

“PARALELISMOS ENTRE LOS MACROMECHANISMOS DE AUTOINMUNIDAD EN LAS ESFERAS BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA”¹

Prof. Lic. Nora Alejandra Guinsburg

Para iniciar mi ponencia quiero agradecer a mis queridos amigos Marina Varas y Antonio Martínez la oportunidad que nos dan a todos nosotros de compartir estos intercambios, sabiendo del inmenso esfuerzo que significa organizar un congreso de estas características.

Sabemos que una teoría es válida cuando se la aplica y resulta eficiente, tal como ocurrió con el modelo de átomo propuesto por Rutherford, que fue demostrado por métodos experimentales muchos años después. En este tiempo que nos toca vivir, saturado de ideas innovadoras –algunas de ellas mal llamadas teorías- que se contraponen entre sí y donde el uso indiscriminado de la llamada post-verdad reemplaza a la realidad, pienso que la investigación es una tarea necesaria para el anclaje a lo real. Y este anclaje nos puede salvar de reducir nuestro modelo de trabajo a un sistema de creencias, a una mera cuestión de fe, con todo lo que ello implica. La tarea de investigar significa darle un lugar a nuevos interrogantes, e incluso preguntarnos lo que creemos que sabemos, y buscar creativamente los caminos para encontrar nuevas respuestas que amplíen nuestra comprensión de un fenómeno. Obviamente esto contribuye a la clínica que realizamos a diario en el consultorio.

Cuando decidí realizar esta investigación varios de mis pacientes tenían alguna enfermedad autoinmune. Mi formación y experiencia de algo más de treinta años como terapeuta gestáltica y en el Enfoque Holístico de la Salud y la Enfermedad desarrollado por la Dra. Adriana Schnake – Nana- (a quién le agradezco cariñosa y profundamente gran parte de lo que sé y lo que hago) me orientaban la clínica cotidiana.



Desde hacía bastante tiempo me llamaba la atención que los pacientes con alguna enfermedad autoinmune, hacían cambios mucho más profundos y significativos en muy diversas áreas de sus vidas, a diferencia de los que tenían otro tipo de enfermedades que cambiaban por lo general uno o a lo sumo dos aspectos. Estos cambios se acompañaban de disminución de síntomas físicos y también los resultados de sus análisis se aproximaban paulatinamente a los valores normales. Coincidentemente, justo cuando buscaba respuestas a esta observación clínica en toda publicación y libro que estuviera a mi alcance, se comunicó conmigo el médico tratante de una de mis pacientes. Quería derivarme a otra paciente suya. Y

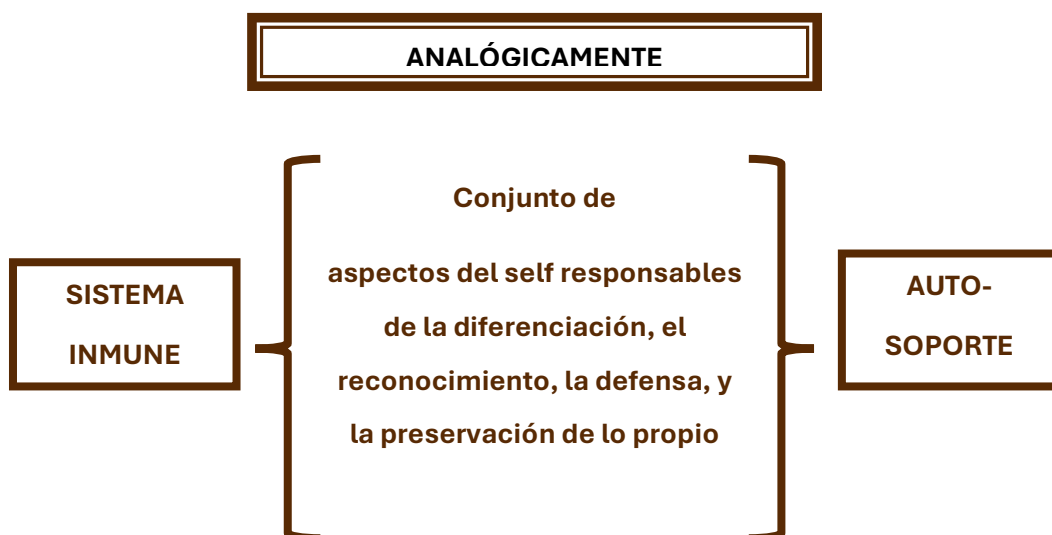
¹ Ponencia presentada en el IV Congreso Internacional de Investigación en Terapia Gestalt, Santiago de Chile 2019

en medio de la conversación, con tono amigable me dijo: uno de estos días nos tendremos que juntar para que me cuentes cuál es el secreto de tu magia. Mientras intentaba aclararle que no se trataba de magia y que la mejoría no dependía sólo de mis saberes y habilidades, tuve la clara convicción que necesitaba investigar sobre este tema. ¿Qué factores posibilitaban estos cambios tan contundentes, tanto de sus actitudes y conductas como de sus marcadores de autoinmunidad y sus síntomas? ¿Qué características de estos pacientes hacían posibles semejantes cambios?

El primer paso fue definir las variables que pretendía medir. En términos generales se define a la autoinmunidad como un mecanismo fisiopatológico presente en un conjunto de enfermedades, en las cuales el sistema inmune desconoce y agrede partes y procesos del propio organismo.

El sistema inmune es un conjunto de órganos y funciones responsables de la diferenciación, el reconocimiento, la defensa, y la preservación de lo propio

En términos analógicos, el auto-soporte es el conjunto de aspectos del self responsables de la diferenciación, el reconocimiento, la defensa, y la preservación de lo propio. El sistema inmune de cada persona es único, propio, irrepetible. Adriana Schnake (Nana) dice que el sistema inmune sano se parece a una madre lo suficientemente buena, en términos de lo que expresa Winnicott. Resulta muy interesante aclarar este concepto. Para Winnicott una madre suficientemente buena no es una madre ideal ni perfecta. Es aquella que puede reconocer las necesidades reales de su hijo, aún en los primeros tiempos de vida. Y cuando las satisface va construyendo en el niño la capacidad de confiar en lo que percibe y siente. Tal como lo expresa Laura Perls en su tesis, esa confianza es la base sobre la que se construye el pasaje del soporte ambiental al auto-soporte. Lo contrario sería una madre que se guía según sus propias expectativas, necesidades y fantasías, o con criterios excesivamente rígidos. Dice Kurt Goldstein en su libro "The Organism" "la satisfacción de necesidades, en cualquier nivel, proporciona el darse cuenta directo de otras necesidades o metas que significan realizaciones más elevadas", por lo cual es habilitante para el desarrollo del auto-soporte.



Buscando instrumentos que midan el desarrollo del potencial de auto-soporte encontré el P.O.I., Personal Orientation Inventory (Inventario de Orientación Personal), desarrollado por Everett Shostrom. Shostrom fue discípulo de Maslow y los constructos teóricos de las variables que mide el POI son compatibles con los ejes conceptuales de la Terapia Gestalt. De hecho, según afirma Celedonio Castanedo en una publicación de la Revista Psicología Contemporánea publicada en México en 1998 que tituló “La investigación en Terapia Gestalt: 26 años de Tesis Doctorales”, el POI fue el instrumento más utilizado en tesis doctorales en gestalt entre 1971 y 1996. Por su conocimiento y experiencia sobre este instrumento, contacté a Celedonio por mail para consultarle si lo consideraba apropiado para mi propósito. Quiero resaltar mi gratitud al Dr. Celedonio Castanedo, aunque ya no está entre nosotros, que generosa y desinteresadamente me facilitó mucho material impreso. Guardo un hermoso recuerdo de su calidez, respeto, y generosidad intelectual en nuestros intercambios.

Acudí a aquel médico que mencioné que me llamó, el Dr. Juan José Scali, que había sido hace unos años presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología, y en ese momento era el jefe del servicio de esa especialidad en el Hospital Durand, hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Luego de una serie de encuentros, avaló la presentación de mi proyecto de investigación para concretarlo en ese hospital público. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Docencia del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y por la Comisión de Salud Mental del Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, ambos reconocimientos necesarios para tener acceso a los pacientes del mencionado hospital sin ser del equipo del mismo. Esto me facilitaría tener acceso a una cantidad considerable de pacientes con enfermedad autoinmune médicamente diagnosticada, y también a un grupo control de personas potencialmente sanas.

SOBRE EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis:

Existe un isomorfismo estructural y funcional entre los macro-mecanismos de autoinmunidad en las dimensiones biológica y psicológica en adultos de mediana edad con enfermedad autoinmune médicamente diagnosticada.

Para verificar la hipótesis, me propuse los siguientes

Objetivos generales:

- Caracterizar el perfil de desarrollo del potencial de auto-soporte en adultos de mediana con y sin enfermedad autoinmune
- Identificar paralelismos entre los macro-mecanismos de autoinmunidad en las dimensiones biológica y psicológica.

El **Diseño** de esta investigación es

- Descriptivo
- Transversal
- Y principalmente Cuantitativo, y cualitativo para el 2do objetivo.

Muestra:

El Grupo identificado **CEA (Con Enfermedad Autoinmune)** está formado por 50 sujetos entre 30 y 45 años con historia clínica en el servicio de reumatología.

Y el Grupo control **SEA (Sin Enfermedad Autoinmune)** son 50 sujetos entre 30 y 45 años potencialmente sanos, que asisten para donar sangre en ese mismo hospital luego de ser evaluados.

SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El P.O.I. es un cuestionario autoadministrable que consta de 150 pares de afirmaciones, con dos alternativas excluyentes para cada par, en las que cada sujeto debe marcar cuál de las dos concuerda más con su modo de ser, actuar y sentir. El tiempo esperable para completarlo es entre 20 y 50 minutos. Debido a que los pacientes deben esperar a ser atendidos un tiempo considerable, resultaba muy factible de implementar en el hospital

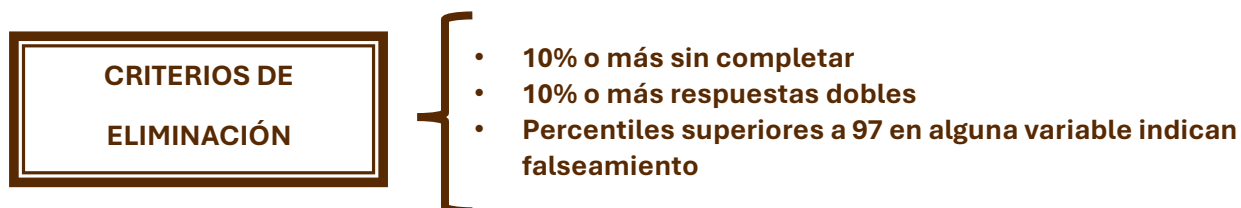
Las respuestas se codifican en 2 escalas generales o principales y 10 subescalas o escalas secundarias.

Las dos escalas generales o principales son Adecuación Temporal para vivir en el aquí y ahora, y Autosuporte basado en la propia percepción de sí. Cada respuesta asigna 1 o ningún punto en comparación a la Tabla de Respuestas Esperables del manual del instrumento.

Para un estudio de mayor especificidad, se miden 10 sub-escalas que se clasifican en 5 áreas, siendo 2 de ellas complementarias entre sí por cada área. Y cada respuesta asigna también 1 o ningún punto a una o más sub-escalas según la Tabla de respuestas esperables del manual del instrumento. Sobre la significación de las sub-escalas voy a profundizar en el análisis de los datos obtenidos, para no reiterar.

SOBRE EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Resulta interesante considerar los casos en que se aplicaron los criterios de eliminación. De un total de 100 sujetos de la muestra total, 3 del grupo SEA abandonaron la prueba antes de completarla, 1 del grupo CEA tuvo más de un 10% de respuestas dobles, lo cual indica indefinición, dudas e inseguridad. Y los 4 casos de percentil superior a 97 del grupo CEA todos obtuvieron esos percentiles en la misma sub-escala Auto-concepto. Según lo indica Everett Shostrom, las escalas y subescalas cuyos percentiles oscilan entre 97 y 100 indican falseamiento o simulación de la información aportada, como un intento conciente o inconsciente de encubrir una deficiencia de esa condición.

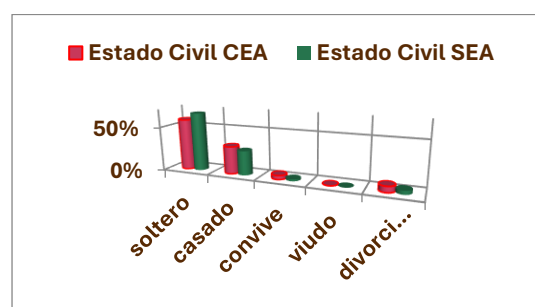


GRUPO	INCLUSIÓN	ELIMINACIÓN			TOTALES
		SIN COMPL.	DOBLES	PERCEN.97	
CEA	45	-	1	4	50
SEA	47	3	-	-	50
TOTALES	92	3	1	4	100

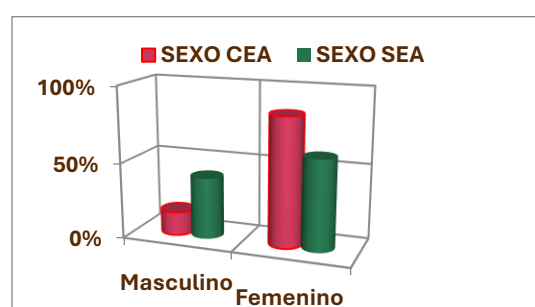
ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOCIODEMOGRÁFICO

Al pautar el mismo grupo etario para ambos grupos, el identificado CEA y el control SEA, se buscó equiparlos para que la comparación resulte consistente. Shostrom aclara en el manual del POI que no se encontraron diferencias significativas relacionadas con sexo, nivel cultural ni con nivel socioeconómico. Igualmente se realizó el análisis sociodemográfico de la muestra con propósitos descriptivos. Algunos de ellos se tendrán en cuenta en las conclusiones.

Predominan los solteros en ambos grupos. En cuanto al sexo, en el grupo control SEA predominan los hombres mientras que en el grupo identificado CEA predominan las mujeres. Esto coincide con lo que dicen los manuales médicos respecto de las enfermedades autoinmunes, que se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

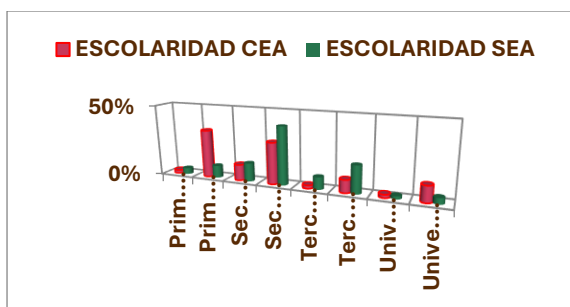


ESTADO CIVIL	CEA	SEA
soltero	57,8%	66,0%
casado	31,1%	27,7%
convive	4,4%	2,1%
viudo	0,0%	0,0%
divorciado	6,7%	4,3%

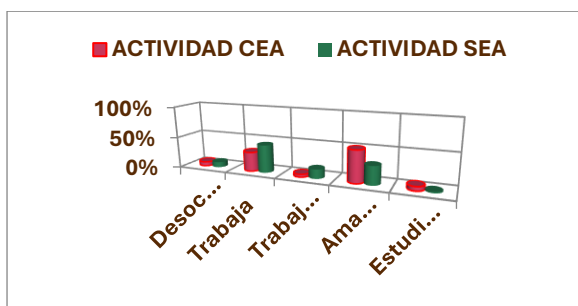


SEXO	CEA	SEA
Masculino	15,6%	40,4%
Femenino	84,4%	59,6%

En cuanto al nivel sociocultural y económico se observa que en escolaridad alcanzada, en el grupo CEA predomina el nivel primario y el nivel universitario supera a los del grupo SEA. Si bien en nuestro país la mayoría de los profesionales universitarios tienen sistema de seguro médico privado y no suelen asistir a hospitales públicos, el prestigio de este servicio de reumatología hace que aún teniendo otras opciones elijan atenderse allí. En el grupo SEA predominan los que tienen estudios secundarios. En relación a la actividad que realizan, en el grupo CEA predominan las amas de casa, mientras que en el grupo control predominan los que trabajan.



ESCOLARIDAD	CEA	SEA
Prim. Incomp	2,2%	4,3%
Prim. Comp	33,3%	8,5%
Sec. Incom.	11,1%	12,8%
Sec. Comp	28,9%	40,4%
Terc. Incomp.	2,2%	8,5%
Terc. Comp.	8,9%	19,1%
Univ. Incom.	2,2%	2,1%
Unive. Comp.	11,1%	4,3%



ACTIVIDAD	CEA	SEA
Desocupado	6,7%	8,5%
Trabaja	31,1%	44,7%
Trabaja s/estudios	4,4%	14,9%
Ama de casa	51,1%	29,8%
Estudiante	6,7%	2,1%

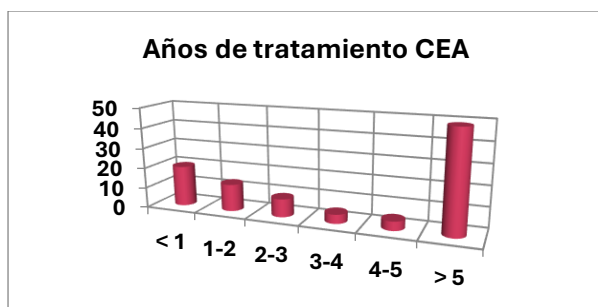
DEL GRUPO IDENTIFICADO CEA

También con propósitos descriptivos se consideraron algunos datos que retomaré en las conclusiones, y que aportaron los médicos tratantes del servicio de reumatología de cada sujeto del grupo CEA.

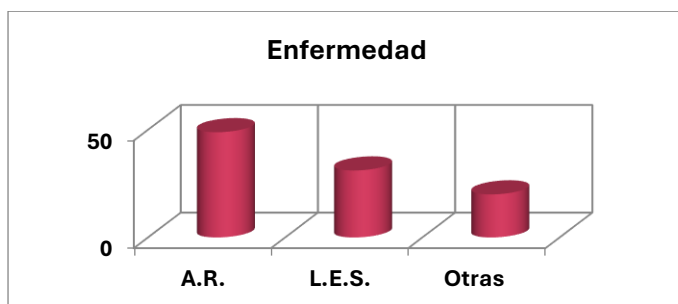
Resulta interesante tener en cuenta que la mayoría de los sujetos del grupo CEA llevan 5 años o más de tratamiento, es decir que están en la categoría que los médicos denominan “crónicos con buena adherencia al tratamiento”.

También resulta interesante considerar que en Argentina la especialidad en reumatología, que en sus inicios trataba sólo artritis reumatoidea y otras autoinmunes que afectan a las articulaciones, desde hace ya bastante tiempo se dedica a todas las enfermedades autoinmunes. Sin embargo hay cierta superposición de incumbencias, y es bastante habitual que los pacientes acudan al especialista en el órgano afectado y sólo algunos de esos especialistas los deriven a reumatología. Así es que las personas con psoriasis acuden habitualmente a los dermatólogos, las que sufren de enfermedad celíaca a los gastroenterólogos, etc.

En esta muestra CEA en su mayoría sufren de artritis reumatoidea, le siguen los que tienen lupus eritematoso sistémico, y en menor proporción otras enfermedades autoinmunes. Estas proporciones sociodemográficas son muy semejantes a las de las estadísticas de la población de pacientes del servicio, por lo cual los 50 sujetos evaluados constituyen una muestra representativa, además de ser un número de casos interesantes para considerar.



AÑOS DE TRATAMIENTO	
< 1	20,0
1-2	13,3
2-3	8,9
3-4	4,4
4-5	4,4
> 5	48,9



Enfermedad	Porcentaje
A.R.	48,9
L.E.S.	31,1
Otras	20,0

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el propósito de definir un perfil de cada grupo a partir de comparar entre sí las escalas y entre sí las sub-escalas, se convirtieron los puntajes brutos en porcentajes. También se realizaron los cálculos estadísticos que permiten determinar si existen o no diferencias significativas entre ambos grupos. Para un intervalo de confianza del 95%, se consideró una P menor de 0,05

Además de las diferencias entre ambos grupos, resulta indispensable para el análisis de los datos considerar los rangos para categorizar los puntajes porcentuales clasificados en una serie de 6 rangos.

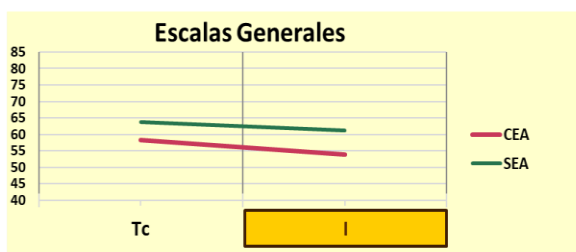
- 90 a 100 falseamiento o simulación
- 75 a 90 alto
- 60 a 75 normal adecuado
- 45 a 60 normal bajo
- 30 a 45 muy bajo
- 0 a 30 inhibido

De las escalas generales

Como se observa en la tabla, no hay diferencias significativas en **Adecuación Temporal**. Esta variable mide la capacidad de vivir en el aquí y ahora, integrando el pasado y proyectándose al futuro. Podemos ver en la media de la tabla y en el gráfico que el grupo CEA se encuentra casi en el techo del rango normal bajo mientras que el grupo SEA se encuentra casi en el piso del rango normal adecuado.

En cambio vemos que en la escala **Auto-soporte** sí hay una diferencia significativa, donde el grupo CEA está en el medio del rango normal bajo y el grupo SEA en el rango normal adecuado. Esta escala mide la capacidad de pensar, actuar, sentir y tomar decisiones según los propios criterios basados en la experiencia vivida. Valores bajos en esta escala indican que se trata de personas que dependen de los criterios, valoraciones y expectativas de otros. En mi experiencia clínica pude observar que las personas CEA suelen expresar como propios introyectos, con un tono emocional característico, es como si dijeran “mirá que buena y obediente que soy”.

ESCALA GENERAL	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Competencia Temporal (Tc)	CEA	45	58,22	11,39	1,70	54,80	61,64	0,061
	SEA	47	63,72	15,90	2,32	59,06	68,39	
	Total	92	61,03	14,07	1,47	58,12	63,95	
Auto-soporte (I)	CEA	45	53,95	9,49	1,42	51,10	56,81	0,000
	SEA	47	61,12	8,92	1,30	58,50	63,74	
	Total	92	57,61	9,84	1,03	55,58	59,65	



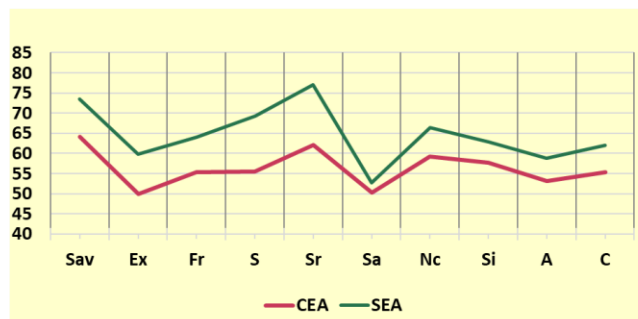
De las sub-escalas

Las 10 sub-escalas, como ya lo comenté antes, se clasifican de a pares en 5 áreas.

En las dos sub-escalas del **área de los valores** se observan diferencias estadísticamente significativas.

Valores de autorrealización indica que se trata de personas que incorporaron los valores que rigen un funcionamiento adecuado en sociedad y que son necesarios para el desarrollo del propio potencial. Si bien hay diferencia significativa entre los dos grupos de la muestra, ambos están dentro del rango normal adecuado y la media del grupo CEA es inferior al grupo SEA y. En cambio, en la sub-escala **Existencialidad**, que refleja la flexibilidad de esos valores para un funcionamiento adecuado, se puede observar que la media del grupo CEA se encuentran en medio del rango normal bajo, mientras que la media del grupo SEA está en el techo de este mismo rango muy próximo al normal adecuado.

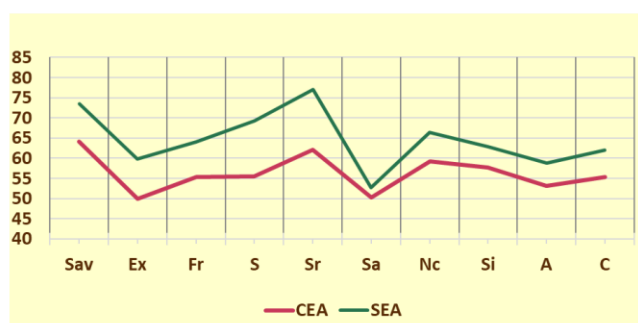
ÁREA DE LOS VALORES								
Sub-escalas	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Valores de autorrealización (Sav)	CEA	45	64,19	15,18	2,26	59,63	68,75	0,002
	SEA	47	73,49	12,30	1,79	69,87	77,10	
	Total	92	68,94	14,48	1,51	65,94	71,94	
Existencialidad (Ex)	CEA	45	49,99	14,13	2,11	45,75	54,24	0,001
	SEA	47	59,91	13,75	2,01	55,87	63,94	
	Total	92	55,06	14,73	1,54	52,01	58,11	



También en el **área de las emociones** hay diferencias significativas entre ambos grupos de la muestra en las dos sub-escalas.

Reacción emotiva mide la capacidad de las personas para tomar contacto con sus propias emociones y necesidades. Nuevamente podemos ver que la media del grupo CEA está en el rango normal bajo, mientras que la del grupo SEA está en el normal adecuado. Lo mismo ocurre con la sub-escala **espontaneidad**, que se refiere a la libertad que sienten las personas para expresar con espontaneidad sus emociones y necesidades.

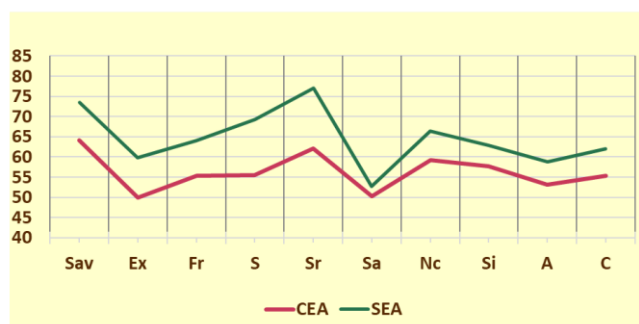
ÁREA DE LAS EMOCIONES								
Sub-escalas	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Reacción emotiva (Fr)	CEA	45	55,36	13,32	1,99	51,36	59,36	0,002
	SEA	47	64,01	13,22	1,93	60,13	67,90	
	Total	92	59,78	13,89	1,45	56,90	62,66	
Espontaneidad (s)	CEA	45	55,56	16,15	2,41	50,70	60,41	0,000
	SEA	47	69,27	13,30	1,94	65,36	73,17	
	Total	92	62,56	16,22	1,69	59,20	65,92	



En el **área de la auto-percepción** sólo en la variable **auto-concepto** hay una diferencia significativa. Sin embargo la media del grupo CEA está en el rango normal adecuado y la del grupo

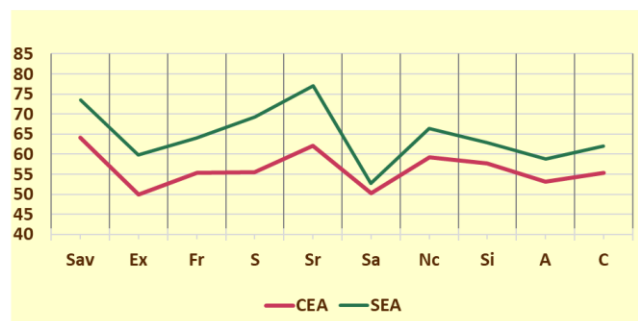
SEA en el rango alto. Recordemos el contexto de recopilación de datos del grupo SEA para darle su verdadero sentido a este dato. La muestra SEA son sujetos que están esperando donar una parte de su sangre para otros, luego de ser evaluados. Es esperable que en esa situación, su autoconcepto sea alto. En cuanto a la sub-escala **auto-aceptación**, la media de ambos grupos es muy semejante y en el rango normal bajo, siendo el grupo CEA algo menor que el grupo SEA. Esta variable mide la capacidad de aceptar las propias debilidades, deficiencias y limitaciones. Al respecto comenta Shostrom que niveles bajos son indicador de un rasgo característico de todas las neurosis, y suele ser el resultado más frecuente en esta escala para personas que no han realizado un proceso terapéutico. Alcanzar valores adecuados requiere de cierto grado de madurez.

ÁREA DE LA AUTO-PERCEPCIÓN								
Sub-escalas	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Auto-concepto (Sr)	CEA	45	62,08	21,54	3,21	55,61	68,56	0,000
	SEA	47	76,99	14,16	2,07	72,84	81,15	
	Total	92	69,70	19,54	2,04	65,65	73,75	
Auto-aceptación (Sa)	CEA	45	50,26	13,38	2,00	46,24	54,28	0,386
	SEA	47	52,78	14,36	2,09	48,57	57,00	
	Total	92	51,55	13,87	1,45	48,67	54,42	



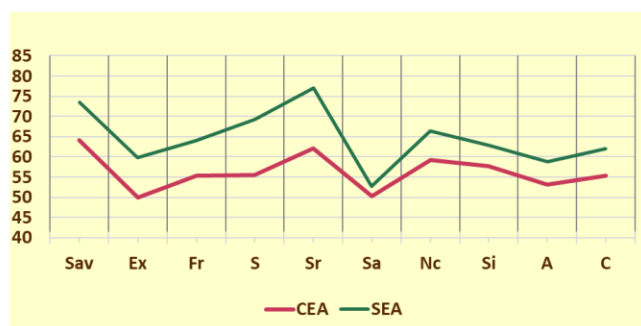
En el **área de la percepción de los otros** sólo la variable **Naturaleza constructiva**, que mide la tendencia a confiar que los otros son potencialmente buenas personas, muestra una diferencia significativa. Se observa al grupo SEA en el rango normal adecuado, y al grupo CEA casi en el techo del rango inferior normal bajo. Algo semejante ocurre con la sub-escala **Sinergia** que mide la capacidad de percibir los opuestos como complementarios y necesarios entre sí. La tendencia a la dependencia ya mencionada hace que las personas CEA tiendan a ser condescendientes y excepcionalmente sean capaces de plantear sus diferencias con otros como opuestos antagónicos.

ÁREA DE LA PERCEPCIÓN DE LOS OTROS								
Sub-escalas	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Naturaleza constructiva (Nc)	CEA	45	59,31	15,40	2,30	54,68	63,93	0,014
	SEA	47	66,36	11,48	1,67	62,99	69,73	
	Total	92	62,91	13,92	1,45	60,02	65,79	
Sinergia (Si)	CEA	45	57,78	14,91	2,22	53,30	62,26	0,116
	SEA	47	62,88	15,93	2,32	58,21	67,56	
	Total	92	60,39	15,57	1,62	57,16	63,61	



Y en la última de las áreas a analizar, el **área de la sensibilidad**, en ambas subescalas hay diferencias significativas. **Aceptación de la agresión** mide la capacidad para aceptar la propia agresión como parte natural y necesaria de la vida. El grupo CEA está en el rango normal bajo y el grupo SEA casi en el techo del mismo rango. Y por último, en **Capacidad de contacto íntimo** que mide la capacidad de establecer relaciones significativas con otras personas, observamos que el grupo CEA está en el rango normal bajo mientras que el grupo SEA está en el rango normal adecuado.

ÁREA DE LA SENSIBILIDAD								
Sub-escalas	Grupos	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
						Límite inferior	Límite superior	
Aceptación de la agresión (A)	CEA	45	53,16	11,40	1,70	49,73	56,58	0,015
	SEA	47	58,81	10,35	1,51	55,77	61,85	
	Total	92	56,04	11,18	1,17	53,73	58,36	
Capacidad de contacto íntimo (C)	CEA	45	55,40	14,66	2,19	50,99	59,80	0,029
	SEA	47	62,01	13,90	2,03	57,92	66,09	
	Total	92	58,77	14,58	1,52	55,75	61,79	

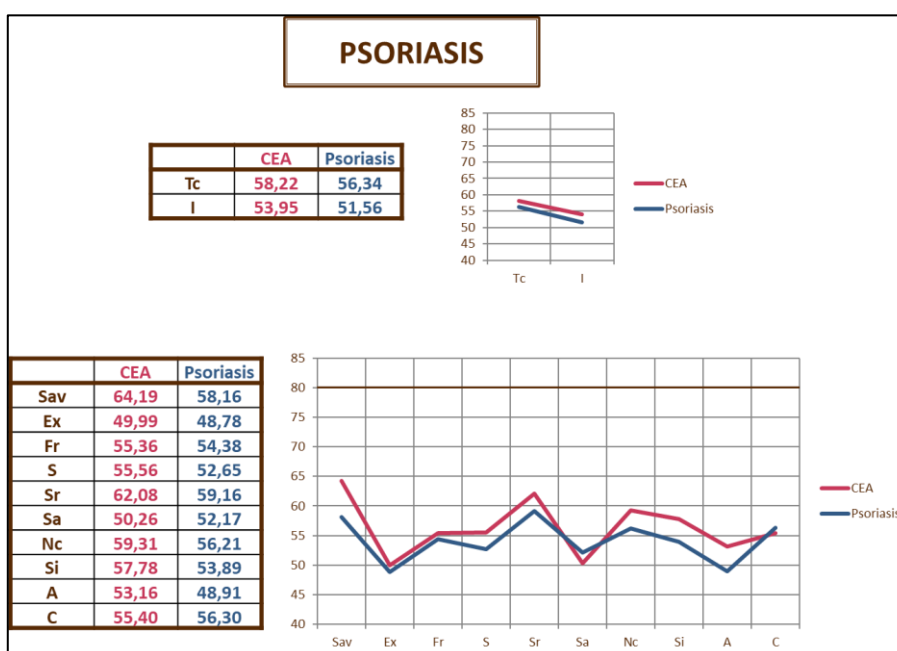
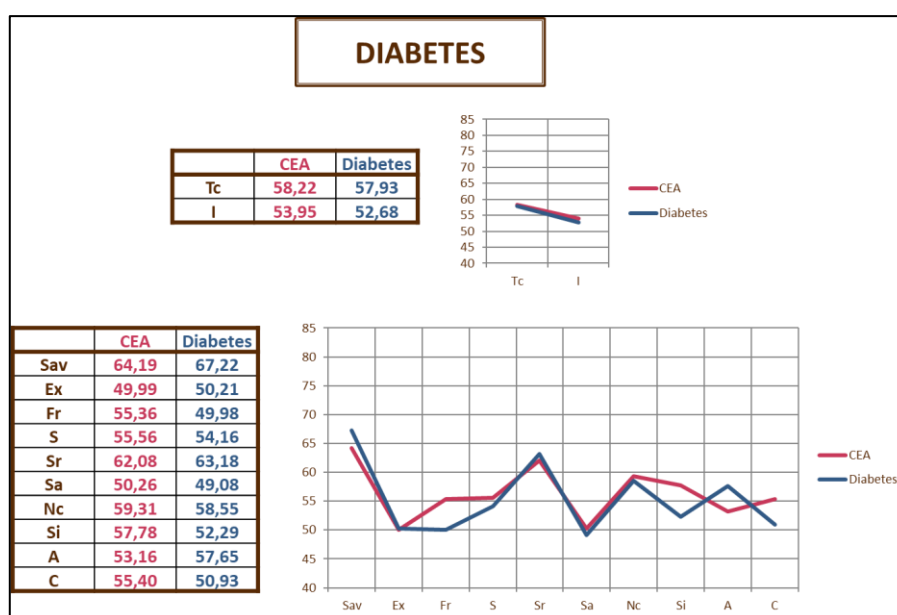


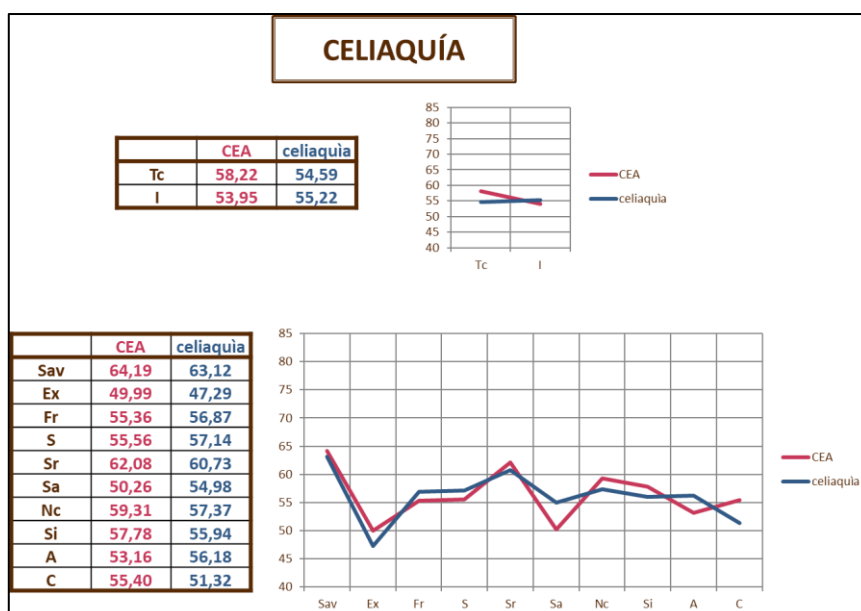
CONCLUSIONES

Tal como lo expresé en el diseño de esta investigación, para verificar la hipótesis me propuse dos objetivos generales.

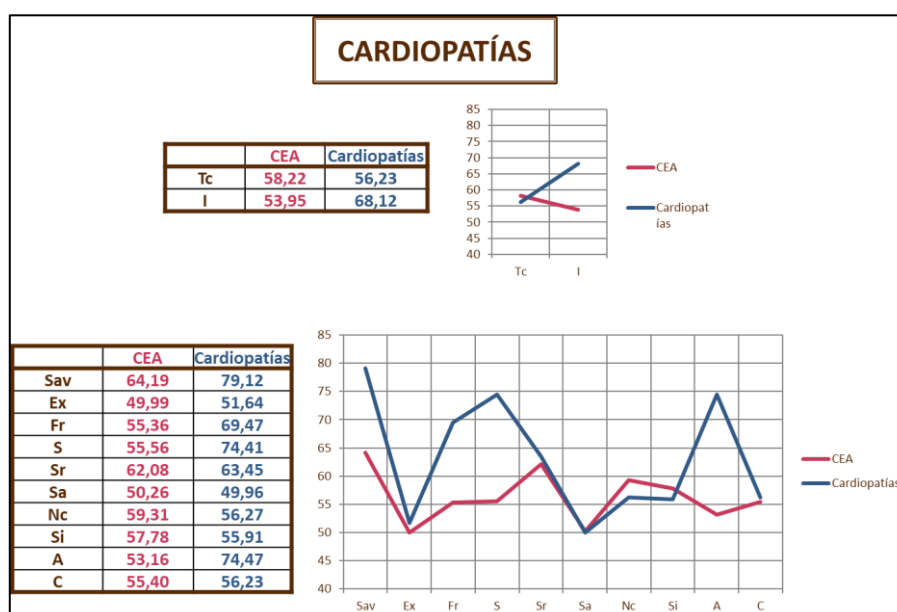
Sobre el primer objetivo, **Caracterizar el perfil de desarrollo del potencial de auto-soporte en adultos de mediana con y sin enfermedad autoinmune**

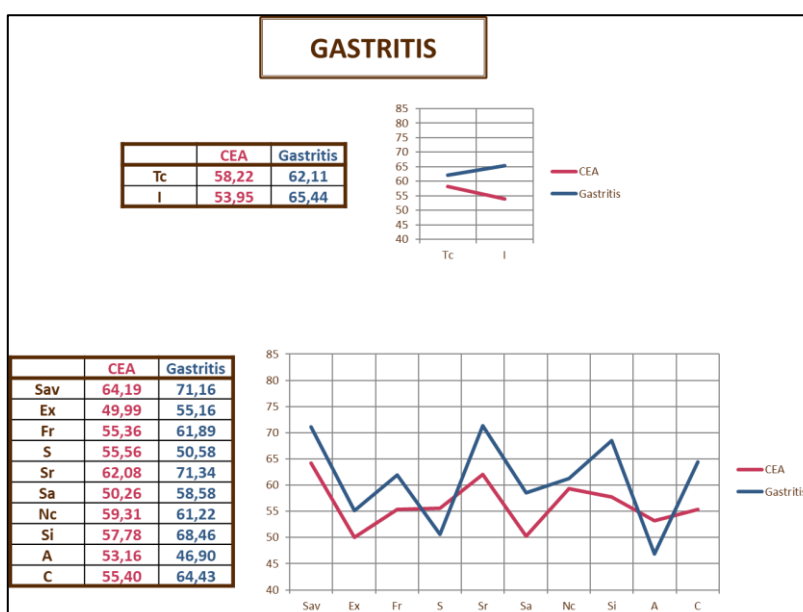
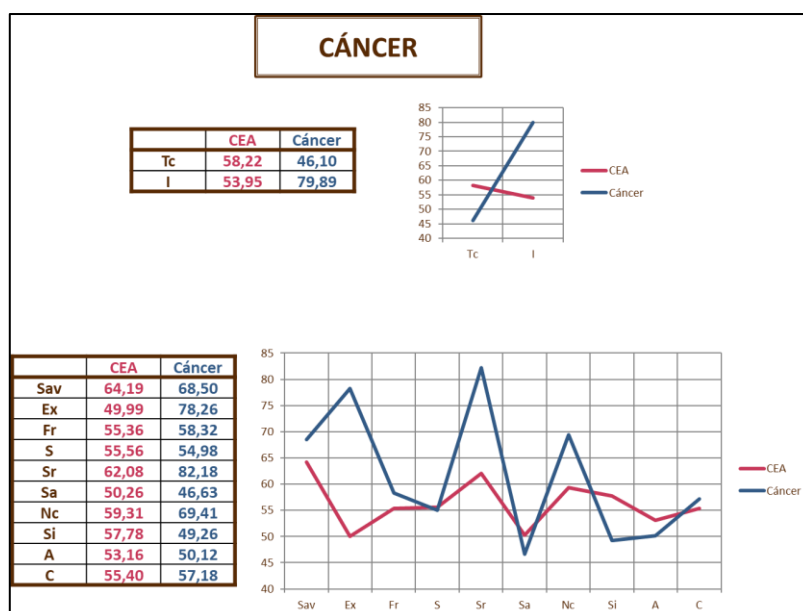
Como mencioné en el análisis sociodemográfico, en los sujetos de la muestra CEA predominan la artritis reumatoidea y el lupus. En ambas enfermedades lo que está principalmente afectado es lo que une y al mismo tiempo define la distancia óptima entre otras dos partes (articulaciones en la artritis y fibras de colágeno en el lupus). Surge la pregunta de si los datos obtenidos se corresponden a estas dos enfermedades o también se presentan en otras enfermedades autoinmunes. Por eso se realizó un ensayo preliminar con 5 casos de cada una de otras 3 enfermedades autoinmunes, en donde se puede ver en los gráficos cierta semejanza. Se observa el mismo rango principal de las medias de ambos, y curvas bastante parecidas.





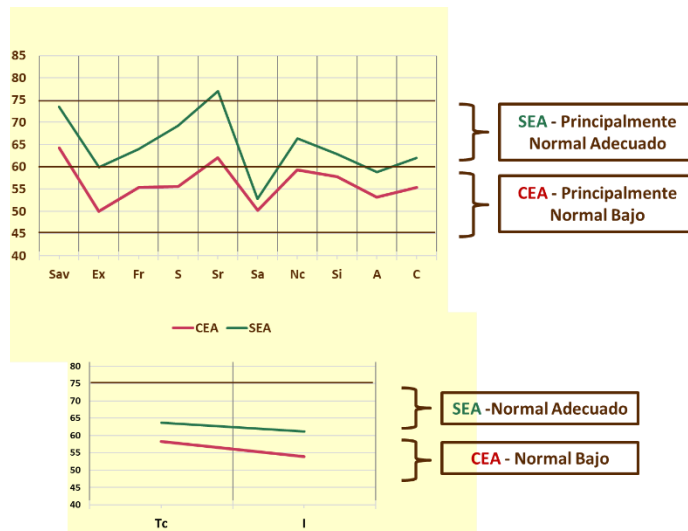
Dice Fritz Perls en “Dentro y fuera del tarro de la basura”: Es obvio que la enfermedad, que es una forma de vida distorsionada, desaparece con la curación o con la muerte. Y también es claro que una enfermedad, especialmente si se acompaña de dolor o limitaciones físicas, cobrará la importancia de una figura crónica sin ningún deseo de retroceder al fondo y menos aún de ser asimilada y desaparecer permanentemente del primer plano”. Entonces, ¿podría ser que los resultados obtenidos en la muestra correspondan al sólo hecho de estar enfermo, y no sean exclusivos de las enfermedades autoinmunes? Por eso, también se realizó otro ensayo preliminar con 5 sujetos de cada una de 3 enfermedades que no tuvieran mecanismo autoinmune. Y lo que se puede observar claramente al comparar las gráficas de las medias, es que en estas últimas se destacan rasgos o aspectos que se ven como picos de la gráfica, mientras que en la curva de enfermedades autoinmunes, si se la compara, se observa cierto aplanamiento.





En síntesis, respecto del primer objetivo, podemos observar que existe un perfil típico de las personas CEA que tiene las siguientes características diferentes a las del perfil SEA:

- El diseño de la curva CEA se asemeja al de las personas SEA, que se suponen típicamente neuróticos comunes, sólo que se encuentra en un rango inferior, casi todas las variables están en el rango normal bajo.
- A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades en las que se observan uno o más rasgos exacerbados en más o en menos, en las personas CEA hay un cierto aplanamiento de la curva.
- Se observa en las personas CEA un nivel bajo de desarrollo de su potencial en casi todas las áreas, y esto se relaciona íntimamente con un considerable grado de dependencia de los criterios, valoraciones, y expectativas de otros.



Sobre el 2º objetivo: **Identificar paralelismos entre los macro-mecanismos de autoinmunidad en las dimensiones biológica y psicológica.**

El Sistema inmune tiene diferentes componentes y funciones para la defensa del propio organismo, que describo muy sintéticamente. La piel, las mucosas y las secreciones, forman una barrera física que separa y aísla al propio cuerpo de microorganismos. Los órganos linfoides primarios, son los órganos donde nacen y maduran los glóbulos blancos. Y los órganos linfoides secundarios, es donde se capacitan ya sea para destruir los microorganismos que pudieran ingresar, o para fabricar anticuerpos a partir de la propia experiencia, o para activar una cascada de proteínas formando el sistema del complemento que es innato.

SISTEMA INMUNE

FUNCIÓN DE BARRERA FÍSICA	ÓRGANOS LINFÓIDES	CÉLULAS	MOLÉCULAS
Piel	<u>Primarios</u> Médula Ósea Timo	Glóbulos blancos	Anticuerpos
Mucosas	<u>Secundarios</u> Adenoides Amígdalas Placas de Peyer Ganglios Linfáticos Bazo		Sistema del Complemento
Secreciones			

De hecho, hay diferentes tipos de glóbulos blancos que realizan diferentes tipos de respuesta inmune. Dentro de los de la inmunidad innata, además de los que nos defienden de microorganismos, están las células Natural Killer que son capaces de identificar y destruir células propias aberrantes o neoplásicas antes que se reproduzcan y formen un tumor maligno. Los linfocitos B y los linfocitos T, son los que desarrollan recursos propios a partir de la propia

experiencia, y los macrófagos (en el interior del cuerpo) y las células dendríticas (más próximas a la periferia) combinan ambos tipos de respuesta inmune.

GLÓBULOS BLANCOS

TIPO DE RESPUESTA INMUNE	CÉLULAS BLANCAS
Innata	Neutrófilos Monocitos Mastocitos Basófilos Eosinófilos Células NK
Ambas	Células dendríticas Macrófagos
Adquirida	Linfocitos B Linfocitos T

Ya con estos datos podemos mencionar algunos Paralelismos en los tipos de respuesta inmune. La innata es lo heredado, lo que traemos al nacer y los primeros aprendizajes introyectados. La adquirida es lo que vamos construyendo a partir de nuestra propia experiencia vivida. Y también contamos con una combinación de ambas.

Las células que participan de los mecanismos de autoinmunidad son los linfocitos B y los linfocitos T, que son los de la inmunidad adquirida. Estableciendo un paralelismo podemos decir que lo que está distorsionado en las personas CEA es el sistema de reconocimiento y defensa del self que se construye a partir de la experiencia vivida, y la capacidad de desarrollar recursos propios para enfrentar las situaciones de la vida. Del mismo modo que el sistema inmune se hace inmunocompetente, la persona competente en la vida no es la que tuvo una vida ideal y sin conflictos, sino la que descubrió su potencial y desarrolló recursos ante situaciones adversas.

PARALELISMOS DE TIPOS DE RESPUESTA INMUNE

Innata	Lo heredado
Ambas	Combinación de ambas
Adquirida	Lo aprendido a partir de la Experiencia Vivida

Existen dos macro-mecanismos de autoinmunidad. El que es característico de la autoinmunidad sistémica, donde hay una anomalía primaria de los linfocitos que se expresa como anomalía en la tolerancia a lo propio. Y el que es característico de la autoinmunidad de órgano en donde hay una falla de tolerancia central de los linfocitos que se expresa cuando linfocitos inmaduros fallan en la selección y reconocimiento de antígenos y se vuelven auto-reactivos. Estableciendo un paralelismo, en la autoinmunidad sistémica hay una anomalía generalizada de INTOLERANCIA A LO PROPIO. Y en la autoinmunidad de órgano que es la más frecuente, se observa que rasgos inmaduros expresan una falla tan profunda y radical en la aceptación de aspectos de sí mismo, que la persona se vuelve AUTO-REACTIVA,

AUTOINMUNIDAD MACRO-MECANISMOS		
Anormalidad primaria de LINFOCITOS	Anormalidad de la TOLERANCIA A LO PROPIO	Autoinmunidad Sistémica
Falla de tolerancia central de LINFOCITOS	Linfocitos inmaduros fallan en la selección de antígenos y se vuelven AUTO-REACTIVOS	Autoinmunidad de Órgano

AUTOINMUNIDAD PARALELISMOS DE LOS MACRO-MECANISMOS		
Anormalidad primaria	Anormalidad generalizada de INTOLERANCIA A LO PROPIO	Autoinmunidad Sistémica
Falla de tolerancia	Rasgos inmaduros expresan una falla tan profunda y radical en la aceptación de aspectos de sí mismo, que la persona se vuelve AUTO-REACTIVA	Autoinmunidad de Órgano

Cumplidos los dos objetivos queda demostrado que se verifica la hipótesis. Podemos entonces concluir que en las personas CEA predomina un mecanismo que cuestiona el ser del sujeto, en vez de rechazar o distorsionar un rasgo, expresado en actitudes o acciones

Quiero compartir un párrafo del libro Yo y Tú de Martín Buber, que dice

“En este mundo cada persona representa algo nuevo, algo que nunca ha existido todavía, algo único y original... Cada persona en el mundo, es una cosa nueva y está llamada a realizar su peculiaridad. Y eso es, precisamente, lo que cada persona tiene que defender de sí misma.”

Algunas Reflexiones clínicas

El modelo médico sostiene que las enfermedades autoinmunes son crónicas. Sin embargo resulta necesario aclarar que esa no es una condición de la enfermedad sino de las limitaciones de los avances de la ciencia médica que aún no encontró la cura definitiva y sólo trata los síntomas. Todos sabemos que enfermedades que en un tiempo eran incurables, gracias a los avances de la ciencia hoy se curan. Basta mencionar que antes que se descubriera el uso de la penicilina, una simple faringitis podía ser una enfermedad terminal. Ante la falta de respuesta definitiva para sanarse, es frecuente que las personas con este tipo de enfermedades soliciten apoyo y trabajo psicoterapéutico. Hay enfoques que aceptan la noción de cronicidad, y entonces tratan que sus pacientes acepten las limitaciones condicionadas por la enfermedad. Otros enfoques buscan la causa investigando el pasado. Desde el Enfoque Holístico de la Salud y la Enfermedad desarrollado por Adriana Schnake (Nana), se busca el sentido de la enfermedad, el mensaje existencial. Y al mismo tiempo, al tomar como modelo y maestro al organismo sano, este enfoque aporta un camino a transitar en el tratamiento y en la vida. Podemos ver que, cuando el compromiso del paciente en el trabajo consigo mismo es muy consistente y logra una verdadera trans-formación (esto es ir más allá de la forma dada), es posible que se atenúen e incluso que desaparezcan los síntomas orgánicos. La enfermedad no es un enemigo. Es verdad que altera nuestras vidas. Sin embargo, se parece más a un amigo verdadero. Nos da señales para advertirnos que necesitamos cambiar algo en nosotros mismos. Y cuando comprendemos el mensaje y ese cambio ocurre, es posible que ya no necesitemos esas señales existenciales.

En mi experiencia, cuanto menos definitiva es la respuesta de tratamiento médico posible, mayor es la necesidad y el compromiso de los pacientes en el trabajo psicoterapéutico a partir de su síntoma orgánico. Tal es el caso de los pacientes CEA.

Cuando la persona descubre que dentro de sí hay un sistema que lo acepta tal como es para defenderlo de cualquier cosa que pudiera dañarlo, se produce un efecto maravilloso y trascendente. Ese vacío en el núcleo del self que se vivencia como angustia básica es reemplazado por confianza básica, a partir de la cual se va construyendo paulatinamente el auto-soporte. Definitivamente, no se trataba de magia. Se trataba de convertirse en sí mismo.

DISCUSIÓN

Cuando revisaba bibliografía de otros enfoques sobre autoinmunidad, encontré que varios cognitivistas y psicoanalistas afirmaban que en personas CEA hay baja auto-estima, es decir que no se reconocen las propias virtudes o fortalezas yóicas. Por ejemplo, Luis Hornstein en su libro “Autoestima e identidad” al referirse a las personas CEA llega a afirmar que la auto-estima sería como el sistema inmune del self. Quiero detenerme un poco en este punto para profundizar el sentido y significación de este concepto. La auto-estima es una valoración de sí mismo, y como toda valoración es una relación comparativa entre dos elementos que se expresa como “más que” o “menos que”. La auto-estima es una relación entre lo que se percibe de sí mismo y las propias expectativas. Es decir, a mayor expectativa menor auto-estima y viceversa. En mi experiencia con este tipo de pacientes en muy raras ocasiones escuché que expresaran “lo mío no es importante”, o “lo mío no es suficiente”, o “esperaba hacerlo mejor”, o algo

parecido. Este tipo de expresiones son más frecuentes en personas que están deprimidas. Lo que sí escuché con frecuencia en personas CEA es “no sé cómo soy”, o “no sé qué es lo que quiero”, o “no sé si está bien así”, o frases con significados parecidos a estos. En mi experiencia clínica pude observar reacciones de desconcierto y perplejidad al preguntar algo tan simple como por ejemplo, “eso es lo que dijiste que espera de vos tu mejor amiga, y vos qué esperás de vos misma?”. Y ese desconcierto silencioso, expresa la angustia básica que mencioné antes. Se podría decir que el sistema inmune “percibe” a través del complejo mayor de histocompatibilidad. Sin embargo, no tiene expectativas. Por lo tanto no puede ser comparado con la auto-estima. Si bien en los casos eliminados por simulación (percentil superior a 97) la sub-escala falseada era auto-concepto, el análisis estadístico exhaustivo de la muestra representativa de sujetos CEA indica que la variable auto-concepto o auto-estima está en el rango normal adecuado. Una mirada superficial de algunas de las señales puede llevarnos a creer que la falla constitutiva de las personas CEA es de la auto-estima. Pero un estudio más profundo demuestra que no es la autoestima lo alterado, sino del sistema de auto-soporte.

El sistema inmune sano simplemente reconoce y acepta lo que somos, y nos defiende tanto de cualquier cosa de afuera que pudiera dañarnos como de partes propias aberrantes que pueden ser extremadamente dañinas.