



Universidad Nacional Autónoma de México
Colegio de Psicología

T r a s t o r n o s P s i c o s o m á t i c o s

**Tesina que para Obtener
el Título de Licenciado
en Psicología Presenta:**

Genny Delta Iturralde Aviles

México, D. F.

1971



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z 5053.08

UNAM.18

1971



Z 5053.08

UNAM.18

1971

M.-158954

Apr 191

INTRODUCCION

Se considera de suma importancia el estudio de los padecimientos psicosomáticos o psicofisiológicos, debido a que en la actualidad conocemos la gran influencia que ejercen los factores emocionales sobre cierta variedad de alteraciones en la fisiología del organismo. Este concepto enfatiza la gran trascendencia del factor humano dentro de las enfermedades: por lo que para entender al hombre sano o enfermo es necesario partir de la comprensión del ser humano como totalidad. O sea, como ser bio-psico-social y recordando que estos factores están en íntima interacción y se modifican mutuamente.

Durante muchos siglos la Medicina se orientó hacia la investigación minuciosa del daño corporal sin concederle mayor importancia a los aspectos psicológicos del mismo. Actualmente se ha superado esta etapa a, través de un profundo conocimiento de la patología funcional, que implica, tanto un estudio detallado del órgano o sistema afectado, como el estudio de los factores emocionales y ambientales que influyen en la vida de la persona.

Los diversos campos de investigación que se abren ante la posibilidad de hacer un estudio acerca de los conceptos de la Medicina Psicosomática, son numerosos y muy amplios, pero ante la brevedad de nuestro trabajo únicamente nos limitaremos a estudiar algunos de los conceptos básicos de este tema y a referirnos a algunas de las enfermedades que han sido más estudiadas y en las cuales se ha destacado con mayor claridad la importancia del factor emocional en la génesis del trastorno orgánico como son: el asma bronquial, la hipertensión esencial y la úlcera péptica.

T. Ps. 00597

T E M A I

Conceptos generales

Definición

Conceptos básicos:

Psicofisiología

Síntoma psicógeno

Emociones

Stress emocional

Homeostasis

Estructura del aparato psíquico

Fenómeno de conversión somática

✓ Con mayor frecuencia que nunca el médico y el psicólogo se enfrentan al grave problema de los pacientes que viven sometidos al impacto de dos factores - vivenciales ineludibles: el mundo externo con su moderna civilización y el mundo interno del suceder animico.

El hombre y su medio hacen la realidad práctica de la enfermedad y por - ello la Medicina se ve impulsada a acercarse cada día en mayor grado a los aspectos psicológicos y sociales de la convivencia humana. Durante muchos siglos la -- Medicina se orientó hacia la investigación minuciosa del daño corporal, sin darle - importancia a las causas psicológicas que alteran la función vital y ejercen influen - cias perniciosas sobre la estructura orgánica. El enfoque psicosomático implica pen - sar en términos de la necesidad del organismo de mantener un equilibrio homeostá - tico dentro de si mismo y en relación con su campo ambiental (17).

Como es sabido, no solo los microbios y las toxinas pueden ser la causa de - las enfermedades en el ser humano; la mente influye de manera sumamente importan - te en el funcionamiento corporal, ya sea determinando o contribuyendo a disfuncio - nes y enfermedades más o menos graves, e incluso pueden contribuir a la evolución - de cierto número de alteraciones que precisan de intervención quirúrgica (13, 14) ✓

El criterio psicogenético que tiene su base en los estudios de Charcot (14) so - bre la histeria (1885) y cuyos principios expresan que las alteraciones psicológicas son susceptibles de intervenir como causas determinantes en las alteraciones fisiológicas - y de daño tisular, ya sea aisladamente o en combinación con agentes físicos, químicos o biológicos en forma predominante o accesoria, nos permite apreciar que en ciertas -

circunstancias un síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y en otras es la respuesta del organismo ante ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. En ocasiones el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención, prestigio, etc. En otras, el enfermo sufre las consecuencias de sus tensiones no resueltas. (17).

Para el diagnóstico diferencial debe tenerse presente que los síntomas iniciales son de tipo físico y dominan a tal grado el cuadro clínico que se hace difícil reconocer su causa mental a primera vista. Es importante hacer notar que el conflicto central emocional es inconsciente o por lo menos se encuentra parcialmente encubierto; de manera que aunque las personas estén dotadas de elevada inteligencia y buen juicio son incapaces de hacer, sin la ayuda profesional, un ajuste adecuado o al menos más adaptativo de sus problemas, modificando las situaciones de su vida y permitiéndose así una mayor relajación de su tensión emocional. En múltiples ocasiones el paciente se resiste inconscientemente a renunciar a este tipo de enfermedad, ya que le sirve como mecanismo defensivo en contra de su angustia, también se encuentra con mucha frecuencia que la enfermedad se ha desarrollado como un esfuerzo para solucionar las dificultades que se presentan en sus relaciones humanas.

✓ Se sabe que las experiencias de la vida, en especial las que implican relaciones humanas profundas y llenas de significado, pueden producir diversas emociones como la angustia, ira, miedo, soledad, resentimiento, culpa, tristeza y otras, que pueden provocar diversas desorganizaciones de la personalidad y llegar incluso a transtornar al contacto con la realidad. En otras personas estas mismas experiencias vitales o stress psicológico se expresarán en forma de síntomas físicos o en fallas del funcionamiento

to corporal. (3, 14, 17).

El estado emocional crónico estimula una respuesta del sistema nervioso vegetativo con las resultantes fallas en el funcionamiento orgánico, que si persisten, -- eventualmente tienden a producir cambios anatomopatológicos. (3, 7, 14).

Por lo tanto, una enfermedad no puede considerarse psicósomática hasta que se ha demostrado objetivamente que aquellos eventos físicos que son parte de la enfermedad, tienden a ocurrir después o en conjunción con eventos psicológicos de una naturaleza particular. Para demostrarlo se pueden estudiar los eventos emocionales asociados con el principio de la enfermedad o con su recurrencia; midiendo aquellos cambios fisiológicos fundamentales de las enfermedades a las cuales acompaña o sigue un cambio emocional específico; o describiendo los cambios físicos y emocionales de un sujeto en particular. (14)

En resumen, para entender las causas de la salud o enfermedad de un individuo es necesario no solo tomar en cuenta alteraciones orgánicas, sino también, las circunstancias de su ambiente natural y cultural, y sus relaciones reciprocas con los demás individuos que son portadores de las metas, ideales y prohibiciones existentes en un grupo o sociedad (13).

La palabra "psicósomático" fue utilizada por primera vez en 1818 por J. C. A., Heinroth pero no se encuentra con frecuencia en la literatura anterior a 1935. El término inverso "somatopsíquico" ha sido usado con menos frecuencia y data especialmente de K.W.M. Jacobi en 1822 (1).

Actualmente bajo el rubro de padecimientos psicósomáticos o psicofisiológicos -

agrupamos a todas aquellas alteraciones que afectan a los órganos de la economía interna, de la función instintiva y de la imagen corporal como un todo, o sea, que en último análisis estos trastornos pueden considerarse como la concomitante fisiológica de un estado emocional. (3)

En los síntomas psicósomáticos existe una evidencia clara de verdadera afección corporal y en las cuales se hace necesario el tratamiento médico para aliviarlas o combatirlas. Sin embargo, una significativa proporción de los determinantes del trastorno son psicológicos y es probable que el desorden reaparezca y persista si el problema emocional no ha sido resuelto. En general los trastornos psicósomáticos tienden a involucrar al sistema nervioso autónomo y a los sistemas orgánicos relacionados. (20)

Un papel muy importante en la génesis de estos trastornos es el relacionado con la angustia, ésta puede conducir a trastornos que son predominante fisiológicos y no simbólicos. El síntoma psicósomático no explica por sí solo la inquietud del paciente - es la angustia primaria que originó el síntoma y que amenaza con abrirse paso a través de las defensas insuficientes, la que ejerce mayor influencia, ó sea que el síntoma psicósomático es como una medida de emergencia que utiliza el paciente para impedir que lo agobie la angustia. (1, 3)

✓ La medicina psicósomática se ocupará de los siguientes grupos de pacientes:

1. - Pacientes que sufren de diversos síntomas físicos pero que no tienen ninguna enfermedad corporal a la que pueda atribuirse dichos síntomas. Como no se logra reconocer que estos padecimientos son de origen emocional, con frecuencia reciben el nombre de " funcionales".

2.- Enfermos en los que existe un padecimiento físico, pero los factores originales que lo provocan son de naturaleza emocional. El estado patológico que resulta de la acción de las causas emocionales puede llegar a un punto en que ya no es reversible.

3.- Pacientes que sufren de un padecimiento orgánico real, pero algunos de sus síntomas no se originan en éste, sino en factores mentales, tal vez debidos a la angustia que surge de alguna situación en relación con otras personas. En los trastornos de este tipo la invalidez del enfermo no guarda proporción con su enfermedad física. (3, 20).

Conceptos básicos: Para poder entender mejor el mecanismo de los padecimientos psicosomáticos o psicofisiológicos, es necesario hacer una breve mención de algunos de algunos de los conceptos básicos en este campo como son:

Las emociones:

Son fenómenos característicos de un hecho susceptible de diversas interpretaciones, puesto que pueden ser explicados en términos físicos, químicos, neurológicos y psicológicos. En general el término emoción se usa como equivalente de energía mental y precisa que es una respuesta del organismo total ante una situación interna o externa. Se puede decir que son el verdadero motor de la conducta humana ya que son las que impulsan al individuo a actuar de determinada manera (2, 6, 19).

La angustia que expresa la reactividad del organismo total ante ciertas posibilidades de amenaza vital, ha sido considerada por las modernas teorías de la personalidad como la emoción primordial, núcleo dinámico de las neurosis y generador de la pa-

toología orgánica. (19)

La angustia es una experiencia emocional penosa producida por excitar los órganos internos del cuerpo, estas excitaciones son provocadas por estímulos internos y externos y están gobernadas por el sistema nervioso autónomo. La angustia es un estado consciente que puede ser distinguido subjetivamente por la persona de otras experiencias. Se considera que no existe la angustia inconsciente; uno puede no darse -- cuenta de la razón de su angustia, pero siempre se dará cuenta de la existencia de este sentimiento. (14).

Freud distinguió tres tipos de angustia: angustia real u objetiva, angustia neurótica y angustia moral. Las tres comparten la cualidad de ser desagradable y difieren únicamente respecto a sus fuentes.

Angustia real: Es una experiencia emocional penosa que se produce al percibir un peligro en el mundo externo. La percepción del peligro y el surgimiento de la angustia pueden ser innatos o adquiridos durante la vida, principalmente durante la infancia.

Angustia neurótica: Es provocada por la percepción de un peligro proveniente de nuestro interior y puede manifestarse de tres maneras: la angustia flotante que se conecta rápidamente con cualquier circunstancia más o menos adecuada al ambiente. -- Otra forma observada es un miedo intenso e irracional al cuál se le suele llamar fobia. El rasgo característico de las fobias es que la intensidad del miedo no guarda propor -- ción alguna con la peligrosidad real del objeto al que la persona teme y la fuente principal de la angustia se encuentra en el ello más que en mundo externo. La tercera -- forma de angustia neurótica se observa en reacciones de pánico que se manifiestan re-

pentinamente y sin ser provocadas en apariencia:

Se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza en el yo, y es suscitada por la percepción de un peligro proveniente de la consciencia moral. El miedo original del que deriva la angustia moral, es un miedo objetivo: el miedo a los padres que castigan. La angustia moral no solo es señal de un peligro inminente, sino que es también el peligro mismo. (19)

Todos los hombres son susceptibles de experimentar las mismas emociones, pero varían en la naturaleza de los eventos que producen en ellos la misma respuesta emocional, así como en la clase, intensidad y duración de las mismas y en cuanto a su capacidad de expresión, supresión o represión. (6, 12).

Stress emocional, conmoción o sobre carga de tensión anímica son términos si -nónimos. El estímulo que lo provoca puede ser un hecho real externo actual, una esce-na por sis misma desagradable o una vivencia interior inconsciente de índole traumática reavivada por resonancia con la escena exterior actual, sin agresividad aparente. Cualquiera de las de las repercusiones mencionadas hce vibrar el mecanismo correlacionada con los centros neurógenos y endócrinos, originando respuestas sensitivas, secretoras o - motoras generales y específicamente en determinado sector neuro-vascular, lo que da lugar a un sítoma. (12, 15).

Se debe reconocer en el stress emocional una reacción de alarma y defensa. La reacción de alarma específica de todo stress emocional es la angustia; fenómeno originada en el psiquismo, para determinar la defensa mediante la fuga real de la situación stressante, o a través de un síntoma simbólico. Un trauma local, el dolor por una contusión, -

una quemadura, etc., actuando de la periferia al centro, despierta, además de la reac
ción motora que nos hace alejarnos del agente traumático; una reacción de alarma psico-
lógica representada por la angustia. En este caso, el trauma físico ha adquirido signifi-
cado psicológico y el individuo busca la defensa contra peligros simbólicos alojados en
su inconciente y reactivados por el estímulo local, pudiendo ser que éste le haya recor-
dado miedos infantiles o castigos reales o fantaseados, deseos de venganza, etc. (20).

Homeostasis:

La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los -
cambios, determinan el restablecimiento de la homeostasis o bien la ruptura inevitable
del equilibrio.

Este concepto tiene sus antecedentes en Claude Bernard quien consideró a la enfer-
medad como el intento del organismo (insuficiente) para mantener el equilibrio mediante
respuestas adaptativas a los agentes ofensores; aunque muchas veces ésta sea mas destruc-
tiva que el ataque original. Después de C. Bernard, W. Cannon, la definió como la ten-
dencia del organismo a restablecer su equilibrio, una vez que éste ha sido alterado por -
factores que susciten cambios en su medio interno. La aplicación de estos conceptos al -
estudio de las integraciones que ocurren a nivel mental, ha apoyado las observaciones -
psicológicas, de la teoría de los mecanismos de defensa; que es una teoría de la homeos-
tasis a un nivel mental y explicada en términos psicológicos. Así pues, la homeostasis no
implica un estancamiento, sino una constante dinámica que fluctúa dentro de un campo -
tan estrecho como se lo permita el stress. (15, 17, 19).

Síntoma Psicógeno:

Es un síntoma engendrado por un factor mental o por un conflicto existencial (7).

Psicofisiología:

Se define como la disciplina que tiene por objeto el estudio de las funciones somáticas fundamentales en sus relaciones con los procesos psicológicos. (7).

Estructura del aparato psíquico:

Para comprender la relación de la mente en el determinismo de la conducta humana se debe admitir según la metapsicología, una estructura topográfica y otra di námica del aparato psíquico. (19).

La primera está representada por tres planos teóricos que se confunden en sus límites y que son el inconsciente, preconscious y consciente y entre los cuales se -- desplazan las ideas que de acuerdo con su ubicación temporal en una de las zonas men cionadas, configuran el segundo sistema o estructura dinámica y que se encuentra re- presentada por ello, yo y superyó, formando la personalidad total según la concebía Freud. En la persona mentalmente sana estos tres sistemas forman una organización -- unificada y armónica, permitiéndole al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su medio ambiente. Por el contrario, cuando estos tres sistemas están en desacuerdo, se puede decir que la persona está inadaptada y se encuentra insatis- fecha consigo misma y con el medio que la rodea, reduciéndose su eficacia. (14,19).

Ello: su función es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (ener gía, o tensión) que se liberan en el organismo mediante estímulos internos o externos. Esta función del ello cumple con el principio inicial de la vida que Freud llamó prin- cipio del placer y cuya finalidad es desembarazar a la persona de la tensión o reducir la a un nivel bajo y mantenerla tan constante como sea posible. En su forma más pri- mitiva, por ello es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier exci¹

tación sensorial que le llegue, eliminando el estímulo. Este estímulo puede provenir del interior o del exterior del cuerpo. Sin embargo, no todas las tensiones pueden - ser descargadas mediante acciones reflejas y suelen presentarse muchas tensiones para las que no hay descarga apropiada. Si todas las necesidades fueran satisfechas inmediatamente no se produciría el desarrollo psicológico. Cierta grado de frustración y malestar van a estimular el desarrollo del ello. A este nuevo desarrollo que tiene lugar en el ello como resultado de la frustración se le llama proceso primario y es el que produce la imagen mnémica de un objeto y que se necesita para reducir la tensión. Este proceso primario procura descargar la tensión, estableciendo lo que Freud llamó "identidad de percepción", o sea, que el ello considera la imagen idéntica a la percepción misma, o bien que el ello no puede distinguir entre un recuerdo subjetivo y una percepción objetiva del objeto real.

Como el proceso primario no reduce de por sí las tensiones efectivamente, se desarrolla un proceso secundario cuyo mecanismo pertenece al yo.

Para Freud, el ello es también la fuente primordial de la energía psíquica y la sede de los instintos. Su energía está en estado móvil, de manera que se le puede descargar con prontitud o desplazar de un objeto a otro. El ello no cambia con el transcurso del tiempo, ni puede ser modificado por la experiencia, ya que no está en contacto con el mundo externo. No está gobernado por las leyes de la razón o la lógica. No posee valores, ética o moralidad. Solo está impulsado a obtener la satisfacción de las necesidades instintivas de acuerdo al principio del placer. (2, 3, 6, 13, 16, 19).

Yo: En la persona bien adaptada, el yo domina y gobierna el ello y al superyo y mantiene una interacción con el mundo exterior, en interés de la personalidad total y

sus necesidades. El yo se encuentra gobernado por el principio de realidad y su finalidad es demorar la descarga de energía hasta que se haya presentado el objeto real que satisfaga tal necesidad. El demorar la acción significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que ésta pueda ser descargada en una forma apropiada de comportamiento. La institución del principio de realidad, no implica que el principio del placer sea rechazado. El principio de realidad tiene a su servicio un proceso que fue llamado por Freud proceso secundario. Este proceso consiste en producir o descubrir la realidad mediante un plan de acción que se ha desarrollado por el pensamiento y la razón, o sea, que el proceso secundario es lo que de ordinario se llama resolver o pensar un problema, separando el mundo objetivo de la mente, del mundo objetivo de la realidad física. El sistema perceptual desarrolla facultades más finas de discriminación, de modo que el mundo externo se percibe con mayor precisión. Cabe así, considerar al yo como una compleja organización de procesos mentales que actúa como intermediario entre el ello y el mundo externo.

El yo, aunque en gran parte producto de una interacción con el ambiente, la dirección de su desarrollo está determinada por la herencia y guiada por los procesos naturales del crecimiento (maduración). (2, 3, 6, 13, 16, 19)

Superyo: Es la tercera institución fundamental de la personalidad y es la rama moral. Representa lo ideal más bien que lo real y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. Se desarrolla desde el yo como consecuencia de la asimilación por parte del niño de las normas paternas acerca de lo bueno o malo. El superyo está compuesto por dos subsistemas: el ideal del yo y la consciencia moral. El primero corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran mo-

ralmente bueno y que le ha sido recompensado. La consciencia moral, por el contrario, corresponde al concepto del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente malo y que han sido establecidos mediante experiencias de castigo. Las recompensas o castigos por medio de los cuales los padres controlan la formación del superyo del niño son de dos clases: físicos y psicológicos; y cualquiera que sea su origen son condiciones que reducen o aumentan la tensión interna.

El superyo se parece al ello en que tampoco hace distinciones entre lo subjetivo y lo objetivo. Es el representante dentro de la personalidad de los valores e ideales tradicionales de la sociedad, tal como se transmiten de padres a hijos. Además de los padres, otros agentes sociales participan en la formación del superyo: los maestros, los ministros religiosos o cualquier persona que posea autoridad sobre el niño. La finalidad del superyo es controlar y regular aquellos impulsos cuya expresión no controlada podría en peligro la estabilidad de la sociedad, tales impulsos son primordialmente el sexo y la agresión...

En resumen, podría decirse que el superyo es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición cultural.

Se debe recordar que no existen límites precisos entre estos tres sistemas, y -- que el hecho de que tengan nombres diferentes, no significa que sean entidades separadas; ya que deben ser consideradas como parte de la personalidad total. (2, 3, 6, 13, 16, 19)

La estructura topográfica del aparato psíquico lo divide también en tres instancias: inconsciente, preconscious y consciente.

En los primeros años del psicoanálisis, el concepto central de la teoría de --

Freud era el inconsciente. En la actualidad se considera que lo que Freud trató de --
realizar en los treinta años que van de 1890 hasta 1920, durante los cuales el incons-
ciente reinaba como concepto soberano en su sistema psicológico, fue descubrir las --
fuerzas determinantes de la personalidad que no son directamente conocidas por el ob-
servador.

El inconsciente constituye el psiquismo básico primario, archivo de la historia
del individuo. Para que las ideas o recuerdos se hagan conscientes es necesario que se
asocien con el lenguaje.

Preconsciente: Es el aparato regulador y amortiguador de los impulsos ideati-
vos provenientes del inconsciente y que pretenden pasar a la consciencia. También --
actúa como agente de enlace entre uno y otro sistema.

Consciente: Superficie psíquica de percepción de los estímulos de relación --
con la vida exterior, por un lado, y con el mundo anímico interior por el otro. (2, -
3, 6, 13, 16, 19)

Fenómeno de conversión somática: X

Representa la transformación de un estímulo psíquico en una respuesta funcio-
nal a nivel de un órgano o sistema. Se ha dado en llamar "lenguaje visceral" (6) a --
las respuestas motoras determinadas por causas psicógenas. Una sobrecarga de energía
nerviosa motivada por un conflicto emocional agudo, o que persista en forma continua
da en el tiempo puede engendrar crisis que paralizan la actividad motora que el indi-
viduo en conflicto necesita para descargar tensiones y restablecer el equilibrio funcio-
nal trastornado, antes de que éste afecte la estructura histológica del órgano compro-
metido.

TEMA II

Introducción

Asma Bronquial

Hipertensión esencial

Úlcera péptica

Trastornos somatopsíquicos

Ante la brevedad de este trabajo, únicamente se abordarán aquellos de los -
síndrones psicósomáticos o psicofisiológicos que revistan mayor importancia como ex-
presiones o respuestas del hombre en su concepción tridimensional (bio-psico-social)
teniendo en cuenta el grado de profundidad o magnitud de los mismos.

Es evidente, por otra parte que al analizar estos síndrones psicósomáticos, no
abordaremos los aspectos que corresponden a la explicación de sus mecanismos neuro-
fisiológicos, pues ello sería material y fundamento de un trabajo especial que natural-
mente implica un conocimiento amplio de la Neurofisiología y Endocrinología.

ASMA BRONQUIAL

Destacándose en el sistema respiratorio encontramos el asma bronquial, que es una enfermedad caracterizada por respuestas especiales de las estructuras bronquiales a estímulos diversos: alérgicos, irritativos, infecciosos y psíquicos, que se manifiestan por broncoespasmos, hipersecreción y edema de la mucosa bronquial. Así, en los casos de alergia e infección, se indica que el contacto de algunas sustancias inhalantes y algunas bacterias con la mucosa bronquial producen una reacción antígeno anticuerpo, que culmina con la liberación de histamina en cantidad mayor que la normal, desencadenando los síntomas antes señalados. Entre los principales alérgenos y bacterias que toman parte en este fenómeno encontramos: el polvo casero y del medio ambiente, el polen de muchas flores, alimentos o fármacos ingeridos, los pelos, las plumas y la caspa de ciertos animales, principalmente de las aves, algunas proteínas de las comidas y en segundo lugar, las bacterias que habitan en focos de infección crónica, en las vías respiratorias superiores y cavidad bucal: dentadura, amígdalas, faringe, senos, paranasales, etc. (9, 10, 21, 23, 25)

Para ciertas personas hipersensibles, la inhalación de sustancias irritantes, como: humo de tabaco, vapores de ácidos, olores fuertes, cambios de clima, humedad, etc., producen irritación del neumogástrico, liberándose a nivel de la terminación pulmonar de este nervio una cantidad inusitada de acetilcolina que tiene un efecto similar a la histamina en los tejidos broncopulmonares. (9,20)

En su forma típica el ataque asmático aparece como paroxismos entre los cuales el estado del paciente es más o menos normal, pero puede también presentarse en forma ligera y continua, con exacerbaciones. A veces el acceso agudo persiste días o semanas

llamándose entonces estado asmático. Una vez que la reacción asmática ha aparecido por alergia a agentes infecciosos o exteriores, el paroxismo asmático puede ser desencadenado por muchos factores independientes de la causa original, tales como tensión emocional, cambios de temperatura, gases o humos irritantes y esfuerzos físicos; que pueden ser la causa desencadenante inmediata de la crisis. Identificarlos y suprimirlos es de suma importancia para el tratamiento. (10, 13)

Manifestaciones clínicas: Este cuadro se caracteriza por crisis paroxísticas de disnea silbante, tos por accesos frecuentes con expectoración mucosa adherente y dolor retroesternal opresivo. En el comienzo del ataque se presenta sensación de ahogo y opresión en el pecho, a menudo es acompañado de tos seca. El ritmo respiratorio casi no se altera, la espiración suele prolongarse y el esfuerzo respiratorio aumenta considerablemente. Los accesos suelen ir seguidos por dolor en la parte inferior del torax, que seguramente resulta por dolor muscular por los esfuerzos respiratorios muy intensos. La mayor parte de los ataques ceden espontáneamente al cabo de media o varias horas. A veces, sobre todo cuando el asma es consecutiva a infección respiratoria, el ataque persiste días o semanas y recurre con rapidez, aunque se haya logrado alivio pasajero con fármacos adecuados. Este tipo de asma (estado asmático) persistente es grave por que la fatiga, falta de sueño y la alimentación defectuosa debilitan al paciente. (9, 10, 23)

Frecuencia: El asma es una enfermedad frecuente, que ocupa uno de los primeros lugares como causa de invalidéz en América y Europa. Ambos sexos son afectados más o menos con igualdad, y la enfermedad se observa en todas las edades. El asma --

extrínseca (son casos consecutivos a alergia por antígenos externos, generalmente polvo transportados por el aire), suele comenzar en las cuatro primeras décadas de la vida. (9)

La misma forma de reacción de las estructuras bronquiolares se observa en al -
gunos estados de desequilibrio emocional. La manifestación de la angustia en forma -
de trastornos en el ritmo respiratorio es un fenómeno que se observa con frecuencia. -
Desde hace mucho tiempo (3) se ha notado la existencia de factores neuróticos en el -
asma, factores que desde ningún punto de vista quedan excluidos en razón del concepto
actual del asma como una enfermedad alérgica. Parece ser que el requisito previo -
para que se desarrolle el asma es la existencia de un sistema nervioso autónomo irrita-
ble y excitable; existiendo el factor adicional de la tendencia alérgica. El tercer factor
importante, estará constituido por el stress y la tensión emocional. (3)

Las personas que sufren este trastorno son por lo general irritables, con gran -
susceptibilidad emocional y que reaccionan desde el punto de vista respiratorio de muy
diversas maneras: en algunas ocasiones, alterando la frecuencia y amplitud de los mo-
vimientos respiratorios, produciendo verdaderas parálisis diafragmáticas. Otras, tras -
tornando las funciones de los músculos respiratorios y alterando así su mecánica. La re
petición constante de estas alteraciones psíquicas, hace que se establezca un reflejo -
condicionado por influjo cortical, provocando que el aparato respiratorio del sujeto -
se "acostumbra" a responder en forma igual en todas las ocasiones. Se ha comprobado
que en personas predispuestas, los ataques son precipitados por emociones intensas y re
pentinas. Esta respuestas no solamente se presenta cuando la persona se encuentra en -

situaciones semejantes, sino que puede repetirse al recordar los momentos o hechos desagradables que producen el desajuste emocional. (2, 3, 9, 13)

La susceptibilidad a este sintoma aumenta con la exposición al previo stress general. Entre las expresiones emocionales normales, se consideran como más importantes: disnea, taquipnea, tos seca y espástica. (9)

En los diversos estudios realizados acerca del niño asmático, se ha encontrado lo que parece ser una constelación familiar particular.

Las características de este grupo familiar ya fueron delineadas por French y Alexander en 1943 (17) en su monografía "Factores Psicógenos del Asma Bronquial" y más tarde, ratificadas inclusive por aportaciones estadísticas de Miller y Baruch (18, 20), en su serie de estudios sobre diversos aspectos psicósomáticos del asma infantil y cuyas publicaciones aparecen a partir de 1948.

De acuerdo con estos autores puede considerarse que la constelación familiar que prevalece es la de una madre rechazante, un padre bastante ausente y un niño cuya conflictiva se dirige principalmente hacia sus relaciones con la madre. (5,20).

En 1949, Melita Sperling, citado por el Dr. Luis Moreno Corzo en su artículo "La Constelación Familiar Del Niño Asmático", señala que en los casos que ella atendió, las madres tenían la necesidad inconsciente de mantener al niño en un estado de dependencia y desamparo. La autora dice: Se considera que la relación espedifica es de mutua dependencia y control mágico". (5)

H.A.Abramson, citado por el mismo autor (5), en su artículo "Revisión de la Teoría del Rechazo Materno en la Alergia", expresa que la madre maneja al hijo como un objeto interno a través del cual trata de satisfacer sus necesidades narcisistas; y

en la medida en que el niño se adapta a estas exigencias es aceptado por ésta, pero - tan pronto como se aleja de este propósito es rechazado o castigado.

La relación básica del niño asmático sería aquella en que la madre sofoca todo lo que implique maduración e independencia, en cuanto constituyen una amenaza para sus necesidades narcisistas. En el artículo de L. Jessner y colaboradores titulado "El Impacto Emocional de la Cercanía y el Alejamiento del Niño Asmático hacia su Madre", citado por L. J. Saul y J. W. Lyons en su artículo "Motivación y Trastornos respiratorios, expresa que tanto en la madre como en el hijo existe una gran ambivalencia con respecto tanto a la cercanía como al alejamiento y tienden a preservar esta unión, inhibiendo los impulsos que amenazan con romperla.

La relación padre - hijo, ha sido poco estudiada, pero la impresión clínica es que poco hace éste para propiciar la identificación masculina. (1)

De particular importancia es el hecho que el ataque asmático coloca a la persona en una relación de dependencia, ya que en algunas ocasiones, es necesario que éste sea ayudado por alguien. Los ataques son observados y recordados directamente - por lo que el fin físico de la conexión puede ser más fácilmente evaluado. Pero el - evento emocional que lo produce es obviamente más difícil de detectar. La demostración de una conexión entre una emoción específica y la ocurrencia del ataque no disminuye la importancia de una predisposición constitucional, ni excluye la posibilidad de que el ataque sea causado por estímulos físicos. (1, 4, 20)

Se ha observado en los trastornos respiratorios, una tendencia a volver a una - relación infantil con la madre, evidenciada en la forma no de succionar, sino de bus-

car protección. Como resultado de fijaciones, deficiencias en el desarrollo o stress interno o externo, el organismo tiende a volver parcialmente a métodos de funcionamiento más primitivos que alguna vez le han proporcionado satisfacción. (1) La forma que adopta este anhelo por la madre no indica el grado de regresión o infantilismo en que se encuentra una persona; lo importante es la cantidad total de regresión, lo intensa y extensa que ésta sea. (5, 1)

El diagnóstico del asma debe hacerse en dos etapas: a) Es necesario diferenciar el asma de otras enfermedades que causan disnea. b) Deben conocerse tanto en el aspecto físico como psicológico, los agentes etiológicos en cada paciente. (9)

En el tratamiento el alivio se obtiene cuando se elimina uno de los factores casuales coexistentes, ya sea la alergia o el stress emocional. Debe estimularse al asmático adulto para que comente su ambiente en el hogar y en el trabajo y para que relacione los incidentes emocionales con los ataques de asma. En el niño, deberá investigarse la actitud de los padres hacia el niño y hacia ellos entre si y las relaciones entre los hermanos de edad semejante. A menudo parece que en el niño los ataques asmáticos tienden a ser precipitados por una situación que implica la amenaza de una separación de la madre. (6, 9).

HIPERTENSION ESENCIAL

Un segundo gran grupo de alteraciones psicosomáticas está relacionado con la circulación y el funcionamiento del corazón. De estas la hipertensión arterial o alta presión crónica de la sangre, se considera la más importante.

Cuando se encuentra alta la presión sanguínea en un paciente sin que existan signos acompañantes de enfermedad orgánica que la expliquen, se habla entonces de hipertensión esencial, funcional o ideopática. (9, 11, 20). Clínicamente se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales mínima y máxima, cefaleas generalizadas, sensación de vértigo, palpitaciones, acúfenos, fosfenos, retinopatía hipertensiva, disnea de esfuerzo pulso alternante, diuresis, etc. El trastorno fisiológico central en la hipertensión, consiste en un aumento de la resistencia periférica; en este caso, la actividad del corazón se considera acelerada por lo que los vasos sanguíneos se mantienen en estado de constricción, lo que puede conducir a daño físico real del corazón vasos sanguíneos y otros tejidos y aún apresurar la muerte. En las etapas iniciales de la enfermedad, el estrechamiento arterioles es funcional, intermitente y reversible. Después se producen cambios patológicos en las propias arteriolas que pueden ser en parte responsables de la sostenida elevación de la presión sanguínea en las etapas posteriores (aunque suele ser posible, inclusive en la etapa final, que se produzca algún descenso en la presión). Al parecer el proceso arterioesclerótico se acentúa por la elevada presión y es eventualmente responsable de graves transformaciones patológicas en los órganos vitales, principalmente corazón, cerebro, riñones, etc. (1, 9, 11)

Muchas clases de drogas y hormonas pueden modificar la presión de la sangre. (9)

Los síntomas que más frecuentemente se asocian a un desorden circulatorio son: dolor en la región del corazón, taquicardia, palpitaciones, arritmia, disnea, fatiga, - astenia e insomnio y en su mayor parte estos síntomas son manifestaciones somáticas de de angustia. (3)

Uno de los primeros problemas a los que el clínico se enfrenta es el extremo grado de variabilidad en el curso de la enfermedad. La medida, el ritmo y la extensión -- del progreso del proceso básico de la alteración varía mucho de un enfermo a otro y en un mismo enfermo en diversos momentos. El mecanismo vascular hipertensivo puede se-- guir un curso suave, tranquilo y relativamente inofensivo, o bien, un curso desigual, - unas veces tranquilo y otras con un alto grado de actividad, o por último, puede emprender inesperadamente una marcha acelerada y conducir a la muerte del paciente en un - período de pocos meses o años.

Un segundo problema clínico es el de la relación entre el proceso de la enfer- medad (y sus correspondientes cambios tisulares) y los síntomas que acosan al paciente. Nuevamente se vuelve a encontrar un extenso grado de variabilidad, que va desde la - ausencia de síntomas o una sintomatología mínima en algunos individuos con grados avanzados de lesiones físicas, hasta la completa incapacidad funcional en otras personas en las cuales el proceso hipertensivo es extraordinariamente leve. (1, 24)

Psicológicamente se sabe que estos cambios en la presión de la sangre aluden - a situaciones de tensión prolongadas, y entre las experiencias emocionales más comunes encontramos la taquicardia, la hipotensión y la hipertensión. El stress emocional puede conducir a través de un encadenamiento con el mecanismo vascular responsable del au- mento de la resistencia periférica a la precipitación del brote clínico. La angustia rela

cionada con los síntomas que el paciente asocia con el trastorno, y la relacionada con el diagnóstico, pueden conducir a la intensificación del proceso. En muchos pacientes hipertensos parece bastante indudable que han padecido tempranas experiencias intensamente perturbadoras y estas están relacionadas con disturbios y conflictos de la personalidad en sus vidas posteriores; tales como la dificultad para expresar, suprimir o reprimir sentimientos hostiles, especialmente en relaciones de dependencia. (11,13,14)

De tal manera, las hipótesis psicológicas propuestas para explicar el desarrollo de la hipertensión esencial, han tendido a centrarse en el conflicto relacionado con el comportamiento hostil de parte de el paciente. La clase de conflicto estudiada es aquella en la cual ocurren estímulos que normalmente despiertan respuestas agresivas en el paciente. El comportamiento agresivo, se supone, ha sido castigado en la historia pasada del paciente. Así los estímulos despiertan cólera, y al mismo tiempo temor de realizar actos hostiles para los cuales la cólera es normalmente un estímulo. Proveniente de esta hipótesis está la deducción de que cuando el paciente esta capacitado para realizar alguna acción agresiva, la condición de cólera es reducida y la presión sanguínea disminuye. De esta manera, las condiciones esenciales para que la hostilidad produzca hipertensión, parecen ser que el sujeto debiera estar dispuesto a agredir un blanco y que se le impida hacerlo. El mal trato por otra persona, puede no producir la secuencia hostilidad-hipertensión, si esa otra persona es alguien contra quien no es conveniente la agresión. Un dato muy importante es que la persona está consciente de su propia cólera y de las circunstancias que le impiden que se comporte agresivamente. Puede decirse que su cólera está siendo inhibida más que reprimida. (20)

La personalidad de muchos pacientes hipertensos es la serenidad y afabilidad-

...entes, los cuales pueden estar cubriendo actitudes conflictivas, que se originan en la fusión con ... aparecen sus actitudes agresivas que tienen que dominarse - para poder conservar ... ligas de dependencia que son tan frecuentes en estos pacientes. (3)

Muchos investigadores (1) han estudiado la relación entre el stress vital y el curso de la hipertensión, a través de un estudio anamnésico detallado, médico y psiquiátrico, en cada paciente. De esta manera se ha podido reunir la historia natural - de la enfermedad, sobre la base de la historia de su vida personal (comprendiendo la estructura de su personalidad y el significado que han tenido los acontecimientos cruciales en su vida.

En otros estudios (20), se ha observado, que algunas situaciones de la vida y - las respuestas emocionales a las mismas, son gravemente patógenas por que tienen un - estrecho parecido con experiencias y pautas emocionales anteriores de la vida de los - enfermos. La reactivación y movilización de estos conflictos, cuando las defensas psicológicas del enfermo son inadecuadas para hacerles frente, parece que se descargan - sobre el mecanismo hipertensivo vascular, dando por resultado la exacerbación clínica. La gravedad del hecho clínico parece estar relacionado en gran parte, con la intensidad del problema emocional al que se encuentra asociado. Es decir, que el stress grave tiende a asociarse con problemas clínicos serios, mientras que los grados más leves de - disturbios se reflejan en formas más suaves. Se ha demostrado que los síntomas que perturban al enfermo hipertenso, no siempre están directamente relacionados con la gravedad del proceso de la enfermedad o con el nivel de la presión sanguínea. (1, 20, 24)

Investigaciones psicofisiológicas: La hipertensión esencial con frecuencia se -

se desarrolla en dos fases: En la fase preliminar hay brotes frecuentes pero temporales de alta presión sanguínea, debida a estímulos no orgánicos; probablemente de índole psicológico. Esto da origen a una condición crónica y estable de hipertensión. Parece completamente probable que la segunda fase sea una consecuencia de los cambios orgánicos producidos por la primera fase. Estos cambios son presumiblemente irreversibles, excepto por intervención física directa.

El mantenimiento de la presión sanguínea normal en el ser humano es de vital importancia para la salud. Las desviaciones del nivel normal producen reacciones — que tienden a devolverla a su límite normal. Este proceso de ajuste es controlado por un conjunto de nervios receptores conocidos como barorreceptores que están localizados en el arcoaórtico y en el seno carotídeo. La interrupción permanente o temporal de la actividad de los barorreceptores produce hipertensión crónica. Este mecanismo barorreceptor se modifica fácilmente, y parece responder solamente a cambios de presión, de manera que el mecanismo depresor rápidamente se reajusta a niveles — más altos de presión arterial y vuelve a trabajar solamente cuando la presión arterial se ha elevado en correspondencia. (9, 20, 24)

En el curso de las investigaciones clínicas, médicas y psiquiátricas combinadas, se ha demostrado que el nivel de la presión sanguínea es más elevado en épocas de stress y preocupaciones y más bajo en los períodos de relajación espontánea o inducida. (1)

En el laboratorio de Cincinnati, citado por Horton F. Reiser; Eugene B. Ferris y Maurice Levine en su artículo "Trastornos cardiovasculares, enfermedades cardíacas e hipertensión" (1), se han observado con gran frecuencia asociaciones seme-

jantes entre el nivel de la presión sanguínea y el comportamiento consciente, aunque no se produjeron con un alto grado de regularidad o previsibilidad. También se registraron respuestas "paradójicas" en las cuales las más amplias fluctuaciones en el nivel de la presión sanguínea se produjeron asociadas a respuestas y actitudes emocionales, de las cuales el paciente no tenía consciencia y que no eran fácilmente apreciables por el examen directo. Es interesante señalar que Selye y Farres (15) han logrado inducir hipertensión en ratas mediante la aplicación de un stress crónico sostenido en ciertas condiciones experimentales. Selye considera que el stress psicológico puede ser una forma de stress capaz de provocar tal reacción y considera a la hipertensión como una de las enfermedades de adaptación. (1, 15)

Mucho se ha discutido acerca del papel de la herencia en la hipertensión. Según los datos actualmente disponibles, parece ser que muchos factores heredados originan presiones arteriales similares en miembros de ciertas familias. En algunas de -- ellas quizá exista una tendencia heredada más importante que en otras; por ejemplo, se han observado gemelos que desarrollaron hipertensión maligna aproximadamente a la misma edad, aunque vivieran en medios diferentes. La tendencia a desarrollar una presión arterial elevada parece existir en fase temprana de la vida, mucho antes que la presión ya se encuentre manifiestamente alta. (9)

En resumen, podemos decir que los factores psicológicos pueden integrar de -- diversas maneras los problemas del enfermo hipertenso: el stress emocional que tiene un significado central y conflictual para la persona puede conducir a la precipitación del brote clínico, a los síntomas que emergen del trastorno básico, a diversas complicaciones y a una aceleración del proceso hipertensivo.

La angustia relacionada con síntomas que al paciente asocia con el trastorno (independientemente de sus verdaderas fuentes) y la angustia relacionada con el diagnóstico, pueden también descargarse sobre el mecanismo hipertensivo fisiológico y conducir a la intensificación del proceso clínico.

Tratamiento: Se han realizado considerables progresos con respecto al manejo clínico de estos enfermos, principalmente en el terreno del diagnóstico y el papel terapéutico de los médicos generales; fundamentalmente por los estudios acerca de la relación médico-paciente. La angustia que surge en conexión con la preocupación de la enfermedad y sus síntomas constituye una importante fase en el tratamiento y mediante un hábil manejo de éstos, pueden amortiguarse sus efectos sobre el estado general del paciente. Finalmente en la relación terapéutica planeada pueden producirse algunas experiencias emocionales correctivas que produzcan a un aumento en la capacidad del enfermo para tratar eficazmente algunos de sus problemas emocionales. En aquellas personas cuyos problemas personales son graves o incapacitantes, pero que parecen adecuados para un enfoque más profundo, está indicada una psicoterapia específica de tipo más intenso, realizada por un personal especializado.

Clínicamente se utilizan diversos tipos de medicamentos como: bloqueadores ganglionares, bloqueadores simpáticos o mecanismos que bloquean e interfieren en el mecanismo de las catecolaminas, medicamentos coadyuvantes y diuréticos. (1, 9)

Pronóstico: En general, el futuro de un paciente con presión arterial elevada puede relacionarse cuantitativamente con el nivel alcanzado por la presión. Cuanto mayor la presión arterial, menor la supervivencia en un plazo determinado de tiempo. Esto se ha comprobado repetidamente en estudios de población. (9, 24)

ULCERA PEPTICA

Entre los trastornos psicofisiológicos más comunes en el sistema gastrointestinal, encontramos los desordenes de la digestión y la eliminación, presentandose frecuentemente el excesivo apetito (bulimia) o la disminución patológica de éste (anorexia), vómitos, nauseas, constipación, cólicos y gastritis. Todos o algunos de ellos pueden ocurrir como respuestas transitorias y breves ante situaciones traumáticas que desencadenan una situación de stress, incluso, si éste se prolonga, puede producir verdaderos síndromes psicósomáticos lesionales, por exceso o por ausencia de ciertas respuestas fisiológicas. (9, 10)

Destacandose en este grupo encontramos a la úlcera péptica que ha sido una de las más estudiadas desde el punto de vista de la medicina psicósomática.

La úlcera péptica es una lesión del revestimiento del estómago o del duodeno. Es una inflamación de un área focal y bajo algunas condiciones puede producir sangrados internos. Clínicamente se caracteriza por remisiones y exacerbaciones; evoluciona con ritmo y periodicidad, dolor epigástrico de tipo ardoroso que cede con la ingestión de alimentos o alcalinos; este dolor ocurre con relación definida con las comidas, pueden ser ser ligero o intenso. Acidéz, pirosis, nauseas, vómitos, diarrea constipación anemia, etc. (22, 10, 9)

Es una persona normal la secreción de ácido ocurre cuando la comida entra en el estómago y cesa cuando se ha completado la digestión. En el paciente ulceroso, la actividad del ácido ocurre cuando no hay comida en el estómago y consecuentemente ataca los tejidos. Esta situación prolongada produce un daño que conduce al desarrollo de la úlcera. La secreción del jugo gástrico es ordinariamente activada en el proceso -

de la alimentación por las siguientes fases: a) neurógena; b) gástrica y c) intestinal. La fase neurógena se inicia por la estimulación de los alimentos a la vista, el olfato o el gusto, que actúan sobre receptores de la corteza cerebral; ello va seguido de estimulación del núcleo vagal, y los nervios neumogástricos constituyen la vía eferente para el estómago. El proceso es regido químicamente por la acetilcolina, que actúa - sobre las células parietales. Los nervios vagos también aumentan la producción de gastrina. La fase gástrica está medida por la hormona gastrina, segregada por el antro, - en respuesta a: distensión por alimento líquido; estimulación vagal, y por contacto de los productos de digestión de proteínas con la mucosa del antro. La fase intestinal solo contribuye con el 5 al 10% de la estimulación total de la secreción gástrica en el - hombre. Se inicia al penetrar el alimento neutralizado o parcialmente ácido en el in- testino delgado, donde activa un mecanismo humoral que libera una hormona parecida a la gastrina, o un estimulante producido por la disgestión del alimento. El blanco de - éstos estímulos secretorios son las células parietales, que responden en cada ocasión en diferente número como resultado del estado fisiológico del estomago y de la intensidad del estímulo. (9, 20, 22)

La producción de jugo gástrico por estimulación psicológica, puede ocurrir de - varias maneras: Se puede encontrar que el simple acondicionamiento de la fase cefálica se establece por la presencia continua de estímulos, comida sin que entren en el estó- mago, o se puede encontrar que la sobresecreción de ácido ocurre en relación con esta- dos emocionales que serán lo suficientemente prolongados como para crear una úlcera, - aún cuando los hábitos de alimentación sean normales.

Distribución según las edades: Ocurre en todas las edades, pero los síntomas sue -

len desarrollarse entre los 20 y 40 años, la mayor frecuencia se encuentra entre los 45 y 55 años. En el recién nacido las úlceras agudas, frecuentemente se asocian a lesiones intracraneales, septicemia y quemaduras; hay poca tendencia a la curación y hemorragia y perforación son frecuentes. La úlcera péptica no es rara en niños; predominando la úlceras duodenales. Especialmente la úlcera gástrica es frecuente en personas de edad.

Diferencia según los sexos: hasta la pubertad, la distribución de úlcera péptica según los sexos es la misma: la frecuencia aumenta luego en ambos sexos, pero mucho más en los varones y disminuye en las mujeres, aumentando en éstas después de una menopausia artificial o secundaria. Entre los adultos, los hombres predominan en una proporción de 4:1 para la úlcera gástrica, y 10:1 para la duodenal. (1,9)

Se ha encontrado que la úlcera duodenal es más frecuente en personas cuyo trabajo incluye responsabilidades administrativas y profesionales, esfuerzos de competencia y tensión nerviosa. Sin embargo, se encuentra este trastorno en toda clase de profesiones y trabajos. Los problemas emocionales son frecuentes en este tipo de pacientes y las complicaciones y recidivas, muchas veces se asocian cronológicamente con periodos de ansiedad, mayor frustración y otras dificultades psicógenas. Experimentalmente se ha visto que el miedo o la ansiedad conscientes, pueden acompañarse de un aumento de secreción gástrica, ingurgitación y fragilidad de la mucosa gástrica. (9)

Predisposición a la formación de úlceras: Mucha gente está expuesta al mismo tipo de vida stressante que la de los pacientes ulcerosos, y sin embargo, ellos no sufren este trastorno; en consecuencia los psicopatólogos se han interesado en el concepto de susceptibilidad a las úlceras, basándose en las diferencias individuales. De estos estu

dios se puede concluir que los determinantes de la enfermedad serán con mayor frecuencia:

A.- La presencia de stress prolongado, principalmente cuando el sujeto está hiperactivo gastrointestinalmente.

B.- Factores biológicos predisponentes caracterizados por el alto nivel de pepsinógeno (los niveles de pepsinógeno son las medidas de la actividad gástrica).

C.- La presencia de ciertas clases de predisposiciones de la personalidad, principalmente como determinantes del stress. (20)

Con el objeto de apreciar y comprender mejor las relaciones psicosomáticas del funcionamiento gastrointestinal, repasaremos brevemente algunas de las actitudes psicológicas específicas relacionadas con este sistema. La mayor parte de las contribuciones en este terreno provienen de los estudios psicoanalíticos y de sus teorías. El primer contacto emocionalmente significativo que el niño tiene con el mundo exterior se establece a través del proceso de la alimentación. El niño experimenta su primer alivio a la incomodidad física y de la tensión al ser alimentado por el pecho materno y la satisfacción del hambre a través de esta experiencia queda profundamente asociada con sensaciones de bienestar y seguridad; así como con el sentimiento de ser amado. La frustración de los impulsos receptivos orales crea tensión y moviliza impulsos de una naturaleza agresiva. Los impulsos oral receptivos, oral agresivos y oral libidinosos -- pueden ser inhibidos y reprimidos tanto por factores intrínsecos (verguenza, culpa, miedo) como extrínsecos (temor al castigo, pérdida de amor). Cuando se bloquee la expresión de estas tendencias por una condición voluntaria, continúan creando una tensión permanente, que puede canalizarse a través de las vías fisiológicas con las cuales se en

encontraban primitivamente asociadas. Las inhibiciones y estímulos de base psicológica de las vías fisiológicas del tracto gastrointestinal superior pueden dar origen a diversos tipos de trastornos.

Una de las principales hipótesis acerca de la personalidad de los pacientes ulcerosos, ha enfatizado la importancia de la necesidad de afecto y confort y el conflicto entre éstos y las presiones sociales sobre el individuo para que sea fuerte, independiente y agresivo. Esta hipótesis ha sido principalmente asociada con los trabajos de Franz Alexander (17) que indican que este conflicto se desarrolla a causa de las primeras conexiones en la infancia entre el ser alimentado y el ser amado y cuidado.

Aunque la tensión que surge de los estados emocionales conscientes representa un papel importante en las relaciones psicosomáticas, es la tensión que brota de los impulsos psicológicos reprimidos y no aliviados, la que desempeña el papel más importante en estos trastornos.

Se han utilizado tres métodos diferentes para determinar el papel de los factores psicológicos en los enfermos con úlcera péptica:

A.- El primer método se ocupa de la descripción de los rasgos de personalidad y carácter, y procura relacionarlos con la aparición de la úlcera.

B.- El segundo método intenta relacionar los trastornos emocionales agudos -- (inducidos experimentalmente o producidos en el curso natural de la vida del paciente con los cambios fisiológicos de la actividad gástrica. Este tipo de investigaciones fue rón realizadas principalmente por Mittelman y Wolff. (20)

C. - En el tercero, tanto las reacciones emocionales conscientes de los pacientes ulcerosos, como sus reacciones inconscientes, fueron estudiadas mediante técnicas

psicoanalíticas.

En los dos primeros, la mayoría de los factores psicológicos estudiados fueron inconscientes e inespecíficos; mientras que en el tercer método, los conflictos inconscientes que engendraron trastornos emocionales crónicos, estaban relacionados con el curso de la enfermedad y con procesos fisiológicos en el estómago. (13, 20)

Tratamiento: El tratamiento de los pacientes con úlcera péptica entra en el dominio del médico general. La función del cirujano queda limitada a manejar complicaciones tales como hemorragias repetidas, perforaciones, etc. y a técnicas terapéuticas tales como la vagotomía y la gastroenterostomía, en aquellos casos que no responden a la dirección médica standard. El médico bien informado debe saber que los factores emocionales influyen y modifican el curso de la enfermedad y producen muchas de sus complicaciones; así como que las relaciones médico-paciente pueden ejercer una poderosa influencia, ya que para inducir un equilibrio emocional y fisiológico, o ya para producir una tensión emocional que modifique el curso de la enfermedad. Las necesidades reprimidas de dependencia de muchos pacientes pueden satisfacerse directamente o de manera indirecta, sin inducir necesariamente sentimientos de vergüenza culpa o resistencia. Esto puede conseguirse mediante el manejo adecuado del ambiente, como por ejemplo, la obtención del apoyo de figuras claves en la vida del enfermo, o por medio del manejo adecuado de la transferencia en la relación médico paciente, reforzando el contacto por medio de entrevistas regulares y frecuentes.

Ciertos casos deberán remitirse con un psiquiatra para un tratamiento más profundo e intenso.

Fisiológicamente el tratamiento busca proteger la mucosa gastroduodenal de -

la acción digestiva del ácido clorhídrico y la pepsina. Una terapéutica eficaz requiere un alivio continuo y completo del dolor. Como la tensión emocional sostenida puede aumentar la secreción del ácido clorhídrico y la susceptibilidad de la mucosa gastroduodenal para la úlcera, debe procurarse el reposo y el alivio para todas las tensiones.

Pronóstico: Los resultados inmediatos del tratamiento médico de la úlcera péptica son muy buenos; a largo plazo menos notables. Las recidivas y la cronicidad son comunes con cualquier tipo de tratamiento, tanto médico como quirúrgico, pues no suprimen completamente la secreción de ácido clorhídrico, a pesar de lo cual, la perspectiva para los pacientes con úlcera péptica es favorable. (3, 9, 22)

TRASTORNOS SOMATOPSIQUICOS

Componentes emocionales de la enfermedad física

Así como la tensión emocional puede considerarse como la causa de una gran variedad de síntomas y molestias físicas; por el contrario, la enfermedad orgánica puede provocar emociones que complican en gran parte la incapacidad somática. Las manifestaciones de una enfermedad física, con frecuencia están matizadas por la personalidad del paciente. Así mismo, la evolución y el desenlace del proceso orgánico — pueden estar influidos, en gran parte, por la actitud mental del paciente.

Es muy probable que el enfermo que sufre de un trastorno físico grave y progresivo, tienda a desarrollar algunas respuestas psicológicas a éste. Entre estas respuestas psicológicas pueden encontrarse la represión, negación o tal vez, una exageración de los síntomas con el objeto de lograr compasión o atención. En ocasiones el daño emocional y el que sufre la salud mental del paciente debido a una enfermedad o invalidez somática, es más grave y permanente que los resultados físicos de la lesión orgánica.

Es muy importante la actitud que el paciente tenga hacia su enfermedad o invalidez, pues no solo debe adaptarse a ésta, sino también a la idea de estar inválido o enfermo y a las nuevas actitudes que deberá asumir frente a las demás personas.

No son raros los casos en que el enfermo conscientemente trata de curarse de su invalidez o enfermedad, pero inconscientemente desea que el síntoma se prolongue. Los motivos que retardan la recuperación pueden ser de diversa índole: autocastigo, — deseo de ser importante y tomado en cuenta, deseo de venganza o protesta, etc.

Los factores que surgen del ambiente social del enfermo o de las interacciones entre el paciente y su marco social, pueden tener importancia como causas de la en-

cuenta para llevar a cabo un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado. (1, 2, 3, 13)

CONCLUSIONES

- 1.- Los padecimientos psicósomáticos o neurofisiológicos son trastornos con evidencia clara de verdaderas afecciones corporales, en las que se -- hace necesario el tratamiento médico para aliviarlas o combatirlas. Sin embargo, una significativa proporción de los determinantes son de origen psicológico y es probable que el trastorno reaparezca y persista si los factores emocionales no han sido resueltos.

Debemos notar algunos datos importantes en el desarrollo y recurrencia de los desórdenes neurofisiológicos:

- 1.- El paciente, por lo general, tiene una historia de continua presión psicológica e inseguridad. Los trastornos empiezan bajo circunstancias en las que la persona se ve sujeta a tensiones muy fuertes y prolongadas.
- 2.- El trastorno es verdaderamente orgánico y puede ser aliviado en forma transitoria mediante técnicas puramente médicas de tratamiento.
- 3.- La presentación del padecimiento no puede ser explicada en base a un ajuste físico.
- 4.- En el estudio de las enfermedades psicósomáticas es sumamente importante tomar en cuenta las diferencias individuales en respuesta al stress.

II.- Se eligieron como principales padecimientos neurofisiológicos a la úlcera péptica, la hipertensión esencial y al asma bronquial, debido a que han sido de las más estudiadas en este campo y porque en ellas se ha demostrado con mayor claridad la interacción de los factores fisiológicos y los psicológicos. Muchos otros síndromes de síntomas han sido estudiados considerando su posible etiología psicológica, pero ante la brevedad de este trabajo, únicamente nos limitaremos a considerar con algún detalle los tres padecimientos mencionados con anterioridad.

1.- Úlcera péptica: Considerada fisiológicamente como una lesión en el revestimiento del estómago o del duodeno. De las diversas investigaciones llevadas a cabo en pacientes ulcerosos, parece suficientemente claro que la actividad gástrica en ellos es fácilmente estimulada -- por el stress psicológico prolongado. Psicológicamente existe una situación de dependencia en estos enfermos, marcada necesidad de afecto, hostilidad reprimida e hiperactividad.

2.- Hipertensión esencial: Fisiológicamente se le da el nombre de hipertensión a la alta presión crónica de la sangre. Se ha observado que el incremento en la presión sanguínea, es una respuesta común ante un conflicto o stress y ordinariamente regresa a su nivel normal cuando el factor stressante ha terminado. Parecen haber algunas diferencias entre los organismos vivientes en cuanto a la susceptibilidad a la hipertensión producida por el stress. Las hipótesis psicológicas propuestas -

para explicar el desarrollo de este padecimiento, han tendido a acen-
trarse en el conflicto originado en el comportamiento hostil por parte
del paciente. La hipertensión puede ser inducida al ser frustrada la -
agresión experimentalmente.

3.- Asma bronquial: Es una enfermedad caracterizada por respuestas -
especiales de las estructuras bronquiales a estímulos diversos y que -
manifiesta por broncoespasmos, hipersecreción y edema de la muscula-
tura bronquial. Desde hace algún tiempo se han venido estudiando las
alteraciones de la función respiratoria ocasionadas por desequilibrio -
emocional, angustia, ansiedad, desadaptación, etc. En este padeci-
miento se ha enfatizado la relación madre - hijo en su génesis. En los
diversos estudios realizados acerca del niño asmático, se ha considerado
que está rodeado de una constelación familiar especial. También -
puede considerarse como factor importante en la producción del asma la
represión del llanto en el niño.

III.- Tratamiento: Para el diagnóstico diferencial debe tenerse presente --
que los síntomas iniciales son de tipo físico y dominan a tal grado el -
cuadro clínico que es difícil reconocer su causa mental a simple vista.

El tratamiento integral psicosomático se basará en:

1.- El logro de una buena transferencia afectiva con el paciente que
facilite la comunicación y dé confianza a la consulta.

2.- Se debe estimular al enfermo a comentar las situaciones emocio-
nales conflictivas y ayudarlo para que las relaciones con el princio

recurrencia de la enfermedad.

3.- Se tratarán de eliminar los factores psicológicos del trastorno, --
pués mientras estos existan la enfermedad persistirá o reaparecerá has-
ta que estos sean resueltos.

4.- Cuando se considere necesario se solicitará la presencia de las --
personas que conviven más estrechamente con el paciente con el fin-
de obtener una historia clínica longitudinal del paciente.

5.- Prescripción de los medicamentos correspondientes a cada enfer-
medad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Eric D. Wittkower, R. A. Cleghorn y colaboradores "Progresos en Medicina Psicosomática" Editorial Eudeba 1966.
- 2.- Mira y López Emilio "Compendio de Psiquiatría" El Ateneo Editorial 1958.
- 3.- Noyes P. A. "Psiquiatría Clínica Moderna" Editorial Prensa Médica Mexicana - 1961.
- 4.- Metcalfe Maryse "Demostración de una Relación Psicosomática" Psychosom. Med Vol. XXIX 1966.
- 5.- Cuadernos de Psicoanálisis "La Constelación Familiar Del Niño Asmático" Dr. -- Luis Moreno Corzo Vol. I # 3, Julio - Septiembre 1965.
- 6.- De La Fuente Ramón "Psicología Médica" Editorial Fondo de Cultura Económica 1960.
- 7.- Dr. Robles Oswaldo "Introducción a la Psicología Científica" Editorial Porrúa, - S. A. 1959.
- 8.- Salerno V. Enrique "Ginecología Psicosomática" Editorial Paidós #191, 1968.
- 9.- Cecil Loeb "Tratado de Medicina Interna" Editorial Interamericana 1968.
- 10.- Christopher Text Book of Surgery (By American Authors) Edited by Frederick -- Fourth Edition 1946.
- 11.- Psychosomatic Medicine The First Hamemann Symposium, Edited by John H. -- Nodine - John H. Moyer 1962.
- 12.- Mueller F. L. "La Psicología Contemporánea" Breviario del Fondo de Cultura - Económica Colección Popular # 67, 1965.
- 13.- Hofling K, Charles "Tratado de Psiquiatría" Editorial Interamericana, S.A. 1967.
- 14.- Chauchard Paul "Medicina Psicosomática" Editorial Paidós 1960.

- 15.- Selye H. y Fortier C. "Adaptive Reaction to Stress" Psychosom. Med. Vol. --
XII Mayo - Junio 1950.
- 16.- Wolff Werner "Introducción a la Psicopatología" Breviario del Fondo de Cultura Económica # 119, 1965.
- 17.- Dunbar Flanders y Otros. "Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy". Editorial Paidós # 20, 1958.
- 18.- Ullmann P. Leonard "Case Studies in Behavior Modification" Edited by Holt, -
Rinehart and Winston, Inc. 1968.
- 19.- Hall S. Clavin. "Compendio de Psicología Freudiana" Editorial Paidós #106,
1966.
- 20.- Maher A. Brendan "Models For The Study of Psychopathology; Principles of --
Psychopathology An Experimental Approach" 1966.
- 21.- Pérez Tamayo R. "Principios de Patología" Editorial Prensa Médica Mexicana
1959.
- 22.- R. Schindler "Gastroenterología" Editorial Prensa Médica Mexicana 1959.
- 23.- Manual Merck Tercera Edición Edited by Merck Sharp-Dohme Research Laboratories E.U.A. 1964.
- 24.- C. Fiedberg "Enfermedades del Corazón" Editorial Interamericana 1958.
- 25.- Pons Pedro "Patología y Clínica Médicas" Editorial Salvat 1965, Tomo IV.

