro de los postulados en el capítulo anterior, sin embargo, éstas serán retomadas de inmediato, se indica:

En el caso de un conflicto biológico el DHS (SÍNDROME DE DIRK HAMER) es un shock grave vivido de un modo extremadamente agudo, inesperado, dramático y con un sentido de aislamiento. El DHS desencadena el programa especial, biológico y sensato (EBS) de la naturaleza como reacción coherente a un accidente o un caso de emergencia al cual el organismo no ha podido reaccionar (desde el comienzo). Representa por lo tanto una posibilidad de recuperación que la naturaleza ofrece (Hamer, 1992, p. 32).

En otras palabras, aquellas situaciones que han sido previstas con antelación, así generen alguna clase de conflicto, no poseen la capacidad de afectar al organismo como aquellas que llegan de forma inesperada. Aquí se aclara que los conflictos son biológicos, a saber, afectan de igual forma los animales y a los humanos, no obstante en los animales son vividos literalmente. En el momento en que se produce el shock se establece el contenido conflictivo, esto es, por ejemplo, si está ligado a la supervivencia, a la protección, a la estima propia, etc. No es lo mismo que alguien descubra una infidelidad y viva un conflicto de desvalorización, lo cual afecta ciertos órganos, a una persona que descubre lo mismo pero en este caso él/ella posee un amante y está preocupada por que otros se enteren, lo cual, asimismo, afecta otras vías, otros órganos. Esto sucede sincrónicamente en los tres niveles psique- cerebro- órgano (Hamer, 1992).

2. El segundo criterio se refiere a que el contenido del conflicto indica tanto la parte del cerebro afectada, dónde se producirá el Foco de Hamer (que es posible ver en la tomografía), y a su vez el órgano que correlacionalmente se afectará (puesto que el cerebro controla todos los órganos en donde se procese el impacto determinará el área afectada, por ejemplo un conflicto que impacta la corteza motora, afectará los órganos dirigidos por esta) (Hamer, 1992).
3. El avance del “Programa Especial Biológico Sensato”, destinado a la mejora del organismo en general para afrontar y sobrevivir a una situación establecida, es sincrónico en todos los niveles antes citados que son: psique,

cerebro, y órganos. Esto desde el “Síndrome de Dirck Hamer” (Shock), hasta la resolución del conflicto, conocida como “conflictolisis” (Hamer, 1992).

- La ley de las dos fases de los Programas Especiales Biológicos Sensatos, la segunda ley, alude:

Cada enfermedad o cada programa especial biológico de toda la medicina sigue un curso de dos fases, es decir, primero se produce una fase de conflicto activo, fría, simpaticotónica a partir del DHS (fase CA) y después, si se llega a una solución del conflicto (conflictolisis), una fase de reparación o de solución del conflicto, denominada también fase caliente (fiebre) o vagotónica. Llamamos también a esta fase “fase de postconflictolisis”, abreviadamente “fase PCL” (Hamer, 1992, p. 39).

Las dos fases son aplicadas a todas las enfermedades, ahora conocidas como Programas Especiales Biológicos Sensatos, en otros términos cada enfermedad-programa posee un sentido, por tanto, y conociendo estas dos fases, se acompaña al paciente para que conozca mejor los procesos que vive, éste ya no se asusta ante lo que le sucede sino que entiende que es parte del programa que está desarrollando, así es como se trata dentro de la NMG.

A continuación se presentará un cuadro que resumirá lo que ocurre en cada fase, en cada uno de los niveles; este cuadro es una variación del cuadro presentado en el libro El Testamento de una Nueva Medicina (Hamer, 1992).

Tabla N° 1: Fases de la enfermedad

Niveles	Primera Fase	Segunda Fase
Se la reconoce por	Inapetencia, adelgazamiento, manos y pies fríos, etc.	Apetito, cansancio, sensación de bienestar, fiebre, manos y pies calientes.
Psique	Pensamientos recurrentes, obsesivos, sobre el conflicto; ritmo del día; estrés.	Tranquilidad; ritmo nocturno permanece.
Cerebro	Formación de los Focos de Hamer, en el punto relacionado con el conflicto y con el órgano.	El foco de Hamer se edematiza debido a la fase de reparación (pueden ser malinterpretados como tumores cerebrales pero no lo son).
Órgano	<p>a. Para los órganos directos del paleo encéfalo se produce: proliferación celular, que mantiene su coherencia con el programa activado para solucionar el conflicto; multiplicación de las mico bacterias, éstas comienzan su acción, la descomposición, tras la resolución del conflicto.</p> <p>b. Para órganos directos del neo encéfalo hay: necrosis o ulceración, depende del órgano; reducción celular.</p>	<p>a. Para los órganos directos del paleo encéfalo se produce: reducción celular, esto se da sólo con células tumorales, y en fase de reparación, gracias a bacterias u hongos, hasta que el tejido logra volver a la normalidad. Se indica que si faltan bacterias, debido a que son eliminadas por esterilización, el tumor permanecerá pero inactivo.</p> <p>b. Para órganos directos del neo encéfalo hay: reconstitución celular, para ello se rellenan las necrosis y la úlcera, todo esto con ayuda de bacterias, para el tronco cerebral, y virus, para la corteza cerebral.</p>

(Hamer, 1992, p. 40).

Es importante recalcar que el Foco de Hamer es visible gracias a medios de contraste; al final de la fase de reparación el mismo foco sufre un incremento de tejido glial, como parte de la reconstrucción de las células nerviosas, y pueden llegar a ser confundidos con tumores cerebrales, no obstante, según Hamer y sus seguidores son F.H curados (Hamer, 1992).

Para mayor comprensión del tema se citará un ejemplo:

En el caso de un cáncer de huesos este es siempre el punto en el que normalmente se manifiestan los que son los mayores dolores. En realidad el hueso, que en la fase de curación se recalcifica y edematiza fuertemente, no duele. Muchos más dolores le provoca al paciente la dilatación del sensibilísimo periostio, que se hincha como un balón por efecto del edema óseo. Los dolores del periostio son el mejor signo de la curación en curso del hueso correspondiente (Hamer, 1992, p. 42).

Es decir, en la primera fase, en el hueso, y probablemente debido a un conflicto de desvalorización, se produce una reducción celular; en la segunda fase existe

reconstitución celular, se calcifica, y según esta teoría, al momento en el que comience a producir el dolor por el proceso en el que se encuentra el programa, el paciente ya no estará tan asustado pues conoce el proceso y sabe que lo que sucede es normal (Hamer, 1992).

Al hablar del cáncer se alude:

Sustancialmente por eso la enfermedad del cáncer es algo normal. Es cualquier cosa menos una célula enloquecida, que supuestamente se comporta de un modo loco destruyendo todo, que crece de manera incontrolada y se multiplica y lucha contra su supuesto "organismo huésped". El tumor, contra el que se vuelve la ira de los médicos, es sólo un indicio relativamente inocuo de la "enfermedad" verdadera en la psique y en el cerebro. Básicamente podemos considerar un conflicto, que sufrimos en el instante del DHS, también como un test de la naturaleza para controlar si nuestro organismo está todavía en posición de superarla con el programa especial que sigue. Si no superamos el test, tenemos que dejar libre el puesto que ocupamos en el mundo para otra persona que consiga superar esa prueba (Hamer, 1992, p. 78).

El cáncer surge en fase de conflicto activo produciendo, como se ve en el cuadro, un estado de alerta permanente (fase diurna), pérdida de peso, sin embargo, una vez que el conflicto es resuelto comienza la recuperación, la segunda fase. Ambas fases están en pro de la supervivencia del organismo, a menos que éste no sea lo suficientemente fuerte como para resistir esta nueva prueba de la naturaleza. Un dato interesante sobre esta teoría es que sus autores afirman que, con este tratamiento, los pacientes tienen una probabilidad de mortalidad del 3%, mientras que con medicina alopática es del 95% (Hamer, 1992).

- El sistema ontogenético de los programas especiales de los tumores y de las enfermedades oncoequivalentes. La tercera ley biológica. Ésta correlaciona a los distintos órganos y tejidos con la capa embrional de la cual provienen, y explica cómo en fase de conflicto activo o pasivo, puede o no haber incremento o disminución celular, dependiendo de la capa embrional de la cual procede, esto se explicó con mayor detalle en el anterior capítulo, no obstante a continuación se utilizará un cuadro que resumirá la tercera ley biológica, siendo este una modificación del cuadro encontrado en el libro El testamento de una Nueva Medicina (Hamer, 1992).

Tabla N° 2: Sistema ontogenético de los tumores

Endodermo	El foco de Hamer se encuentra en el tronco cerebral, se lo conoce como adenocarcinoma, y en fase de conflicto activo el tumor produce proliferación celular. Tras la reparación del conflicto y con ayuda de las micobacterias el tumor se demuele.	Paleoencéfalo, produce proliferación celular.
Mesencéfalo (dividido la mitad se comporta como los órganos del endodermo y la otra mitad como los órganos del ectodermo)	El foco de Hamer puede verse en el cerebelo, se lo reconoce como un tumor compacto, en fase de conflicto activo existe proliferación celular.	Proliferación celular
	Al foco de Hamer se lo puede ver en la médula cerebral, en fase de conflicto activo se origina reducción celular; es conocido como carcinoma necrotizante	Disminución de tejido
Ectodermo	El foco de Hamer se forma en la corteza cerebral, al contrario del endodermo en fase de conflicto activo hay reducción celular, provocando necrosis o úlceras, que después de la fase de reparación se cicatrizan rellenándose de nuevo, a esto usualmente se le conoce como cáncer o sarcoma; esta proliferación tiene como objetivo la curación.	Neoencéfalo, disminución de tejido o función.

(Hamer, 1992, p. 161).

Como se puede observar en el cuadro tanto el endodermo como el ectodermo se comportan de manera opuesta en fase de conflicto activo, mientras que el mesodermo esta subdividido en dos, la parte antigua del mismo se comporta como el endodermo, en tanto que la parte nueva se comporta como el ectodermo (Hamer, 1992). Por tanto, de acuerdo a esta teoría existe un orden según el cual se puede categorizar a cada cáncer (o cualquier enfermedad), ubicando sus síntomas según la fase en la que se encuentre y facilitando el tratamiento de los mismos puesto que ahora son predecibles (Hamer, 1992). Entonces se “muestra de forma lógicamente comprensible la relación íntima de nuestros conflictos, el relativo relé y la pertenencia orgánica bajo el perfil evolutivo.” (Hamer, 1992, p. 163). Con relé se refiere al centro desde el cual se comanda a los órganos, existen diversos relés para diversos órganos (Hamer, 1992).

- La cuarta ley biológica, el sistema de los microbios condicionado ontogenéticamente, se refiere a cómo hongos, bacterias y virus pueden contribuir con el programa biológico, sensato, que ha desarrollado el organismo. Cada microorganismo actúa en distintas fases y, según esta teoría, en el momento preciso, limpiando o reconstruyendo (Hamer, 1992). Seguidamente se mostrará un cuadro que resume la acción de cada microorganismo con sus características.

Tabla N° 3: El sistema de los microbios condicionado ontogenéticamente

Microorganismo	Procedencia	Acción que realizan	Fase de actividad
Hongos	Éstos son los microbios más antiguos y atañen evolutivamente al paleoencéfalo.	Su labor está relacionada con la reducción celular, en órganos de origen endodérmico y del mesodermo antiguo.	Los hongos se reproducen en fase simpaticotónica, en fase de conflicto activo, al mismo ritmo que las células tumorales, sin embargo permanecen inactivos durante la misma. Se activan durante la fase de reparación para ayudar a la demolición del tumor formado (en fase de CA), y sólo atacan a células cancerígenas.
Bacterias	Según esta teoría las bacterias son microbios medievales y su acción corresponde evolutivamente al neoencéfalo	Operan en reducción y reconstrucción cerebral en órganos derivados de la médula cerebral.	Se activan durante la vagotonía, fase de reparación, en órganos provenientes de la médula cerebral y “(...) pueden trabajar corrigiendo mediante demolición (osteomielitis) y “reconstruyendo” con recalcificación ósea “ (Hamer, 1992, p. 173).
Virus	Su aparición es más reciente y evolutivamente les compete la corteza cerebral y sus órganos.	Su tarea es la reconstrucción celular en órganos de origen ectodérmico.	Actúan en la fase de post conflictolisis, operan como agentes reconstructores. Se indica “Los virus optimizan el proceso reconstitutivo de las alteraciones ulcerosas de la piel y de la mucosa” (Hamer, 1992, p. 174).

Elaborado por la autora en Septiembre del 2015, tomado de (Hamer, 1992)

La cuarta ley de NMG es probablemente una de las más controversiales dado que sus postulados son completamente contrarios a lo que la medicina alopática ha venido haciendo contra los microorganismos por años, no obstante según las investigaciones de Hamer la acción de esterilización no permite el curso del importante proceso que los microorganismos llevan a cabo (Hamer, 1992).

De acuerdo con estas investigaciones ya no son necesarios tantos procesos invasivos que lo que intentan es eliminar el tumor, con esta nueva teoría surgen

nuevas formas de tratamiento, donde las diversas etapas de la enfermedad llegan a ser consideradas normales, se indica:

Un cáncer así no es una “enfermedad”, y por lo tanto mucho menos la eliminación espontánea del cáncer tras la solución del conflicto es la “curación” de una “no enfermedad”. La caseificación y la calcificación de los adenocarcinomas directos del paleoencéfalo es un proceso normal, con sudor nocturno y temperatura subfebril (37,5°), gran cansancio y, cuando el tumor tiene salida al exterior, también con un olor bastante desagradable (Hamer, 1992, p. 179).

Lo más importante a la hora de tratar un cáncer es, según esta teoría, llegar a entender el sentido biológico por el cual se produjo el mismo, a qué programa especial biológico y sensato corresponde la enfermedad, seguidamente se citará un ejemplo donde puede verse la acción de los microorganismos:

En los tumores directos del paleoencéfalo en la fase PCL se demuele el tumor que ya no es necesario, pero que antes era sensato (sentido biológico de la fase de conflicto activo), mientras en un conflicto de pérdida directa de la médula cerebral de una mujer con necrosis ovárica en fase de conflicto activo se forma un quiste ovárico en la fase PCL que en 9 meses se endurece y produce estrógeno. El sentido biológico está en esta fase PCL: el sentido de la elevada producción de estrógeno está en el hecho de que la mujer parece mucho más joven y tiene una mayor libido. Por lo tanto tiene una probabilidad mayor de quedarse embarazada (Hamer, 1992, p. 180).

De esta forma, se ha podido entender cómo actúan los microorganismos en el momento preciso en el que deben actuar, permaneciendo activos o inactivos según sea necesario y respondiendo coherentemente con el programa especial biológico y sensato que se ha puesto en marcha (Hamer, 1992).

- La ley del conocimiento de cada “enfermedad” como parte de un programa especial biológico sensato de la naturaleza comprensible bajo el perfil evolutivo – La quinta ley biológica de la Nueva Medicina (la quintaesencia). Con esta última ley se postula que todas las enfermedades, que no se conocen como tal sino como programas biológicos, poseen un sentido y son coherentes con el organismo en el que se desarrollan, además plantea una recapitulación de lo más importante expuesto en la teoría.

En la medicina tradicional llegó a considerarse a cada una de las fases de la enfermedad como enfermedades distintas, clasificándolas en grupos, esta teoría

entiende que ambas son partes de un mismo proceso, puesto en marcha para lograr que el órgano se adapte y la supervivencia sea posible (Hamer, 1992).

El momento en que el organismo se “programa”, cuando sufre un shock (SDH), es fácilmente reconocible por el paciente, por su intensidad, porque deja marca, y es a partir de ese instante donde se determina también el área específica donde aparecerá el foco de Hamer y a su vez el órgano que llegará a ser modificado.

Finalmente, se expondrá un ejemplo explicativo de la teoría expuesta:

(...) en la anemia vemos un sistema de programas que se entrecruzan: el sentido biológico del cáncer de los huesos (osteolisis ósea) se encuentra claramente en la fase PCL, es decir, en la fase de reparación, donde la parte del esqueleto se calcifica y por lo tanto resulta más robusta que antes. La anemia en la fase CA permite, por el contrario, que la parte ósea, que en la parte CA presenta osteolisis y debilitamiento, no se fracture gracias al hecho de que el organismo, a causa de un gran cansancio (“cansancio de anemia”) no puede casi moverse. En la fase PCL, en la que está el sentido biológico, se gana una movilidad todavía mayor mediante el dolor causado por la dilatación del periostio. Además, debido al extremo cansancio de la vagotonía, el organismo se ve obligado a una casi completa inactividad en la fase leucémica (Hamer, 1992, p. 184).

Como parte de este acápite se expondrá consecutivamente la visión de la BioNeuroEmoción, que en esencia no difiere mayormente de la NMG puesto que adapta algunos de sus postulados a los de esta teoría, así se dará inicio a otra de las teorías propuestas.

Uno de los principales cuestionamientos que se han realizado los expertos en BioNeuroEmoción es ¿por qué dos personas que viven una misma situación no desarrollan la misma enfermedad? Para contestar a esta pregunta se hace hincapié en la carga emocional con la que es vivida una situación, además de las creencias propias de la persona que vive un determinado evento. Enric Corbera, a lo largo de sus escritos explica la noción de umbral mínimo de tolerancia³, hasta qué punto una circunstancia es tolerable, el cual al ser sobrepasado cuando se vive un bioshock y al activarse un conflicto, desencadena una enfermedad, la cual no fue tramitada por la persona por otra vía que la somática, ya que vivió el bioshock en soledad, no habló de ello, no se exteriorizó (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

³ El umbral de tolerancia se refiere a la saturación de una situación. “Es un ambiente conflictivo que me calienta la cabeza cada día más, hasta la saturación y que sobrepasa mi límite tolerable. Es algo que me está preocupando, una idea fija (...). Sobrepasar un umbral es lo que desencadena la enfermedad” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 64)

En el cáncer existe un resentir, experimentar una emoción con gran carga afectiva, así “el cáncer siempre depende de una gran intensidad emocional” (Corbera, El Observador en Bioneuroemoción, 2013, p. 53). No se trata del desarrollo de una enfermedad maligna sino de una enfermedad que habla sobre la persona que la posee, que indica cómo está viviendo algo que le ocurre u ocurrió, es coherente, no sucede azarosamente pues está a favor de la supervivencia (Corbera, Tratado de Bionescodificación, 2010). Algo comúnmente encontrado en las personas tratadas por este método es una “confusión de la identidad”, donde existe un vínculo único, también conocido como amarre, con el cual la persona está identificada, mismo que proporciona un sentido de vida, se indica:

Quando habéis encontrado la cosa más importante de la cual dependéis, quizás no tenéis nada extraordinario, nada mejor para vosotros. Pero puede que haya una cosa que sea más importante que los demás. En vuestro mundo hay un amarre más importante que los otros, si un acontecimiento lo destruye, entonces vuestro mundo va a ir al caos (Corbera, Tratado de Bionescodificación, 2010, p. 196).

El amarre puede referirse a una persona, un bien material, un trabajo, aquello que ha cobrado la mayor importancia y que al perderlo se siente como si todo se hubiera perdido, por tanto en terapia, con este método, lo que se hace es buscar nuevos anclajes, nuevas cosas por las que vivir. (Corbera, Tratado de Bionescodificación, 2010)

El proceso de Bionescodificación, medio por el cual se trabaja la enfermedad, empieza por un diagnóstico exacto, pues el órgano indica, biológicamente, de qué tipo de conflicto se trata, a qué está relacionado, subsecuentemente se hará una revisión de las etapas de desarrollo embriológico pues cada órgano se desarrolla a partir de una capa embrionaria, y cada fase del desarrollo está relacionada a determinados tipos de conflictos que han acompañado al hombre desde sus inicios en la vida. Aquí se retoma la teoría del doctor Hamer.

- La primera capa embrionaria es el endodermo, su etapa de desarrollo corresponde a conflictos de supervivencia, cuando una persona experimenta un conflicto de este tipo los órganos que pueden verse afectados son los pulmones, los riñones, el aparato digestivo, etc., sin embargo un órgano puede estar formado en diferentes etapas por lo que la localización exacta de una patología es muy importante. El lenguaje cobra particular importancia al momento de vivir un conflicto, pues como se explicó a lo largo de los postulados, los animales viven el conflicto en realidad, los seres humanos pueden hacerlo simbólicamente (Corbera, Tratado de

Biodescodificación, 2010). Por ejemplo, en un cáncer de estómago puede haber un trozo que no puede ser digerido (esto puede referirse a información, una situación, etc.), así:

El cerebro registra que hay un trozo muy grande. Una manera de digerirlo es fabricar mucho ácido, así que, o bien cogemos las células del estómago y las hacemos trabajar intensamente, y esto no es suficiente, o bien fabricamos muchas células y haremos una proliferación celular – cáncer-. La utilidad del cáncer es producir mucho ácido para poder digerir el trozo que se ha quedado allí (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 73).

Es decir, el cáncer tiene una funcionalidad biológica, un sentido de supervivencia, relaciona con la forma de vivenciar algo. “Las claves de la descodificación están en la fisiología. ¿Para qué sirve este órgano?” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 82). También existe una nomenclatura especial para cada tipo de cáncer en relación a la capa embriológica, para esta capa se denominan adenocarcinomas, lo que facilita la ubicación del conflicto (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

- La segunda etapa de desarrollo está relacionada con la protección. “Tengo que proteger mi descendencia, los adultos, los abuelos y a mí mismo” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 92). Los órganos concernientes a esta etapa son los pechos, las meninges, el peritoneo, las fascias, la dermis, etc. Para que éstos órganos se vean afectados el resentir debe ser vivido como un ataque y el tipo de tumor se denomina mesotelioma (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010). El incremento de células está relacionado con la etapa de desarrollo embrionario, así se crean más células para sobrevivir, más células para proteger, por ejemplo:

Cuando una persona se siente atacada en el aparato cardio -vascular, puede hacer un cáncer del pericardio, puede hacer un estrechamiento del pericardio, puede hacer un suplemento de líquido en el pericardio, todo ello con el fin de proteger el corazón (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 92).

- El conflicto a desarrollarse en la tercera etapa es la desvalorización, los órganos que pueden verse afectados son huesos, músculos, sangre, suprarrenales, riñón, gónadas, etc. Si existe una desvalorización en relación a la seducción, en el caso de la mujer, son los ovarios los que pueden verse afectados pues al crear quistes se incrementa la secreción de estrógenos, lo que le permite atraer al macho, los estrógenos ejercen fuerte influencia sobre la atracción, el deseo sexual. Asimismo en un ejemplo del reino animal se menciona “La leona, cuando el macho ha matado

a sus cachorros, necrosa los ovarios para que pueda ser fecundada por el nuevo macho” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 115), de esta manera el órgano es mejorado, tiene mayor probabilidades de ser fecundado en estas condiciones, cumpliendo así con su objetivo biológico. La manera en la que se expresan las creencias está ligada a la manera cómo se viven los conflictos y también determina qué órgano se afectará. Una afección de esta etapa es la osteoporosis, que afecta en su mayor parte a mujeres menopáusicas, el conflicto predominante es “deja de tener valor en casa” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 128), es necesario encontrar nuevas actividades que hagan sentir valoradas a las personas en esta etapa, en fase de desvalorización el hueso disminuye, se vuelve frágil (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

- En último lugar se pueden encontrar a los órganos que tienen su origen en el ectodermo, a las afecciones relativas a esta etapa se las conoce como epiteloma; en este nivel se encuentran los hemisferios cerebrales, se retoma en este punto la teoría de Hamer, y al verse afectado un órgano de origen ectodérmico se creará en la zona que le corresponde del cerebro un edema, diana o foco de Hamer. Los conflictos de esta etapa son concernientes a territorio (sentirse invadido, pérdida de territorio), otros conflictos también son grandes miedos, conflictos de separación, conflictos de identidad. Al contrario que en etapas pasadas, aquí, en fase activa de un conflicto, las células se destruyen, “el cuerpo se vacía” (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 141), mientras que en fase de reparación habrá multiplicación de células. El incremento o disminución de células, dependiendo de la procedencia embrionaria, va a permitir determinar si el conflicto se encuentra en fase activa o si en recuperación. Aquí se toman en cuenta las polaridades, masculina y femenina, pues esto determinará de qué manera se vive un conflicto, tiene que ver con la lateralidad, ya que un diestro y un zurdo no viven de igual forma un acontecimiento, esto biológicamente hablando. Se refiere:

Por ejemplo, una mujer con un cáncer de pecho derecho. Le vamos a preguntar si es diestra o zurda porque, en función de esta lateralidad, no habrá vivido para nada el mismo resentir. Si es diestra, para ella el seno izquierdo representa todo lo que está relacionado con la familia, los lazos de sangre, a sus hijos o sus hijos simbólicos (que pueden ser el padre o la madre). Si tiene un problema en el seno izquierdo, podemos tener la seguridad de que ha sido tocada en este conflicto del nido, de los lazos de sangre, de los hijos. Y si esta misma mujer tiene un cáncer en el seno derecho y es diestra, su conflicto va a relacionarse con lo que llamamos el “nido agrandado”, por ejemplo, puede ser su trabajo, su pareja, cualquier cosa que ha creado (un libro, un cuadro,...) (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 147).

Anteriormente se hizo referencia a conflictos de protección, el seno está relacionado con esta protección con el cuidar de los hijos, relación madre hijo (seno derecho- mujer diestra), cuidar el hogar, esposo, familia (seno izquierdo- mujer zurda). (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010). Por esto es necesario, en esta terapia, conocer la lateralidad de la persona.

Otra noción tomada de Hamer y ya expuesta previamente es la funcionalidad de los microorganismos pues éstos tendrán su papel al momento de reparar enfermedades, de esta manera "cada hoja embrionaria tiene sus gérmenes específicos para ponerse en marcha a la hora de realizar la fase curativa o reparadora." (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 170). Así en los órganos regidos por el endodermo intervendrán los hongos y bacterias, los virus trabajan a nivel de ectodermo, y las bacterias en el mesodermo. Se menciona "Todos los microbios, sin excepción trabajan en la segunda fase, la fase de curación-reparación, ni antes ni después. Después de la curación estos agentes se convierten en gérmenes sin riesgo." (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010, p. 170). Por tanto los microorganismos tienen como función eliminar, reconstruir, y por ello es importante el conocimiento de su acción en la fase de reparación de la enfermedad, por ejemplo, en fase activa de una enfermedad las células pueden ser destruidas, la función de las bacterias será limpiar, para que nuevas células puedan ser creadas (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

En conclusión, tanto la NMG como la Biodescodificación, en sus respectivos procesos, al tratar un cáncer buscan ese momento en donde una situación superó el umbral mínimo de tolerancia, activando un conflicto y produciendo un bioshock, dando lugar al apareamiento de la enfermedad. El resentir de la persona con respecto a la enfermedad es lo más importante, cómo la vive, qué siente con respecto a ella, qué significa el órgano afectado en su vida. El modo de expresarse dará lugar a la comprensión de la creencia que se ha puesto en juego cuando se produce una determinada enfermedad y no otra. En la Biodescodificación, gracias a un diagnóstico médico exacto se puede establecer qué tipo de conflicto es el que está viviendo la persona y a través de ciertos protocolos se biodescodifica la enfermedad. En ambas terapias, se reconoce la importancia de la enfermedad en la vida de la persona, no obstante, ella es responsable de su vida, de las decisiones que tome, por tanto el terapeuta solo tiene la función de acompañar en este proceso y gracias al conocimiento de la teoría llevar a la persona hacia el conocimiento de

sus expresiones inconscientes, logrando, según se menciona, la mejoría en la mayor parte de los casos (Corbera, Tratado de Biodescodificación, 2010).

En síntesis, las perspectivas teóricas y prácticas que dan cuenta de la realización de un trabajo alrededor del cáncer son varias, de este modo, por un lado encontramos a la medicina tradicional que entiende al cáncer como aquella célula que se reproduce descontroladamente ya sea por factores externos o internos y que lo que busca es la detección y destrucción de la misma. Por otro lado, están las teorías de la psicosomática que estudian la relación de la enfermedad con la vida de la persona, este trabajo es realizado desde diversos enfoques, pero siempre reparando en el significado personal que se le atribuye al padecimiento y cómo el factor psicológico marca la evolución o mejoramiento de la misma. Finalmente encontramos a las teorías recientes, la NMG y la BioNeuroEmoción en las cuales la reproducción descontrolada de células responde a un propósito, que está a favor de la supervivencia y mejoramiento del organismo que enferma. Todas estas teorías establecen propuestas tanto del origen de la enfermedad así como también del tratamiento que se le debe dar, valorando que es la persona, en última instancia, quien elige el medio para sobrellevar su enfermedad.

CAPÍTULO III

INFLUENCIA DE LA VIVENCIA TRAUMÁTICA EN LA GENERACIÓN DE CÁNCER

Como parte final de esta disertación y con el fin de articular la teoría con la práctica se ha propuesto realizar entrevistas a cinco terapeutas que han atendido pacientes oncológicos, para así evidenciar si ellos, desde sus respectivas corrientes, han podido encontrar o no una relación entre el diagnóstico de cáncer y vivencias traumáticas previas de sus pacientes. Para ello a lo largo de este capítulo se presentará la metodología utilizada, el tipo de muestra y los resultados que se obtuvieron.

3.1 METODOLOGÍA

Este acápite tiene como propósito dar a conocer los pasos que se han seguido con el fin de demostrar si la hipótesis con la que se inició esta disertación se cumple o no. La hipótesis que sustenta este estudio así como sus variables e indicadores consta en la Tabla N° 4 la cual aparece a continuación:

Tabla N° 4: Variables e indicadores

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
La vivencia traumática incide para la presencia de cáncer en el sujeto.	Independiente: Vivencia traumática.	Pérdidas, duelos no resueltos, ideas que irrumpen, culpa.	Entrevista semiestructurada
	Dependiente: Cáncer.	Diagnóstico de cáncer.	Entrevista semiestructurada

Fuente: Plan de disertación aprobado en Diciembre del 2014.

Los pasos seguidos para comprobar la hipótesis que antecede se describirán seguidamente:

1. Diseño de una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1), la cual se enfoca en cada una de las variables e indicadores planteados para esta disertación, según

consta en la tabla N° 5; se decidió utilizar preguntas abiertas para conocer en detalle la opinión de los terapeutas que fueron parte de esta investigación, por cuanto una pregunta más directa podía incidir en las respuestas obtenidas y éste no era el objetivo.

Tabla N° 5: Pregunta correspondiente a cada indicador

VARIABLE	INDICADOR	PREGUNTA CORRESPONDIENTE
Independiente: Vivencia traumática.	Pérdidas, duelos no resueltos, ideas que irrumpen, culpa.	Por favor, podría relatarme un ejemplo de un caso que usted haya atendido.
		¿Cuál es la relación que usted ha visto entre el diagnóstico de cáncer y lo que le estaba pasando a la persona, en el momento previo al mismo?
Dependiente: Cáncer.	Diagnóstico de cáncer	A lo largo de su carrera profesional ¿Ha atendido pacientes con diagnóstico de cáncer?

Fuente: Elaborado por la autora en Septiembre del 2015.

2. Contactar con los terapeutas que previamente fueron seleccionados, en base a su carrera profesional y enfoque de trabajo, pues para esta disertación se optó por que cada uno de los terapeutas fueran de distintas líneas teóricas con el propósito de adquirir una visión más amplia sobre el tema a investigar, este punto será ampliado en el acápite subsecuente.

El primer contacto fue realizado por vía telefónica, en el mismo se estableció el lugar y la hora donde se llevaría a cabo la entrevista. Como se explicará más adelante también se tuvo la oportunidad de contactar con un profesional con vasta experiencia sobre el tema, radicado en otro país, con quien se mantuvo la comunicación, y se realizó la entrevista vía e-mail.

3. Entrevista con los terapeutas, la cual tuvo lugar según lo pactado, durante ellas se obtuvo información enriquecedora sobre la experiencia que cada uno de ellos ha tenido hasta el momento y, por su puesto, acerca de sus puntos de vista sobre la influencia que pudo tener o no la vivencia traumática en la presencia de cáncer en el sujeto.

4. Sistematización de la información mediante cuadros que se presentarán en el actual capítulo.
5. Análisis de la información a través de la contrastación de la teoría con la práctica, tal como se verá en las conclusiones.

Cada uno de los pasos anteriores fue seguido con rigurosidad lo cual puede observarse en los resultados de la investigación. En el punto subsecuente serán presentadas las características de la población entrevistada con mayores detalles.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El muestreo utilizado para la selección de terapeutas fue de tipo no probabilístico, intencionado o de convivencia, por cuanto la muestra estuvo integrada por 5 terapeutas que han atendido pacientes oncológicos y que aceptaron voluntariamente ser parte de la investigación.

Entre los terapeutas se puede encontrar a dos hombres y tres mujeres, además de la referencia de un caso personal de otro terapeuta. De inmediato se presentará la lista de nombres de los terapeutas que colaboraron, cada uno de ellos pertenece a una línea teórica diferente, dando lugar a respuestas desde diversas perspectivas. Los terapeutas entrevistados fueron:

Tabla N°6: Terapeutas Entrevistados

NOMBRE DE ÉL O LA TERAPEUTA	LÍNEA DE TRABAJO	EXPERIENCIA
Ana Tibáu Iturralde	Psicoterapeuta Junguiana	28 años
Dorys Noemy Granja Ortiz	Terapia Familiar Sistémica	24 años
Liliana Arroyo Pérez	Psicoterapeuta Humanista, Gestalt y EMDR.	25 años
Ernesto Bayardo Flores Sierra	Terapia Comunitaria con Enfoque Histórico Cultural	5 años
Graciela Ramírez	Terapia de Orientación Psicoanalítica	10 años
Rodrigo Carrillo Primerano	Psicoterapia Existencial de Apoyo	15 años

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015

Para la investigación se decidió incluir a un terapeuta experto en la atención de pacientes oncológicos, aunque no estaba radicado en el Ecuador, esta entrevista permite tener la opinión de alguien con vasta usanza en el tema; su colaboración fue de gran importancia y la entrevista se llevó a cabo vía e-mail, el terapeuta hablaba español por lo que la comunicación y la entrevista se realizó sin ningún contratiempo, contribuyendo de esta manera con su conocimiento a este tema.

Por otra parte, cabe mencionar que salvo por un terapeuta, de los seis escogidos para la entrevista, los demás sí tenían práctica en llevar a cabo una terapia con pacientes oncológicos, sin embargo este terapeuta pidió aportar con una experiencia cercana, en la cual se cotejó las vivencias de la persona con la enfermedad que poseía, cáncer. Seguidamente se puede observar el análisis de la pregunta: **A lo largo de su carrera profesional ¿Ha atendido pacientes con diagnóstico de cáncer?**

TABLA N° 7: Experiencia de los terapeutas con pacientes oncológicos

Terapeuta	Sí	No	Experiencia
1	X		Tengo algunos pacientes que han venido con problemas, con cáncer.
2	X		Solo un caso o dos.
3	X		Sí, tuve la oportunidad en Alemania en un hospital general en el cual trabajé en la unidad de cuidados paliativos y en el centro de próstata.
4	X		Algunos casos.
5	X		No muchos casos.
6		X	No específicamente.

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.

De la tabla que antecede puede observarse que de los seis terapeutas, tres cuentan con mayor experiencia en la atención de pacientes oncológicos, dos poseen menor experiencia y uno no posee ninguna experiencia.

Como siguiente punto se presentará el análisis de las preguntas concernientes a la relación existente entre la vivencia traumática y el cáncer.

3.3 ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA VIVENCIA TRAUMÁTICA EN LA GENERACIÓN DE CÁNCER

A lo largo de este acápite tendrá lugar el análisis de lo dicho por cada terapeuta, esto se realizará a través de la presentación de tablas que contienen un resumen de la información obtenida. Las entrevistas completas se encuentran en el Anexo 2.

Para examinar la relación entre la vivencia traumática y la generación de cáncer se solicitó a los entrevistados que expusieran un caso de los atendidos a través del cual se pueda dar cuenta de la presencia o ausencia de esta relación. Para el análisis de las respuestas dadas se tomará los indicadores que constan en el plan aprobado en Diciembre del 2014.

Luego de preguntar a los profesionales si tenían experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos se solicitó el relato de un caso como ejemplo, el resumen de los casos, se presenta en la tabla N°8.

TABLA Nº 8: Ejemplos citados por los terapeutas

Terapeuta	Pérdidas- Duelos no resueltos	Ideas que irrumpen	Culpa
1	Dolor existencial	Recuerdo doloroso de la infancia	Terapia del perdón
2	-Muerte de su primer hijo. -De alguna manera logró vivir el duelo de la pérdida de su hijo sin embargo la herida siguió abierta	-Se encontraba "en la presencia de Dios", cada vez que venía el recuerdo de su hijo muerto. - El fallecimiento del hijo le recordó su propia muerte.	-Acude por miedo a perder a los otros dos hijos. -Desarrolla el cáncer inconscientemente para morir y de esa manera reunirse con su hijo
3	-Desde el momento de la amputación y la implantación de la prótesis surgió en ella la depresión. -Reestablecer su imagen corporal y "hacer las paces" con el seno implantado	- La prótesis no fue, según ella, bien implantada y ello afectó fuertemente a su sentimiento de ser mujer -Miedo a ser rechazada -No sentirse atractiva para su pareja. -Tenía un miedo excesivo a quedarse sola y no tener a nadie a su lado - Miedo a una muerte larga y dolorosa.	-Comportamientos autodestructivos -Aceptaba cualquier cosa por no estar sola.
4	-Órgano ligado a la nutrición y ella quería tener hijos pero no los tuvo -Cuando él falleció ella fue recuperándose.	-El órgano no tuvo uso ya que no tuvo hijos - La acumulación - Era el tema de no tener hijos -Preguntas por la trascendencia como a quién dejar las cosas.	-"esto me pasa por no tener hijos", "porque no tuve una pareja a largo plazo". -Sentía acabada, cansada, quería que él muera y esto le generaba mucha culpa
5		-Puede ser por el estrés, el cansancio, y cuando la hija vuelve se descuida del tratamiento de la enfermedad.	-Fue discriminada por la familia de la pareja, sin embargo siempre vivieron ahí
6	-Hubo un periodo donde mi hermano, que era el hijo preferido, se implicó más en su propia familia, se iba al oriente, pasaba con sus hijas. -Yo terminé la universidad y me independicé económicamente de la familia - Ella perdió el rol de madre -Debe haber sentido que perdió un hijo y fue doloroso para ella. -Posibilidad de obtener una beca para ir al extranjero y esto debe haber tenido un impacto sobre mi mamá.	-Ella sufrió muchísimo cuando mi hermano se casó	

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.

De la tabla No. 8 se puede ver que de 6 ejemplos dados, 4 se refieren a que en la historia de los pacientes atendidos, el terapeuta pudo percibir una relación entre lo que estaban viviendo a nivel de pérdidas y la generación de cáncer. En uno de los casos en los que no se habla de pérdida se presenta una mala relación de la madre con la hija, y en el decir del terapeuta, el cáncer se asocia a la partida y la reactivación al regreso de dicha hija al país; de lo dicho se reconoce que existe relación entre la enfermedad y la situación difícil que ella como madre tiene con su propia hija, lo que lleva a cuestionar si esta vivencia no implica una pérdida del rol de madre y un cuestionamiento profundo en la paciente de su actuación desde este rol. En el último caso relatado también se puede ver una pérdida asociada al rol de madre que posteriormente se vincula con el apareamiento de la enfermedad.

Por otro lado, cumpliendo con el segundo indicador, se observa la presencia de ideas recurrentes en los pacientes, tales como recuerdos, lo que da cuenta de la búsqueda de simbolización de los sucesos. En dos de los casos citados, se habla de diferentes miedos ante la pérdida de un órgano, en uno de ellos la paciente se cuestiona por no tener hijos. En otro ejemplo la paciente descuida su salud por enfrentar la situación difícil con la hija y en el último caso, las ideas que irrumpen son provocadas ante el sufrimiento por el rol de madre perdido.

En los ejemplos citados se puede evidenciar, en distintos grados, la presencia de culpa frente al padecimiento de la enfermedad, lo cual se da cuenta, en uno de los casos, por el trabajo en la terapia del perdón que se realiza; en dos de los casos se percibe a la enfermedad como un castigo, también existen sentimientos de miedo a la pérdida de los hijos por el desempeño de la paciente como madre, y el sometimiento a situaciones que causan malestar, esta última condición lleva a considerar si la culpa actúa de alguna forma para que la paciente se resigne frente a la vivencia de determinadas situaciones.

A partir de la pregunta **¿Cuál es la relación que usted ha visto entre el diagnóstico de cáncer y lo que le estaba pasando a la persona, en el momento previo al mismo?** Se conoció la opinión de los entrevistados acerca de la relación entre la vivencia traumática y el cáncer, con un resumen de las respuestas dadas se elaboró una tabla que compendia las diversas apreciaciones y posicionamientos frente al tema. A continuación se observan las ideas principales de lo dicho, en la tabla N°9.

Tabla N° 9: Relación entre el diagnóstico de cáncer y las vivencias del paciente

Terapeuta	¿Existe relación?			Experiencia
	Sí	No	No sé	
1	X			<p>-Va acumulándose un estrés crónico que no se logra superar hasta que el organismo se quiebra.</p> <p>-No hubo un desencadenante específico sino toda la situación pasada.</p> <p>-Los desencadenantes pueden ser varios como el divorcio, pérdidas de seres queridos o materiales, también maltrato continuo en las relaciones de pareja, relaciones perversas donde hay un maltrato psicológico y físico.</p> <p>-El cuerpo es como un espejo del alma, refleja lo que está sucediendo interiormente en la persona.</p>
2	X			<p>-El cáncer puede ser una somatización del dolor; así como las células se generan descontroladamente, asimismo el dolor se genera descontroladamente, entonces se puede somatizar, ésta es una hipótesis mía.</p> <p>-Un problema psíquico no resuelto se puede materializar en el organismo.</p> <p>-La enfermedad aparece sin voluntad de la persona. No se debe culpabilizar a los enfermos de cáncer de su propia enfermedad, eso es una falta de humanidad.</p>
3		X		<p>-El cáncer apareció cuando ella tenía una vida muy agradable con amistades, un buen trabajo e incluso una pareja que la respetaba y admiraba.</p> <p>- La enfermedad vino a desestabilizar a la paciente y se engendró una depresión y los elementos más vulnerables de su personalidad se intensificaron (autodestrucción y dependencia emocional).</p> <p>-Personalmente y profesionalmente no veo ninguna relación entre el apareamiento del cáncer y la situación en la que ella se encontraba en ese momento.</p>
4	X			<p>-Yo sí pienso que hay una relación, hay esta cuestión del cuerpo fragmentado que uno imaginariamente tiende a completarlo.</p> <p>-Los desórdenes lo que nos permiten es pensar que algo particular dice el órgano, ¿por qué la garganta y no el brazo?, por ejemplo.</p> <p>-El síntoma tiene varios caminos, los avatares del síntoma no son una elección aislada, siempre hay una construcción alrededor del síntoma, alrededor del órgano.</p>
5			X	<p>-No sé si existe relación, pero sí la situación actual hace que la enfermedad detone nuevamente, cuando la hija regresa y trae toda su problemática psicosocial se detona nuevamente.</p> <p>-Ahora que lo pienso, la enfermedad aparece cuando la hija migra, sin embargo no sé si hay relación o no.</p> <p>-El esposo también tiene una intervención en la próstata porque se desarrolla un quiste, a partir de que la hija vuelve.</p> <p>-Podría ser una tesis interesante que haya una relación de ese tipo.</p> <p>Cuando la chica se fue la familia mejoró, estudiaron, salieron adelante y cuando regresa detona la familia.</p>
6	X			<p>Yo creo que el diagnóstico de cáncer tuvo relación con la pérdida del rol de madre que sufrió mi mamá, yo la vi sufrir después del matrimonio de mi hermano, ella ayudaba a preparar la ceremonia pero yo sentía una tristeza interna de ella que nunca habló y nunca dijo, al mismo tiempo que yo me independizaba y obtuve la beca, lo cual debe haber sido muy doloroso para ella.</p>

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.

Al hablar sobre la existencia de una relación entre el diagnóstico de cáncer y lo que sucedía en la vida de la persona en el momento previo, los criterios dados por los terapeutas sobre el tema son variados, de tal suerte que de los seis entrevistados, cuatro han visto relación entre lo que le ocurría a la persona y el diagnóstico. En su discurso sobre los propulsores de la enfermedad el Terapeuta 1 menciona que, por ejemplo: “Los desencadenantes pueden ser varios como el divorcio, pérdidas de seres queridos o materiales, también maltrato continuo en las relaciones de pareja”, de esta forma se liga la enfermedad a las vivencias del paciente, en relación con lo dicho la medicina alopática reconoce que situaciones de este tipo tienen un impacto en el funcionamiento del sistema inmunológico, lo que da como resultado que ante momentos de estrés el organismo se vea debilitado. Asimismo se relacionó el cáncer a situaciones dolorosas, el Terapeuta 2 indica: “El cáncer puede ser una somatización del dolor”, ya que en este caso el dolor llega a representarse en el cuerpo; la NMG y la BioNeuroEmoción concuerdan en que cada parte del cuerpo se correlaciona psíquicamente con un conflicto, y que a nivel los pechos, el izquierdo en la mujer diestra, simboliza a los hijos, este ejemplo puede advertirse en el último caso donde el conflicto que produce la pérdida del rol de madre se vincula con el cáncer, que es de seno izquierdo. Lo dicho por el Terapeuta 4, cuando alega “Los desórdenes, nos permiten pensar que algo particular dice el órgano, ¿por qué la garganta y no el brazo?” se relaciona con la visión de la psicósomática del síntoma, también con la BioNeuroEmoción donde se busca entender el sentido de la enfermedad. De lo que antecede, a través de éstas frases textuales se nota como en la clínica hay quienes sí advierten una relación entre lo que vivía el paciente y el apareamiento de la enfermedad, que es coherente con lo que las principales teorías tratadas en esta disertación plantean.

Por otro lado, de los seis terapeutas entrevistados existió uno que no vio ninguna relación como la descrita anteriormente, y además al Terapeuta 5 le resultó interesante considerar la posibilidad de que exista dicha relación, lo que denotó al comentar: “Podría ser una tesis interesante que haya una relación de ese tipo”, no obstante en base a lo argumentado en la parte teórica se puede leer que la enfermedad, tanto de la madre como del padre de la joven del caso contado, sí está ligada a su partida y llegada, pues es a partir de éstos escenarios donde se desarrolla la enfermedad, por lo que también se puede hablar de un sentido de la misma, en este caso. Así que, mediante esta tabla se puede percibir que en la mayoría de estos casos hay una tendencia a que la vida de quien desarrolla la enfermedad esté asociada con el diagnóstico de la misma.

Discusión de resultados

Para esta investigación se contó con el aporte práctico de seis terapeutas, de distintos enfoques teóricos, a quienes se entrevistó para conocer su opinión acerca de la influencia que podía tener o no una vivencia traumática en la generación de cáncer. A través de los indicadores establecidos en el plan de tesis, aprobado en el mes de Diciembre del 2015, se planteó preguntas que se correlacionen con éstos.

Al hablar de la experiencia de cada uno de los terapeutas en relación al trabajo con pacientes oncológicos, cinco manifestaron tenerla en mayor y menor grado, a excepción de uno quien no poseía ninguna práctica con este tipo de pacientes, sin embargo describió el relato de una vivencia cercana. De modo que el aporte que realizó cada uno de ellos a la investigación fue significativo.

Se pidió a cada entrevistado que narre un caso atendido con el objetivo de conocer las historias en las cuales se evidenciaba una relación. Entre sus diversos criterios existe confluencia, de forma que se habla de varios factores presentes en la vida de quienes desarrollaron la enfermedad, entre ellos el dolor emocional por alguna situación vivida, pérdidas o duelos de figuras significativas y también situaciones complejas como maltrato o falta de comunicación. También puede verse que existe una construcción personal alrededor de la enfermedad y que la presencia de la misma puede llegar a desestabilizar a la persona.

Gracias al caso relatado fue posible adentrarse en el punto álgido de esta investigación, que es la relación entre las dos variables, la vivencia traumática y el diagnóstico de cáncer. Los entrevistados asociaron las vivencias dolorosas, situaciones penosas, entre otras, al diagnóstico de cáncer. Cuatro de ellos dan cuenta de que esta relación sí se da. También hubo quien consideró la posibilidad de que dicha relación exista y uno manifiesta que es la enfermedad la que tiende a desestabilizar la vida de la persona. En definitiva los resultados de esta investigación demuestran que entre las diversas formas de tramitar una vivencia, más cuando esta se convierte en traumática o dolorosa, el cuerpo puede ser tomado como medio de expresión ya que, a través de ése síntoma se construye una historia, y en la interrelación constante entre la psique y el soma se puede entretejer un sin fin de relaciones con gran variedad de avatares.

CONCLUSIONES

- A lo largo de la investigación se observó el cuestionamiento que surge en la sociedad actual en torno al cuerpo, aquél capaz de producir síntomas y lo que las diversas disciplinas pueden decir de esa producción sintomática. Conforme a la investigación, el paradigma actual que rige el estudio de la enfermedad determina que ésta sea estudiada en base a la especialización de las ciencias médicas, es decir, que cada profesional se ve obligado a dividir el cuerpo y estudiar la parte de él que le corresponde según sus preferencias. No obstante, el cuerpo se muestra a sí mismo como una totalidad, pues cada sistema, órgano, unidad celular, que forma parte de él interactúa con el resto de su entorno, y este conjunto a su vez se relaciona con la mente de diversos modos. Con relación a la enfermedad, autores como Chiozza plantean la investigación de las fantasías inconscientes que surgen alrededor de ella, dando cuenta de la producción mental a la que es sometido aquello que se engendra en el soma; a más de los estudios médicos sobre el cáncer se puede ver que en los pacientes éste da lugar a la generación de diversas fantasías, como las de castigo evidenciadas en el caso de la paciente que piensa que la enfermedad se produce por no tener hijos; por lo que se invita entonces a la persona a hablar de dicha fantasía.
- El trauma es un evento que marca un “a partir de” en la vida de la persona, por la magnitud de la vivencia ésta puede ser descrita con exactitud temporal y su principal característica es que quien vive un trauma se ve rebasado por la situación, es decir, que los mecanismos usuales con los que se enfrentaría a la nueva circunstancia no le son útiles en ese momento. Quien experimenta un hecho traumático queda sometido a la subjetividad, pues no hay dos modos similares de afrontar la realidad. En la investigación se puede ver, que en los casos relatados, los eventos que se constituyen como traumas son por lo general pérdidas, usualmente de seres queridos. De igual manera existe un anclaje con ciertos ideales, como se menciona en la BioNeuroEmoción, que llegan a relacionarse directamente con la enfermedad.
- Con respecto al cáncer, al concebirse como una de las enfermedades del siglo XXI, a lo largo de la investigación se advirtió cómo éste es estudiado a partir de diversas ciencias. La psicósomática, uno de los enfoques analizados en esta disertación, a

pesar de sus diversas líneas teóricas, llega a un punto de convergencia, donde un suceso no simbolizado es colocado en el cuerpo, en el cual la persona que desarrolla la enfermedad deposita significados. Durante las entrevistas a los terapeutas se puede ver cómo circunstancias dolorosas, son escenificadas según los entrevistados, en el cuerpo de los pacientes, pues existe algo que permanece en lo no dicho que genera un anclaje con el soma, y a partir de este anclaje es posible hablar, no solo del síntoma sino de “ese algo” que va más allá del síntoma o de la enfermedad.

- Existe gran similitud entre los discursos de quienes estudian al cáncer a partir de ramas que no tienen que ver con la medicina alopática. De esta forma, tanto en la práctica como en la teoría se evidencia la construcción psíquica que surge en torno a la enfermedad, lo que el paciente tiene que decir sobre ella. Es interesante considerar los postulados de la NMG y la BioNeuroEmoción que conciben que la enfermedad está al servicio de quien la desarrolla, y cómo a partir de aquí se presta oídos a eso que el cáncer quiere decir en la vida de la persona que enferma.
- En relación a lo anterior, el sentido de la enfermedad cobra gran importancia en las teorías trabajadas en esta disertación, tanto biológicamente, donde se entiende que el cuerpo emite una respuesta biológica ante aquello que le ocurre, como psíquicamente, donde se habla de un para qué del síntoma. En varios de los ejemplos citados por los terapeutas es notorio el sentido que la enfermedad cobra en la vida de la persona, por ejemplo, el caso de la pareja donde la hija regresa e inmediatamente la enfermedad se reactiva, o ese intento de morir, a través del cáncer, para así poder reunirse finalmente con el hijo fallecido.
- Gracias a las entrevistas realizadas, la teoría y la práctica fueron contrastadas, dando como resultado que la hipótesis de esta investigación sea corroborada; cuatro de los seis terapeutas entrevistados dieron cuenta de una relación entre vivencias de tipo traumático, previas a la aparición de la enfermedad, y el posterior diagnóstico de cáncer; en los ejemplos citados se ve que la enfermedad no es un evento aislado en la vida de la persona, sino que ocupa un lugar.

El cáncer se relaciona con pérdidas, en la mayor parte de los casos relatados, donde se puede dar cuenta de este indicador en los distintos discursos. Asimismo, hay presencia de ideas recurrentes y de culpa que constituyen una parte central del relato de los pacientes. Por tanto, la enfermedad y su aparición son multicausales y ésta no debería ser estudiada desde un solo ámbito, como se intenta desde diversas ciencias, pues el ser humano es holístico.

RECOMENDACIONES

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

- Apertura de nuevas materias optativas que abarquen el estudio de la psicósomática desde cualquier enfoque, con el fin de desarrollar diversas áreas de conocimiento, y tomar nuevos posicionamientos frente al tema.
- Direccionar investigaciones sobre la relación entre la enfermedad y sus componentes psíquicos., teniendo en cuenta la teoría del trauma, pues sobre esta última existen pocas investigaciones y con ella se podrían direccionar nuevas formas de tratamiento e incluso de prevención de enfermedades.
- Desarrollar en los estudiantes el interés por diversas áreas del conocimiento, con programas de estudio más flexibles a la vinculación con nuevas ideas.

Comunidad

- Propiciar la investigación del tema en lugares como hospitales, fundaciones, u otros lugares donde se brinde atención a pacientes oncológicos, con el afán de comprobar la hipótesis y dar pie a nuevas formas de tratamiento que logren mejorar la calidad de vida.
- Vincular la labor terapéutica al tratamiento de enfermedades, puesto que el componente psíquico, al presentarse estados mórbidos, es dejado de lado.

Terapeutas

- Mantener una actualización constante de conocimientos para que de esta manera los casos a los que se den tratamiento cuenten con un mayor número de herramientas terapéuticas a utilizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes. (14 de Noviembre de 2013). *Quito registra el índice más alto de incidencia de cáncer de mama en Ecuador*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/quito-registra-indice-mas-alto-incidencia-cancer-mama-ecuador.html>
- Alexander, F., & Szasz, T. S. (1962). El Enfoque Psicosomático en Medicina. In A. Franz, *Psiquiatría Dinámica* (pp. 309- 332). Buenos Aires: Paidós.
- Aristizábal, B., & Rojas, W. (2012). Cáncer y respuesta inmune. In C. p. biológicas, *Inmunología de Rojas* (pp. 343-353). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Arroyo, L. (2009). *Tengo Cáncer S.O.S Mi camino hacia la autocuración* . Quito: Universidad Alfredo Pérez Guerrero.
- Benaim, M. (1986). *Los Trastornos Psicosomáticos*. Baruta: Equinoccio.
- Bleger, L. (1978). El paciente y el cáncer. In J. Schavelzon, J. Bleger, B. Lily, L. Marie, I. Luchina, E. Joakin, . . . E. Barrios, *Cáncer Enfoque Psicológico* (pp. 109-127). Buenos Aires: Galerna.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiozza, L. (2008). *Obras Completas. Tomo XIV. Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2008). *Obras Completas. Tomo V. Metapsicología y Metahistoria 3*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2010). *Cáncer ¿Por qué a mi, por qué ahora?* Buenos Aires: El Zorzal.
- Coleman, N. (2008). *¿Qué hacer con un diagnóstico de cáncer?* México: Editorial PAX MÉXICO.
- Corbera, E. (2010). *Tratado de Bionescodificación*. Madrid: Indigo. Retrieved from Instituto Español de Bionescodificación: <https://www.bioneuroemocion.com/>
- Corbera, E. (2013). *El Observador en Bioneuroemoción*. Madrid: ULM PRODUCTIONS SCP.

- Corbera, E. (2013). *Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción. Evolución de la Biodescodificación*. Retrieved from www.enriccorbera.com:
<https://www.enriccorbera.com/inicio>
- definicion.de. (17 de Agosto de 2015). *definicion.de/ritmo-circadiano/*. Obtenido de <http://definicion.de/ritmo-circadiano/>
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE). (2014). *rae.es*. Retrieved Diciembre 09, 2014, from <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=QFGVndbrKDXX2hVX5gwE|I4LZWh8HCDXX2Bj0ntNf|aLzzNPWjODXX2dvABlhX>
- Diccionario Mosby Pocket. (2010). *Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Barcelona: Elsevier.
- Fernandez , A., & Olijavetzky, S. (2013). *Psicooncología*. Obtenido de [psi.uba.ar: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/psico_oncologia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/psico_oncologia.pdf)
- Flores, A. (2012). El fantasma oncológico entre médico y paciente. In L. Hernández, & R. Lozano, *Psicólogos y psicanalistas en hospitales* (pp. 45-54). Mexico D.F: El Manual Moderno S.A.
- Freud, S. (1895/2012). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). In S. Freud, *Obras Completas. Volumen II* (pp. 3-45). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910/ 1999). Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis. In S. Freud, *Obras Completas, Volumen XI* (pp. 7-51). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2009). 18° Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente. In S. Freud, *Obras Completas, Volumen XVI* (pp. 250-261). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/2010). Mas allá del principio del placer. In S. Freud, *Obras Completas, Volumen XVIII* (pp. 3-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1963/1993). 17. Conferencia: El sentido de los síntomas. In S. Freud, *Obras Completas, Tomo XVI* (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu.
- Goic, A. (2009). *Conversaciones con Hipócrates*. Buenos Aires: Mediterraneo.
- Guir, J. (1983). *Psicosomática y Cáncer*. Barcelona: Paradiso.
- Hamer, R. (1992). *El testamento de una Nueva Medicina. Parte I*. Munich.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Cáncer*. Obtenido de [ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec): <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/infocancer.pdf>

- Kirk, C., Raven, J., & Schofield, M. (2011). *Los Filósofos Presocráticos*. Madrid: Gredos.
- Langer, M. (1978). El miedo a la muerte. In J. Schavelzon, J. Bleger, B. Lily, L. Marie, I. Luchina, E. Joakin, . . . E. Barrios, *Cáncer Enfoque Psicológico* (pp. 245-259). Buenos Aires: Galerna.
- Laplanche, J., & J., P. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Mambretti, G., & Séraphin, J. (2013). *La medicina patas arriba ¿y si Hamer tiene razón?* Obelisco.
- Markolin, C. (2015). *GermanNewMedicine*. Retrieved from NUEVA MEDICINA GERMÁNICA: <http://www.germannewmedicine.ca/documents/bienvenido.html>
- Nuevo Manual Merck de Información Médica General. (2008). Cáncer. In *Nuevo Manual Merck de Información Médica General* (pp. 1235-1254). Barcelona: MMVI Editorial OCEANO.
- Organización Mundial de la Salud. (2015, Febrero). *Cáncer. Datos y Cifras*. Retrieved from who.int: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Platón. (2000). Fedón. Fedro. In Platón, *Fedón* (pp. 9-143). Madrid: Alianza Editorial.
- Registro de Tumores Solca Matriz. (2013). *Incidencia y Mortalidad*. Obtenido de estadisticas.med.ec: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/graficos.jsp>
- Remor, E. (2007, Julio). *Psicosomática Psicoanalítica: Una visión holística del sujeto*. Retrieved Febrero 01, 2015, from Revista Recrearte: <http://www.iacat.com/Revista/recrearte/recrearte06/Seccion7/psicosomatica.htm>
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Schavelzon, J. (1978). Psicología y Cáncer. In J. Schavelzon, J. Bleger, B. Lily, L. Marie, I. Luchina, E. Joakin, . . . E. Barrios, *Cáncer Enfoque Psicológico* (pp. 11-30). Buenos Aires: Galerna.
- Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

- **Anexo 1: Guía de entrevista semiestructurada**

1. Por favor, podría indicarme su nombre completo.
2. Me gustaría saber qué tiempo lleva usted ejerciendo como psicoterapeuta.
3. ¿Qué tipo de terapia es la que usted realiza?
4. A lo largo de su carrera profesional ¿Ha atendido pacientes con diagnóstico de cáncer?
5. Por favor, podría relatarme un ejemplo de un caso que usted haya atendido.
6. ¿Cuál es la relación que usted ha visto entre el diagnóstico de cáncer y lo que le estaba pasando a la persona, en el momento previo al mismo?

- **Anexo 2: Resumen de entrevistas realizadas**

La sistematización de la información se llevó a cabo en base a cuadros en los cuales se esquematizó las respuestas de las preguntas basadas en los indicadores. A continuación se puede observar el cuadro correspondiente a la variable cáncer, se usó el color azul para resaltar la experiencia.

Tabla Nº 10: Identificación del diagnóstico de cáncer

Terapeuta	Pregunta 3: A lo largo de su carrera profesional ¿Ha atendido pacientes con un diagnóstico de cáncer?
1	Tengo algunos pacientes que han venido con problemas, con cáncer. El paciente viene con el drama familiar que no le ayuda, entonces lo primero que hago es una terapia familiar que los libere del sufrimiento, porque toda la familia sufre y no saben cómo ayudar al paciente.
2	No he atendido muchos pacientes con cáncer, solo un caso o dos.
3	Sí, tuve la oportunidad en Alemania en un hospital general en el cual trabajé en la unidad de cuidados paliativos y en el centro de próstata. Igualmente en el centro del colon y en el centro del seno.
4	Sí, he atendido algunos casos.
5	No muchos casos, te voy a contar el que me acuerdo.
6	No específicamente, sin embargo he trabajado en casos donde hay trastornos orgánicos vinculados a cuestiones psíquicas como asma, hipertensión, diabetes, migrañas y trastornos digestivos. En estos casos los pacientes van a consulta médica, el medico los revisa y ayuda a controlar molestias orgánicas hasta que él dice "orgánico ya no hay nada más" y son derivados al psicólogo, y así es como llegan a consulta. Entre las enfermedades que yo he visto y que están vinculadas a estados psíquicos están: Enfermedades gástricas que he notado están vinculadas a rabia contenida. Molestias cardíacas, hipertensión, palpitaciones, ligadas a angustia, ansiedad.

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.

Se asignó un color a cada indicador de la vivencia traumática así: **Pérdidas, duelos no resueltos, ideas que irrumpen, culpa**, de esta manera se pudo sistematizar la información reconociendo las ideas principales.

Tabla N°11: Relato de un caso como ejemplo

Terapeuta	Pregunta 4: Por favor, podría relatarme un ejemplo de un caso que usted haya atendido.
1	<p>Uno de los casos que atendí, está citado en mi libro, tenía metástasis. La paciente vino hace unos 5 años; había sido maltratada por su papá, fue poco comprendida, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos menores, llevaba auestas un gran dolor existencial. Se casó, se separó. El cáncer se desarrolló más o menos a sus 55 años, existía una gran tristeza latente por el recuerdo doloroso de la infancia; con ella se trabajó en terapia del perdón.</p>
2	<p>La paciente acude a terapia hace ocho años. En la entrevista inicial menciona la muerte de su primer hijo, sin embargo el motivo de consulta es la preocupación actual (en ese momento) porque sus otros dos hijos habían iniciado la ingesta de drogas, acude por el miedo a perder a los otros 2 hijos. El primer hijo muere en un accidente, se menciona el hecho pero no se profundiza. Uno de los síntomas que más me llamó la atención fue que era una persona muy religiosa, y había encapsulado su dolor en las continuas prácticas. Relataba que se encontraba "en la presencia de Dios", cada vez que venía el recuerdo de su hijo muerto. Desde el punto de vista psicológico se podría decir que ella se disociaba, pasaba horas en arrebatos místicos; y en esos momentos ni su esposo ni sus otros dos hijos la molestaban. Desde la perspectiva junguiana, en este caso se puede hablar de que se formó entre otros, un complejo defensivo religioso; que actuaba a modo de protección inconsciente ante el dolor. La terapia duró cuatro años, de alguna manera logró vivir el duelo de la pérdida de su hijo sin embargo la herida siguió abierta. Hace dos años había desarrollado cáncer de mama, no quiso tratarse con medicina alopática sino con medicina alternativa. El fallecimiento del hijo le recordó su propia muerte, desarrolla el cáncer inconscientemente para morir y de esa manera reunirse con su hijo. Por su convicción religiosa ella reprimía cualquier fantasía de suicidio.</p>
3	<p>Una paciente de 47 años, soltera –pero con pareja-, sin hijos fue ingresada en la clínica psiquiátrica a causa de un consumo masivo del alcohol y Cannabis. Esta persona había tenido el cáncer ya curado pero tenía miedo de que pudiese volver a brotar. Había padecido un cáncer de mama bastante agresivo el cual llevó a que tuviese que amputársele el seno derecho. Desde el momento de la amputación y la implantación de la prótesis surgió en ella la depresión. La prótesis no fue, según ella, bien implantada y ello afectó fuertemente a su sentimiento de ser mujer y de no sentirse atractiva para su pareja. Tenía un miedo excesivo a quedarse sola y no tener a nadie a su lado, por lo cual se constituyó una dependencia muy fuerte en el ámbito emocional. Esta paciente logró en la psicoterapia con ayuda de dibujos reestablecer su imagen corporal y "hacer las paces" con el seno implantado. Sin embargo su consumo masivo de cigarrillos (20 o más al día) siguió y su tendencia a procrastinar sus actividades estuvo siempre presente. Con todo ella pudo ser consciente de cómo se tornaba dependiente y de cómo ella dejaba de hacer cosas que le gustaban por miedo a ser rechazada. A todo esto se suma que ella no tenía trabajo, la relación con su madre era bastante complicada y el novio de su madre la descalificaba continuamente. La terapia se centró en la restitución de la imagen corporal y de su feminidad, se lograron hacer explícitos ciertos comportamientos autodestructivos de ella y su dependencia emocional que era tan fuerte que aceptaba cualquier cosa por no estar sola. Por otro lado se hizo una psicoeducación para prevenir el consumo excesivo de alcohol, drogas y cigarrillos. La paciente dejó la clínica bastante estable, pero con muchos temas por trabajar, estuvo internada 3 meses. La mayor meta conseguida fue la restitución de su valor como mujer y la aceptación de su feminidad y el miedo de volver a enfermar. Se trabajó sobre lo importante para ella en la vida y de su miedo a una muerte larga y dolorosa.</p>

4	<p>Atendí a una mujer que murió de cáncer al seno; médicamente la hipótesis fue que el órgano no tuvo uso ya que no tuvo hijos. Un tema interesante era la acumulación, la señora acumulaba muñecas, no tenía 1 horno sino 4, de esta manera con varios objetos, por tanto tenía poco contacto con el mundo. También se veía un tema sobre el no legado, el no nutrir; cuando se le extirpó el seno no hubo mayor inconveniente con la parte estética, sino más bien era el tema de no tener hijos y en el discurso había frases como “esto me pasa por no tener hijos”, “porque no tuve una pareja a largo plazo”. También existían preguntas por la trascendencia como a quién dejar las cosas. Lo que se vio afectado fue, precisamente, un órgano ligado a la nutrición y ella quería tener hijos pero no los tuvo.</p> <p>Otro caso fue el de la esposa de un hombre que tenía cáncer, ella se sentía acabada, cansada, quería que él muera y esto le generaba mucha culpa. A lo largo del cáncer se pudo ver como él adelgazó muchísimo, perdía bastante peso, y ella en una suerte de identificación también se deterioró; se podía ver el deterioro en su cuerpo, sin embargo cuando él falleció ella fue recuperándose.</p> <p>Me llamó la atención que su hijo, que tenía 3 años, al que no atendía pero lo veía de vez en cuando, porque no tenía con quien dejarlo y lo traía a terapia, en algún momento se cayó bastante duro, pero no lloró, se paró y siguió. La madre aseguraba que él le evita problemas, sabía que la madre estaba ocupada, triste, y el niño se aguantaba, no lloraba, no se quejaba.</p>
5	<p>La persona llega a consulta porque en el último año la hija regresa de España, y es bastante problemática, tiene problemas con sustancias, cuatro hijos, un marido que no trabaja.</p> <p>La mamá trata de hacerse cargo de los nietos pero por su edad y las circunstancias se le dificultan y se siente triste.</p> <p>Hace veinte años tuvo cáncer de seno que con controles y tratamiento estaba controlado y cuando regresa la hija vuelve, puede ser por el estrés, el cansancio, y cuando la hija vuelve se descuida del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Dentro de la historia de la persona es afro descendiente pero su familia no lo es. Hay una relación complicada con la madre, se hace cargo de la madre aunque es conflictiva.</p> <p>La señora tiene cuatro hijos, la hija menor es la que asume el rol de madre en el hogar, la madre no tiene mucho rol de decisión sino la hija. La primera hija la tiene a los 15 años, a los 16 se casa; por ser afro descendiente fue discriminada por la familia de la pareja, sin embargo siempre vivieron ahí.</p> <p>En la familia de él se rumoró siempre que la primera hija no era de él sino de alguien más, y la relación esta hija con la hermana que asume el rol de madre es bastante conflictiva.</p>
6	<p>Como mencioné no he atendido casos de cáncer, sin embargo he vivido situaciones muy cercanas; mi mamá murió de cáncer en 1993, la detección de la enfermedad sucedió dos años antes, en este punto ya estaba avanzado, con metástasis a otros órganos y el cáncer fue de seno (el izquierdo).</p> <p>El cáncer se había desarrollado 3 a 5 años antes.</p> <p>Hilándolo psicológicamente hablando, hubo un periodo donde mi hermano, que era el hijo preferido, se implicó más en su propia familia, se iba al oriente, pasaba con sus hijas. También el 1990 yo terminé la universidad y me independicé económicamente de la familia, y yo sospecho que ella pudo haber sentido que ella perdió el rol de madre, así que pudo estar asociado con esto. Durante la infancia y la adolescencia de mi hermano ella fue madre.</p> <p>Ella y el padre de mi hermano terminaron, quedándose ella sola a cargo del niño; ella era enfermera pero siempre se dedicó a cuidar de él y a estar pendiente de él. Yo pienso que el rol de madre era importante para ella. Ella sufrió muchísimo cuando mi hermano se casó, debe haber sentido que perdió un hijo y fue doloroso para ella.</p> <p>También me parece interesante porque en el 91 me enteré de que había la posibilidad de obtener una beca para ir al extranjero y esto debe haber tenido un impacto sobre mi mamá.</p>

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.

También se hizo uso de una tabla para facilitar la comprensión de las opiniones de cada terapeuta.

Tabla N° 11: Resumen de la opinión sobre la relación entre la vivencia traumática y el diagnóstico de cáncer

Terapeuta	Pregunta 5: ¿Cuál es la relación que usted ha visto entre el diagnóstico de cáncer y lo que le estaba pasando a la persona, en el momento previo al mismo?
1	<p>En esta paciente el cáncer se desarrolla después porque va acumulándose un estrés crónico que no se logra superar hasta que el organismo se quiebra. No hubo un desencadenante específico sino toda la situación pasada. Los desencadenantes pueden ser varios como el divorcio, pérdidas de seres queridos o materiales, también maltrato continuo en las relaciones de pareja, relaciones perversas donde hay un maltrato psicológico y físico. El cuerpo es como un espejo del alma, refleja lo que está sucediendo interiormente en la persona, y hay que tomar en cuenta que hay estímulos que son agudos para unos pero para otros no, cada persona reacciona diferente aunque la vivencia sea la misma.</p>
2	<p>El cáncer puede ser una somatización del dolor; así como las células se generan descontroladamente, asimismo el dolor se genera descontroladamente, entonces se puede somatizar, ésta es una hipótesis mía. Es como cuando la materia se convierte en energía y la energía en materia, un problema psíquico no resuelto se puede materializar en el organismo. Pero hay que recalcar que la enfermedad aparece sin voluntad de la persona. No se debe culpabilizar a los enfermos de cáncer de su propia enfermedad, eso es una falta de humanidad.</p>
3	<p>Yo atendí a esta persona una vez que el cáncer ya había sido curado y ella se encontraba en los controles para ver si el cáncer había desaparecido o si había un regreso de la enfermedad. El cáncer apareció cuando ella tenía una vida muy agradable con amistades, un buen trabajo e incluso una pareja que la respetaba y admiraba. La enfermedad vino a desestabilizar a la paciente y se engendró una depresión y los elementos más vulnerables de su personalidad se intensificaron (autodestrucción y dependencia emocional). Personalmente y profesionalmente no veo ninguna relación entre el apareamiento del cáncer y la situación en la que ella se encontraba en ese momento. Por el contrario la enfermedad generó un sin fin de situaciones que llevaron a esta paciente prácticamente a la ruina.</p>
4	<p>Yo sí pienso que hay una relación, hay esta cuestión del cuerpo fragmentado que uno imaginariamente tiende a completarlo. Los desórdenes lo que nos permiten es pensar que algo particular dice el órgano, ¿por qué la garganta y no el brazo?, por ejemplo. El síntoma tiene varios caminos, los avatares del síntoma no son una elección aislada, siempre hay una construcción alrededor del síntoma, alrededor del órgano</p>
5	<p>No sé si existe relación, pero sí la situación actual hace que la enfermedad detone nuevamente, cuando la hija regresa y trae toda su problemática psicosocial se detona nuevamente. Esta hija siempre fue disonante con el resto de miembros de la familia, es la única que no estudia, por ejemplo. Ahora que lo pienso, la enfermedad aparece cuando la hija migra, sin embargo no sé si hay relación o no. El esposo también tiene una intervención en la próstata porque se desarrolla un quiste, a partir de que la hija vuelve. A mí me preocupaba mucho que el señor se muera, porque ellos veían el problema de los hijos como que no tiene solución, y sí es complicado porque ya trataron de quitarles a los hijos pero no han podido porque ya son bastante mayores y la situación es bastante compleja. La familia cree que esta chica no es hija del marido, yo creo que tiene trastorno bipolar y lo que sí tiene es adicción a sustancias, tiene negligencia patológica no asociada a desconocimiento, y puede haber probabilidad de que esté asociada con un conflicto con la figura paterna. Podría ser una tesis interesante que haya una relación de ese tipo. Cuando la chica se fue la familia mejoró, estudiaron, salieron adelante y cuando regresa detona la familia, regresan más miembros, es conflictiva y más con la hermana que asume el rol de madre, menos con el papá.</p>
6	<p>Yo creo que el diagnóstico de cáncer tuvo relación con la pérdida del rol de madre que sufrió mi mamá, yo la vi sufrir después del matrimonio de mi hermano, ella ayudaba a preparar la ceremonia pero yo sentía una tristeza interna de ella que nunca habló y nunca dijo, al mismo tiempo que yo me independizaba y obtuve la beca, lo cual debe haber sido muy doloroso para ella.</p>

Fuente: Elaborado por la autora en base a entrevistas realizadas en Agosto del 2015.