

**TESIS
PROFESIONAL
U. N. A. M.
FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS
1962**

**CONCEPTOS PSICOLOGICOS Y APLICACIONES DE LA
MEDICINA PSICOSOMATICA**

BERTHA KOLTENIUK T.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

Conceptos Psicológicos y Aplicaciones
de la Medicina Psicosomática.

Tesis que sustenta
Bertha Kolteniuk Toyber
para obtener el grado de
Maestría en Psicología

México - 1962.

" No es propio curar el cuerpo
sin el alma...."

Sócrates

I N D I C E

	No. de Página.
<u>INTRODUCCION</u>	4
CAPITULO I Cuerpo y Alma. Aspectos Filosóficos	8
CAPITULO II Principales Conceptos Contenidos en las Diferentes Teorías Psicosomáticas	31
CAPITULO III Algunas Investigaciones hechas en el Campo Psicosomá tico	72
CAPITULO IV Aplicaciones de la Medicina Psicosomática.	103
S U M A R I O.	174
C O N C L U S I O N E S.	180
B I B L I O G R A F I A.	186

I N T R O D U C C I O N .

La elaboración de esta tesis ha sido para mí una gran experiencia. Tanto se ha hablado en estos últimos años de la medicina psicosomática, que quise enterarme de lo que era en forma más cercana e íntima. Claro que esta intimidad no será completa hasta palparla personalmente en la práctica clínica. Pero mientras tanto, este estudio me ha dado más insight sobre la materia. Cada día de estudio me ofrecía un nuevo descubrimiento que para mí era verdaderamente fascinante por su novedad y su forma de enfocar al ser humano. Espero que será igualmente interesante para todos aquéllos que como yo, empiecen a adentrarse en este tema tan vasto e ilimitado que trata de estudiar al hombre en estado de salud y enfermedad, tomando en cuenta sus aspectos somáticos y psíquicos, sus variantes y respuestas, así como sus mecanismos defensivos, somáticos y psíquicos que aparecen en un momento determinado de su conducta.

Aquél que se encuentre en contacto con campos de investigación, se dará cuenta que siempre ha existido un interés por los factores psicológicos del hombre, los cuales se han ido interpretando según los alcances de ese momento histórico de investigación. Es sabido por todos, que no fué sino hasta el descubrimiento de la técnica psicoanalítica, que se presentó la posibilidad de estudiar las bases emocionales de la conducta humana en forma más exacta y profunda. Freud se valió de las investigaciones anamnésticas para penetrar las regiones más íntimas y ocultas del individuo, descubriendo que ciertas experiencias re-

retornan constantemente en el enfermo, siendo el estado histérico la "prolongada consecuencia de una emoción pretérita".¹ Partiendo de los síntomas, llega el ilustre maestro a conocer su etiología y a darse cuenta de que síntomas físicos que se consideraban como el producto de un desorden orgánico, tenían muchas veces un origen psíquico. En sus primeras investigaciones psicoanalíticas, observó que las tendencias instintivas en un momento dado, podían adoptar una forma somática de expresión. De esta base nació la histeria de conversión que somatiza los sufrimientos psíquicos del individuo. Se llegó a concluir que todas las alteraciones somáticas que tienen un significado psicológico, entraban en la categoría de histeria. El desarrollo de la investigación psicoanalítica puso de manifiesto que cuando por motivos específicos, una emoción no podía ser expresada - por ejercerse sobre ella una represión muy fuerte - el conflicto era expresado en forma más regresiva e indiferenciada y la persistencia de esta conducta ocasionaba finalmente el desorden orgánico, como consecuencia de cambios fisiológicos. El avance de las técnicas histológicas demostró que algunos padecimientos físicos no producían modificación alguna sobre los tejidos del cuerpo. Este dato hizo que se buscaran nuevos caminos para encontrar la etiología y desarrollo de ciertas enfermedades que iban en aumento creciente. Se llegó a descubrir que algunas enfermedades, que alcanzaban una expresión somática, tenían una relación íntima con el ambiente cultural, afectándose mutuamente. Es

¹ Freud, S.: Obras Completas, volumen 1, p.131, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

te hecho junto con descubrimientos derivados de otros campos científicos y el advenimiento del psicoanálisis, hizo que la medicina empezara a valorar los factores psíquicos. La teoría organísmal, con su enfoque integral del hombre, logró que el paciente fuera examinado como una unidad.

Con esta orientación surge un concepto de enfermedad que está en función de las motivaciones fundamentales del hombre. Con todas las aportaciones de distintas ciencias, especialmente con el psicoanálisis, el enfoque parcial de la enfermedad se fué perdiendo. Las investigaciones psicósomáticas han puesto de manifiesto factores hasta ahora incógnitos para el hombre. La aplicación de estos resultados a la medicina y a la psiquiatría ha dado un enfoque más dinámico del individuo. Mientras tanto las motivaciones inconscientes siguen siendo objeto de continuo estudio con el fin de aclarar nuevos conceptos de la conducta humana y llegar a un conocimiento más completo del hombre.

Probablemente para aquéllos que no estén familiarizados con los mecanismos de la mente, los conceptos aquí expuestos parecerán anticientíficos. Pero deben saber que el mundo psíquico del hombre no es una ecuación matemática que sigue un curso lógico. El hombre es un ser lleno de cambios y de movimiento originado por distintas motivaciones. La forma en que cada individuo es afectado por el mundo de las emociones es muy personal. Difiere de los demás hombres, porque cada uno está en función de un pasado y de un presente específico. Pero su denominador común es que todos sienten y reaccionan ante los diferentes estímulos,

variando únicamente la intensidad de sus reacciones. Estas actitudes son las que hacen que un individuo aparezca inhibido y otro agresivo. El hombre de este modo debe ser estudiado junto con sus emociones. Separarlas del estudio sería facturararlo y robarle algo muypreciado que es su unidad.

Al ir incorporando el producto de las nuevas investigaciones, la medicina va transformándose. Será sólo a través de la fusión de éstas nuevas ideas, como se llegará a un verdadero adelanto. El avance de la medicina radica pues en el hecho de tomar en cuenta los factores psicológicos que intervienen en la enfermedad y la terapia.

CAPITULO I

Cuerpo y Alma - Aspectos Filosóficos

El concepto de alma surge en el momento en que el hombre se siente impotente ante la naturaleza. El ser humano se sentía omnipotente porque pensaba que el curso de la Naturaleza estaba sometido a su poder. Pero llegó un momento en que se dio cuenta que el Universo caminaba sin su ayuda ni intervención, sintiéndose pequeño por primera vez, imaginando la intervención de otros seres más poderosos que él, ante los cuales confesaba ya su subordinación y a los que pedía protección absoluta para "que llevaran su espíritu inmortal libre de la carga del cuerpo, a un mundo más feliz. Así surge el primer concepto de alma" (60)

Sin llegar a abordar una definición propia del alma, considero pertinente revisar lo que se ha pensado acerca de esta. El hombre siempre ha sido el mayor misterio del hombre. Han transcurrido miles de años después de su creación y aún se sigue tratando de investigar y conocer su esencia. El concepto de cuerpo y alma ha sido motivo de su preocupación desde tiempo inmemorial. La carencia de conocimientos y la falta de explicación de ciertos fenómenos lo llevaron a atribuirles un significado místico y divino. En diferentes momentos de la historia la pregunta eterna ha sido - ¿Que es el alma? Estimulado por su imaginación el hombre trata de contestarse. Sus sueños lo llevan a pensar que el alma puede dejar el cuerpo y retornar. El miedo a la muerte lo lleva a creer que el alma deja el mundo ma-

terial para habitar en un mundo perfecto y mientras éste fin llega, se siente protegido por dicha continuidad.

Este concepto de reencarnación con sus implicaciones morales establece una separación entre el mundo real y la "otra vida", sin embargo, el alma no es todavía algo independiente. El alma también se ve asociada con el aliento y la respiración pero adquiere un carácter más individual cuando se le concibe como el principio de la muerte, teniendo este principio una naturaleza corporal, mientras el alma tiene un carácter espiritual o contrapuesto a lo natural. Demócrito (1,25,79,100, 125) el atomista, para quien el alma está constituida de átomos sumamente finos, es fuente de constante energía y actividad. Pero el alma como entidad que está realmente contrapuesta al cuerpo, surge desde el momento en que es considerada como una entidad desdeñada. Estas ideas fueron expuestas por Empédocles y Pitágoras quienes sostienen que en el hombre existe una realidad de orden divino, que nació antes que el cuerpo y que seguirá existiendo aunque este perezca. De este concepto que afirma que la realidad divina que habita en el cuerpo, entra y sale de él, nace posteriormente la idea de que el cuerpo no puede identificarse con el alma, encontrándose inclusive en oposición a él. El cuerpo viene a representar la prisión o sepulcro del alma y la misión del hombre será encontrar el camino para liberarla, y una forma de lograrlo, será mediante la purificación o la contemplación. El alma que preexiste al cuerpo, alcanza su pureza mientras más se desprenda de lo material.

Platón se trata de explicar la relación cuerpo-alma a través de las actividades de ésta. Explica que el cráneo humano - que es un Cosmos empequeñecido, tiene dos tipos de alma: inmortal e irracional, mientras que el cuerpo también tiene dos almas: inferior y mortal. El alma superior se localiza en el pecho e irradia Energía, y la inferior está en el abdomen originando el apetito. Pero las almas inferiores perturban a la Superior que es racional, confundiendo así sus relaciones y estropeando su armonía. Al nivel superior, - que está tan cerca de lo divino, lo corporal le resulta extraño. El alma que se localiza en el caparazón material, es capaz de dirigirse hacia lo inteligible por la contemplación, pensando en lo inmortal y en lo divino. La posición dualista se ve en Platón a través de esta constante lucha de niveles. Pero para Aristóteles (25,136) el alma es material, siendo el principio del cuerpo, de allí que a pesar de no ser corporal pertenece y forma parte de él. De sus tres almas: vegetativa, sensitiva e intelectual, la última es la que realiza las actividades inmateriales y la que es propia del hombre. Las dos primeras dependen de la material mientras que la intelectual depende sólo instrumentalmente de ella, es decir, que la intelectual depende sólo instrumentalmente del cuerpo, ya que las actividades intelectivas son inmateriales. Aristóteles enfatiza la unión entre cuerpo y mente pues considera que el cuerpo es el principio y forma del alma, así como el alma es la entelequia del cuerpo, condicionando las posibilidades de vida, crecimiento, actividad intelectual, sensorial y emocional. En

general se puede decir que el alma en el mundo antiguo, trata de comprender su posición en el cuerpo y su composición, así como la armonía entre las partes de que estaba formada. Pausatinamente el concepto de alma va registrando un proceso de personalización que se desarrolla plenamente con San Agustín, quien verá en el alma no sólo la inteligibilidad sino también la trascendencia de Dios. Esto se debe a que con el Cristianismo el alma es una persona que tiene acceso a Dios. El alma tiene una calidad pensante, volitiva y efectiva y su superioridad sobre el cuerpo es evidente, estando presente en cada parte de él. "Cuando hay un dolor en el pie, el ojo ve, la lengua habla, la mano se mueve. Y esto no ocurriría si el alma no estuviera en esas partes, porque de no estar presente, no sentiría lo que pasa". (13) Sin embargo, San Agustín no pudo explicarse cómo el alma, que es inmaterial, puede ser capaz de actuar en la materia del cuerpo, causando movimiento.

Hasta el siglo XIII, con Santo Tomás, no se presenta ningún cambio de pensamiento. Para este filósofo - que es el exponente más característico del pensamiento medieval, el alma es inmaterial y de esencial importancia en las funciones vitales. Según él, el alma es incorruptible e independiente y puede funcionar sin establecer ninguna conexión con el cuerpo. Este principio no es aplicable en los animales, en los que la dependencia con el alma es absoluta. El cuerpo es mantenido por el alma, de la que recibe movimiento, crecimiento, sentimiento y entendimiento y la separación entre ellos es puramente accidental,

siendo después de la muerte, en la resurrección, que el alma volverá a unirse con el mismo cuerpo de que formaba parte. Descartes (14,31,169), que marca la transición del mundo medieval al moderno, considera al alma indivisible, mientras que el cuerpo puede ser fragmentado. En sí misma, el alma es inteligencia y unida al cuerpo es sobre todo conciencia, dándose perfecta cuenta de lo que sucede en él. Debido a que el cuerpo no es sino un mecanismo, si no hay alma no hay conciencia, de allí que los animales sean autómatas o máquinas pues carecen de espíritu. Todo movimiento del cuerpo se refleja en el alma, la cual se hospeda en el cerebro cerca de la base llamada glándula pineal, en el centro de los ventrículos cerebrales, estableciéndose aquí una constante interacción del cuerpo y mente. Con su teoría dualista se enfrenta a este problema de interacción, atribuyéndole a Dios la ejecución de la comunicación entre las dos entidades dispares de cuerpo-mente.

Spinoza (23) marca una nueva tendencia filosófica, sosteniendo que el dualismo de Descartes tenía que ser abandonado, no creyendo en la interacción entre cuerpo y mente o en la pluralidad de sustancias. Su teoría, que es monista, dice que sólo hay una sustancia no conocida por nosotros. Esta sustancia posee dos atributos: mente y materia o como el las llama "Pensamiento" (estado de conciencia) y "Extensión". Debido a que ambas son dos atributos distintos de una sustancia desconocida, no es posible que haya interacción entre ambas, pero si puede existir un paralelismo. Así los dos modos de una sustancia son: uno psíquico y otro físico

y consecuentemente la psicología debe ser paralela a la fisiología. "Para cada palabra en el lenguaje de la fisiología habrá un concepto mental o una palabra del lenguaje psicológico." (66) Es decir, que cada evento material tiene su correspondiente evento mental y viceversa, aunque ocurren muchos cambios en el cuerpo sin que la mente esté conciente de ellos. La mente no es sino la idea de su cuerpo y no su forma, como pensaron los Escolásticos. Así mismo, el hombre debe ser visto como alma y cuerpo. La desaparición del cuerpo traerá la desaparición del alma puesto que lo unido eterno es la esencia de ésta.

Malebranche (79) quien también parte de Descartes, trata de explicarse la comunicación de las sustancias y dice que no hay interacción directa entre ellas, siendo Dios el que las opera. En realidad su tesis, en la cual el alma aprehende a Dios y al mundo unicamente a través de Dios mismo, esta basada en los conceptos Agustinianos. Leibnitz (79) en este sentido concibe al alma como una mónada sin ventanas, reflejándose en ella el mundo entero.

Locke (35) considera que la mente es un papel en blanco sin ideas, comparada con una pieza de cera en donde todo puede quedar inscrito, pero en su misma, no es sino un gabinete vacío que está en función de la experiencia.

En este momento cabe decir, que mientras la concepción tradicional es un realismo que considera al alma en el mundo, para la concepción moderna es un idealismo que considera que el mundo está en el alma. La filosofía entonces trata de sumir al mundo en el sujeto.

al alma en el ser o de incluir el mundo exterior en el sujeto, haciendo de él un fenómeno del sujeto. Así que la subjetivación se hará, no en nombre del alma sino de la conciencia, para lo que se tratará de separar el aspecto metafísico del psicológico con el objeto de comprender el alma. Es esta idea la que marca y caracteriza el idealismo. En la época contemporánea, la relación cuerpo-mente, que ha seguido siendo motivo de tanta especulación, toma la forma de interaccionismo, automatismo y paralelismo. En el primero, el cerebro es un instrumento usado por la mente cuando se relaciona con el mundo de los objetos, habiendo una acción del cuerpo sobre la mente y de la mente sobre el cuerpo. En el segundo, el cerebro es la base física del estado de conciencia habiendo una dependencia absoluta de la mente sobre el cuerpo. Para que esta exista en forma causal, es indispensable la acción del cerebro. O sea, que los estados de conciencia son función del cerebro, siendo el estado de conciencia dependiente de él. El paralelismo asume que el cuerpo y la mente son dos aspectos de una misma cosa. La función de la mente acompaña la función del cuerpo (cerebro) y ninguna de las dos es causa o efecto. La mente camina con el cuerpo como la sombra con el hombre, sin que la sombra cause al hombre o éste cause su su sombra (66). Pero la corriente filosófica que mas recientemente influyó en el pensamiento del hombre es el materialismo, el que no reconoce en ninguna forma el dualismo de la materia y el espíritu, conociendo únicamente la existencia de la materia, estando ésta integrada por factores de energía y fuerza.

El alma para esta corriente función del cerebro exclusivamente.

Es en esta forma, como las ideas filosóficas van determinando la orientación psicológica sobre cuerpo y alma. La necesidad de un estudio empírico del alma - que llega a ser comprendida como el conjunto de hechos y fenómenos psíquicos, hace que se vaya prescindiendo de los conceptos metafísicos y que se vaya encaminando gradualmente a un concepto integral del individuo.

Concepto Dinámico del Individuo.

Con el adelanto de la fisiología, la mente se llega a materializar más aún. La fisiología del siglo pasado, sin decir que la mente era idéntica al cerebro, afirmaba que ésta rodeaba al cerebro en la misma forma que el aura rodeaba la cabeza del santo. El aura reflejaba lo que sucedía en el cerebro haciéndola consciente de su ocurrencia. El cerebro era visto como un registrador de las ocurrencias corporales, pues todo lo que pasaba en la conciencia, era registrado en el cerebro y como nada sucedía en el cerebro que no se presentara primero en el cuerpo, nada ocurría en la mente que no ocurriera primero en el cuerpo.

Las ideas del siglo XIX pueden resumirse diciendo que la mente estaba condicionada por un estado corporal y este último por su ambiente externo. Los cambios corporales eran producto de cambios en el ambiente exterior y los mentales se debían a los cambios corporales.

La dicotomía entre el cuerpo y mente, en donde la fuerza era fuerza y la estructura estructura, se ha hecho mas dinámica. Ya no se puede pensar más en términos de cerebro. El ser humano es uno con su ambiente y el todo es una creatividad continua.

Es necesario, dice Kennedy (94), tener en cuenta las relaciones del Sistema Nervioso con las actividades especializadas del resto del cuerpo. Es afectar y ser afectado por todo el organismo y el estado de conciencia no viene siendo sino el resultado de la estructura total.

Fué apenas a principios de este siglo que se le concedió mas importancia al problema de integración y diferenciación en el organismo. Como vimos antes, hay quien sostiene que el soma es la base de la psique y viceversa, o bien quien sostiene el interaccionismo y paralelismo. Sin embargo, ha sido posible un avance en el campo psicológico debido al abandono de las especulaciones metafísicas. Es un error creer a si mismo, que el organismo como concepto integral es reciente, pues Aristóteles menciona 'un principio de unidad único e indivisible como base de la organización de las partes'. (167). Y tampoco es reciente el considerar al todo como diferente a sus partes, pero la diferencia radica en que entonces éste concepto era estático. No se dieron cuenta que el principio de unidad es dinámico ni que las partes, así como el todo, tienen una existencia separada y que tampoco son aspectos distintos de una realidad orgánica.

A este nuevo concepto del organismo como todo, se le debe, por ejemplo, ~~el~~ mejor entendimiento y comprensión del paciente mentalmente enfermo.

Así Ritter menciona que "El organismo en su totalidad es tan esencial para la explicación de sus elementos, como sus elementos son para la explicación del organismo". (135) A. Meyer - que sintió la necesidad de síntesis entre psicología y biología, ve al organismo como todo, en donde "Lo importante para nosotros es la actividad y conducta del organismo total o individuo, puesto a la actividad de órganos separados. Es más que cerebración" (48)

El todo, dice W. A. White (166) es diferente a la suma de las partes y la diferencia se debe a la función de integración. El soma y la psique no son sino aspectos de una misma unidad biológica, -el individuo. La psique no puede ser concebida como algo que ha sido sobrepuesto al cuerpo en algún momento de la evolución pues es tan antigua como el cuerpo y el cuerpo es más que la suma de los órganos. Por esto hay que tener presente que en todo evento somático hay un evento psíquico y no porque los eventos psíquicos sean invisibles deben verse diferentes a los eventos físicos. Y dice, " Es necesario desmembrar al organismo viviente considerando cada una de sus partes, cada función, cada aspecto separadamente con el fin de definirlo, pero cuando esto se ha alcanzado, es necesario integrar el organismo y observar la parte que desempeña el organismo particular en el organismo como todo y a menos que esto se haga, la función bajo consideración no podrá ser apreciada y su significado no podrá ser entendido" "Cada organismo individual está organiza

do y estructurado en tal forma que integra todas sus partes bajo el dominio de la cabeza, en donde están concentradas las actividades a las que más tarde, en el curso de la evolución, se les dará el nombre de mente. Desde el principio de la evolución, el organismo no se desarrolló primeramente como un grupo de órganos que después desarrolló un control centralizado y coordinador de esos órganos, sino que el desarrollo del control central y coordinador se llevó a cabo con el desarrollo de los órganos". El organismo -sigue diciendo- es un "sistema de energía, no un sistema cerrado sino abierto, que recibe, transforma y da energía. Bajo estas circunstancias no es una entidad distinta y separada sino parte de un todo más grande, sociedad si se quiere, que nuevamente forma parte de un todo aún más grande". (167)

W. B. Cannon (30) se expresa que hay que entender al organismo como algo más que la suma de los sistemas.

Esto es, que para entender al organismo, hay que verlo como todo y sus partes deben ser vistas en relación a cada una y en relación al todo. La integración obtenida es traducida en patrones de conducta total, que se extiende a cada parte del organismo.

Esta nueva forma de considerar al individuo representa un avance enorme en el entendimiento del hombre y principalmente en la Medicina y la Psicología.

CONCEPTOS DE MEDICINA PSICOSOMATICA

A mediados del siglo pasado Jacobi y Narse (180) publi

can la primera revista de Medicina Psicosomática, siendo éste el primer intento de unir la medicina médica con el campo de la medicina orgánica, tratando así mismo de dar una descripción clínica entre cuerpo y mente o afectos y cuerpo. Su fracaso se debió a que carecían de un concepto unificador del individuo, estancándose su trabajo en un paralelismo de tipo psicofísico.

Por su parte, la medicina en el siglo XIX era una ciencia basada en la aplicación de la física y la química al organismo. El ser vivo era concebido como un mecanismo de reflejos y actitudes fisiológicas. Al principio del presente siglo, ésta se vuelve más analítica, dividiendo al todo en partes, sin darse cuenta de que las partes sólo tienen sentido cuando se conoce al todo. Pero en este momento, la psique del paciente aún no es tomada en cuenta.

El nacimiento del Psicoanálisis, por vez primera valora los problemas individuales de cada paciente, así como sus elementos constitucionales y suposición en el medio ambiente, arrojando mayor luz hacia los enfermos psiconeuróticos que constituyen una gran parte de los pacientes para quienes la medicina Somática propiamente, no ofrece una terapia adecuada, pues trata al órgano enfermo únicamente (108). Al mismo tiempo, investigaciones modernas del Sistema Nervioso, Sistema Endocrino, e Hipotálamo demuestran nuevos caminos por lo que se lleva a cabo la interacción Psico-orgánica. El estudio de la emoción y la observación de cambios corporales que ocurren en ciertas experiencias emocionales, trae un nuevo período en la medicina, pero las consecuen

cias de la segunda guerra mundial, que afectan a millones de gentes, también enseñan el valor de los elementos sociales en la patología humana.

De esta manera surge la Medicina Psicosomática, cuyo término se popularizó en 1935 cuando Flanders Dunbar lo introdujo en la medicina de América. El término ofrecía al médico general, por primera vez, un campo donde se consideraban las relaciones emocionales con las enfermedades corporales. Sin embargo la crítica que se le ha venido haciendo desde entonces, es que aún sigue guardando nominalmente la dicotomía cuerpo-mente. Su uso moderno se originó, porque se quiso encontrar un término que pusiera de manifiesto la influencia de las emociones y los desajustes de la personalidad en la producción de una disfunción y enfermedad fisiológica. El término sin embargo, se ha querido reemplazar por Psicobiología, Medicina Antropológica, Problemas Psicosomáticos y Ergasiología (14-6) que significa ciencia de la conducta. Pero el término de medicina psicosomática se ha aceptado, quedando sólo como problema de interpretación. Los nuevos problemas de tipo semántico confunden a los que no están en el campo psicosomático, por lo que se ha dicho que son más importantes los criterios de investigación que se sigan que la aplicación de un nombre (16).

Flanders Dunbar funda la primera revista psicosomática en 1939 y en su introducción dice en relación a esta ciencia: "Su objeto es estudiar en su interrelación los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales, normales o anormales y así integrar la terapia somática. La Medicina Psicosomá-

tica no es una especialidad médica tal como la Pediatría o la Dermatología. Es un método de acercamiento a los problemas de etiología y terapia, más que ser una delimitación del área. La medicina psicosomática se ocupa del acercamiento psicológico de la medicina general! "En la medicina psicosomática el aspecto psíquico y somático representan dos ángulos de observación en que la -- unidad organismal debe ser estudiada." (49)

Zilboorg dice que la medicina psicosomática no es en -- ninguna forma una especialidad nueva que estudia fenómenos psicosomáticos descubiertos recientemente, sino que es una extensión -- de la medicina y la psiquiatría. No quiere ni pretende que se -- considere y estudie al soma menos sino que se estudia a la psique más, es la reafirmación de un principio antiguo que enfatiza que cuerpo y mente son uno, funcionando como órganos interactivos e -- independientes. La medicina psicosomática es la aplicación simul -- tánea de técnicas fisiológicas y psicológicas al estudio de la en -- fermedad, en un esfuerzo de hacer un diagnóstico definitivo y una -- preparación a un cuidado médico comprensivo" (180).

Para poder comprender el concepto psicosomático en la -- medicina, hay que ver qué tan predominante es el problema emocional y qué tanto es físico y por supuesto, ver también la relación entre ellos. Como ciencia, la medicina psicosomática tiene que -- ver la naturaleza exacta de la relación de las emociones y las -- funciones somáticas. Investigaciones de tipo fisiológico y descu -- brimientos realizados por el Psicoanálisis, han impulsado en es -- tos últimos años el desarrollo de esta ciencia. Su creciente po --

pularidad es un resultado de la importancia emocional en la enfermedad. El contenido emocional de la enfermedad no pudo ser ignorado por más tiempo "Antes de que el término fuese adoptado, el paciente con problemas emocionales era catalogado como psico-neurótico. Pero éste traía consigo ciertos prejuicios de su parte, pues el paciente se negaba a ser catalogado como tal, pues implicaba debilidad e inhabilidad para hacerse frente a las responsabilidades de la vida cotidiana. Este nuevo término parece ser más aceptable para el paciente, mientras que al mismo tiempo el médico trata de prestarle mayor atención a la vida emocional de su paciente, considerando al factor emocional como un factor patógeno en su sintomatología (54).

La medicina psicosomática ha venido teniendo una influencia muy grande en la psiquiatría así como en distintos campos de la medicina, en los cuales la oportunidad de investigar y comprobar conceptos psicodinámicos y la observación de respuestas fisiológicas ha aumentado los intereses de la investigación. Esta correlación - de respuestas fisiológicas y fenómenos dinámicos - ha revolucionado definitivamente muchos de los conceptos de la psiquiatría.

Concepto de la emoción en la enfermedad Psicosomática.

Es bien sabido que uno de los factores más importantes en toda enfermedad psicosomática es el factor emocional. Debido a su importancia en las afecciones psicosomáticas - se ha observado que la aparición de lesiones en los tejidos del cuerpo está relacionada con disturbios emocionales - debe tenerse una com---

prensión de la naturaleza y acción de las emociones. Mi intención no es disertar sobre ella pues sería motivo de una nueva tesis, pero es imposible dejar de mencionarla. Es del conocimiento de todos que la emoción trae concomitantes fisiológicos - rubor, palpitaciones, desmayo, llanto, etc. Incluso la gente muchas veces exclama que fulano murió de X enfermedad fatal porque sus responsabilidades eran agobiantes, o bien dicen que le vino un ataque cardiaco como consecuencia de un acceso de ira o que el conocimiento súbito de malas noticias fué el responsable de su ataque. Es pues obvio que los factores emocionales son centrales en la etiología de ciertas enfermedades (24).

La ciencia médica tiene la tendencia a ver la emoción como algo mórbido debido a que los médicos la asocian con la enfermedad. Se ha venido hablando tanto de estados somáticos patológicos causados por la emoción, que como dice Whitehorn (168) - en forma sarcástica, pronto ocupará el lugar de los gérmenes, como enemigo de la salud.

En la medicina la emoción se ve como una acción compleja de la psique, estando asociada con fenómenos nerviosos y endocrinos que se propagan a casi todos los órganos. En psicología, la emoción es entendida como una corriente de energía y en medicina psicosomática es una clase de energía nerviosa que produce cambios fisiológicos y reacciones químicas en el cuerpo.

Una de las teorías que la explican es la de James Lange, la que está por supuesto basada en evidencia experimental. - Sostiene esta teoría que la situación que ocasiona la emoción-mie

do, por ejemplo, se debe a la producción de cambios corporales. Es la percepción de dichos cambios o excitaciones los que originan la emoción. 'No corremos porque tenemos, tenemos porque corremos'... (126), así que si el individuo no se da cuenta de los cambios corporales o éstos no ocurren, las emociones no podrán ser experimentadas. Mas tarde se comprobó en sujetos cuya espina había sido lesionada en la parte superior - no teniendo consecuentemente sensaciones en el cuerpo, que eran capaces de sentir la emoción, pues la vivencia emocional para ser sentida, no necesita ser expresada.

Cannon (29) sostiene que hay cambios corporales en -- excitaciones emocionales fuertes de temor e ira. La respiración entonces se generaliza "El corazón palpita con más rapidez, la presión arterial sube, la sangre es llevada al estómago, intestinos, corazón, sistema nervioso central y músculos; el proceso en el canal alimenticio cesa, hay segregación de adrenalina, .. etc." (30) Todos estos cambios corporales que se producen en situaciones emocionales, son considerados como perturbadores de la homeostasis. La experiencia interna del individuo en el temor o ira es un elemento en la reacción personal, que compromete los procesos adaptativos fisiológicos ya enunciados. El hipotálamo es para este autor de vital importancia en la experiencia subjetiva de la emoción, pues es la región donde se coordina la conducta emocional.

Su diferencia con la teoría de James Lange consiste - en que para Cannon hay independencia entre la experiencia emo--

cional y la conducta emocional; surgen ambas casi simultáneamente debido a una descarga de impulsos del hipotálamo y no dependen de actividades del esqueleto o viscerales. En cambio, como se enunció antes, para James Lange la experiencia emocional está siempre conciente de los cambios corporales (126).

Los estudios de Cannon han tenido una gran repercusión puesto que han correlacionado la situación fisiológica con la situación externa, asociando las emociones con fenómenos nerviosos, endocrinos viscerales, respiratorios y capilares. Su contribución ha servido de base a la medicina psicósomática, para la cual la emoción - como se enunció antes, es una base de energía nerviosa que trae consigo reacciones químicas y cambios fisiológicos en el cuerpo. Esta energía puede producir descargas nerviosas y hormonales capaces de causar o provocar una enfermedad orgánica (24). Es esta corriente continua o recurrente de energía a órganos internos, la que producirá en general la enfermedad psicósomática (158) o las perturbaciones funcionales (108).

La influencia de las emociones es observable por ejemplo en las secreciones digestivas: Conflictos psíquicos de larga duración pueden provocar como principio hiperacidez crónica - en el estómago, que a su vez puede producir una úlcera gástrica. O bien, emociones muy fuertes ocasionan una taquicardia cuya prolongación puede producir cambios anatómicos. Freud se percató de que las emociones que no pueden expresarse libremente por vías normales, pueden llegar a ser origen de perturbación en las funciones vegetativas.

Espero pues que ha quedado bien establecido el hecho de que la emoción en sus diferentes manifestaciones, forma parte de cualquier enfermedad y es por ello que los factores emocionales deben tomarse en cuenta en la producción de la enfermedad al igual que los demás factores.

Desórdenes Psicosomáticos

La historia de la evolución que han seguido nuestras ideas sobre la enfermedad ha sido condicionada por nuestro concepto de la naturaleza de la mente y su relación con el cuerpo, Cuando se creía que el alma se localizaba en el cuerpo y partía con la muerte, la enfermedad mental específicamente, era vista como posesión diabólica y naturalmente que no era posible ver cualquier correlación entre sintomatología mental y las condiciones de la enfermedad física. Más tarde se desarrollan dos puntos de vista: los que afirman que al enfermarse la psique se producía la enfermedad mental y los que consideran que la enfermedad es una manifestación de imperfección. El cuerpo es el único susceptible a enfermarse y a interferir con las funciones del alma perfecta. Esta lucha de ideas produjo la intensificación de estudios en diferentes campos, buscando cada uno por su parte comprender al hombre cuando la mente y cuerpo estaban en conflicto. La medicina, que había sido rescatada en un principio de su interpretación mágica por Hipócrates, (121, 130) en busca de una clave, explica las relaciones entre cuerpo y mente como enfermedad y salud. Sin embargo trataba de estudiar al hom

bre y a sus enfermedades, basándose casi exclusivamente en su fundación biológico-genética. Esto dejó poco lugar para considerar los conflictos emocionales que se presentaban en la enfermedad, los que más bien eran entendidos como consecuencia del deterioro cerebral o de un desarreglo fisiológico. Pero en las últimas décadas, con todos los adelantos modernos se tiene un concepto más dinámico, explicándose la enfermedad como un cambio en el organismo en donde hay pérdida de energía, siendo su punto culminante la muerte. (167) Cannon (30) naturalmente la interpreta como pérdida de homeostasis. Dunbar (52) la interpreta como el resultado del conflicto entre los factores ambientales.

La enfermedad psicósomática es toda enfermedad en donde los procesos emocionales acompañan a los procesos orgánicos. (41) Para Masserman, (109) son desórdenes de conducta total en donde las disfunciones somáticas específicas tienen un papel -- prominente, Halliday (75) considera que las afecciones Psicósomáticas "Son desórdenes que incapacitan sin ser propiamente mortales. Sólo en contados casos las alteraciones psicofisiológicas provocan cambios orgánicos que resultan letales" Añade Margolis que "las manifestaciones de enfermedad representan reacciones del cuerpo humano a cualquier disturbio de su integridad funcional total". (107)

Para comprender mejor la enfermedad, se la ha dividido en enfermedad funcional y orgánica. El trastorno funcional, según Alexander (7a) es aquel en donde no hay cambios morfológicos en la estructura anatómica. Lo único que ha sido alterado

ha sido la coordinación e intensidad de las funciones del órgano. Estos desórdenes pueden ocasionar cambios de estructura -- cuando tienen gran duración. Es así, por ejemplo, que la parálisis histérica de una pierna, debido a la falta de actividad, puede provocar cambios degenerativos en los músculos. O conflictos emocionales de larga duración pueden producir una neurosis digestiva que acabará provocando una úlcera. Se pueden describir estos trastornos como alteraciones de la función más que -- cambios en la estructura (195).

La enfermedad orgánica se presenta como consecuencia de cambios anatómicos. A veces se debe a un desorden crónico - emocional que por su prolongación, acelera los correspondientes cambios de tejido. "Los cambios anatómicos son las respuestas secundarias de la función alterada y la función alterada es la respuesta de conflictos emocionales crónicos" (7a).

El Psicoanálisis ha demostrado que muchos de estos -- desórdenes se originan en la vida diaria por emociones reprimidas, que al sostenerse y al no ser expresadas, provocan tensiones emocionales crónicas que perturbarán las funciones de órganos vegetativos como la digestión, respiración y circulación.

Pero lo importante en la enfermedad es darse cuenta - de los mecanismos que el sujeto ha empleado para hacer frente a sus problemas, que en su mayoría son de origen inconsciente. Tomando ésto en cuenta se deberá estudiar al paciente en forma integral, para comprender su disturbio somático, así como los factores psicológicos que lo componen.

Para terminar de dar una idea de la situación del médico con respecto a la enfermedad, diré que el famoso médico de familia tuvo una gran influencia en el paciente, aunque entonces los conceptos psicossomáticos modernos aún no se estudiaban. El éxito de su relación con el paciente se debía a que conocía perfectamente la relación psicossomática del paciente, estando conciente de su influencia ambiental y de sus preocupaciones o temores. Esta información la aplicaba posteriormente en el tratamiento correspondiente de su paciente. Pero a principios de siglo, la medicina entra en una etapa de especialización. Su meta era la aplicación de conocimientos químicos al organismo humano, descuidando en cambio las relaciones interpersonales -- del paciente-médico. El médico general adopta un enfoque local de la enfermedad y no ve sino el órgano enfermo, de ahí que cure únicamente la enfermedad. Debido a este acercamiento, los pacientes que padecían una enfermedad orgánica eran objeto de continua cirugía, estimulándoseles una hipocondriasis que los llegaba a invalidar por completo. En cambio el enfermo psicossomático era visto sin interés clínico pues el médico sentía que le hacía perder su tiempo. Pero la medicina en un período de transición, entra dentro de la corriente integral. Influenciada por investigaciones científicas de carácter psicodinámico, trata de observar al paciente con un interés más humano. Al mismo tiempo, la enfermedad es mejor conocida debido a la consideración -- del elemento psíquico que la compone, influyendo este concepto en la mejor integración del estudio psicossomático y de su postu

rior terapia.

Es indiscutible que para entender la dinámica de la enfermedad hay que tener en cuenta que la dificultad emocional que el paciente presenta, es el resultado de los patrones básicos de ajuste o desajuste que se formaron en su temprana edad.

Pero hablaré más extensamente sobre esto último en el siguiente capítulo, en el cual explicaré las ideas principales de quienes sostienen las distintas tesis psicósomáticas.

CAPITULO II

Principales conceptos contenidos en las diferentes teorías Psicosomáticas

El presente capítulo tendrá por objeto presentar las principales ideas de la medicina psicosomática según sus expositores. Debido a que son los experimentos fisiológicos de Cannon los que han servido de base para el desarrollo de la medicina psicosomática, empezaré refiriéndome a él: A través del estudio de las funciones defensivas del hombre, se dió cuenta de la importancia del papel que desempeña el Sistema Nervioso Autónomo. Este hecho es aceptado actualmente en forma general pues se sabe que los cambios causantes de enfermedades psicosomáticas están influenciados por el Sistema Nervioso Autónomo y Neuroendocrino. (102) Cannon señaló que el Sistema Nervioso Autónomo tiene dos funciones: la de preparador del cuerpo para defenderse ante una situación de peligro y la de regulador, cuyo objeto es mantener la homeostasis en el organismo. Estos ajustes rápidos son funciones del Sistema Autónomo, pero las adaptaciones más lentas se deben a influencias químicas y hormonales. (29, 30)

Las reacciones corporales ocurren en su mayoría acompañadas de fuertes emociones de ira, y temor, las cuales producen una serie de cambios internos que son procesos preparatorios para la lucha. Cuando sucede que el organismo se prepara para la lucha, el componente simpático del Sistema Nervioso --

Autónomo interviene con fuerza, expidiéndose una substancia llamada Adrenalina en la sangre. Es precisamente el simpático el que prepara al animal para la lucha o la huida, provocando los consecuentes cambios fisiológicos: constricción de las vísceras, traslado de sangre a los músculos del esqueleto y corazón, los que se dilatan durante la actividad del Sistema Simpático, la aceleración del corazón y la respiración, la inhibición de la motilidad gastrointestinal, la dilatación de la pupila y la sudoración, todas estas son las características que presenta el animal o el individuo ante una situación de peligro. Así se ve que un sujeto ante una situación emotiva fuerte descarga la vejiga y los intestinos, siendo esta acción involuntaria. Esto hace que se considere a la actividad simpática como un mecanismo de emergencia. "El simpático, es como el pedal fuerte y suave que modera todas las notas". (30) En cambio el parasimpático es el factor que contrarresta lo anterior, estando encargado de restaurar y proteger los recursos corporales. Este componente controla los procesos indispensables en la digestión (ingestión, secreción gástrica, peristalsis y liberación de insulina). Si la estimulación simpática acelera el pulso, la parasimpática lo retarda.

Cannon demostró que todos estos cambios preparan al animal para afrontar la situación, ya sea mediante la huida o la lucha "Correr para escapar del peligro y atacar para ser dominante"

(30) El temor y la ira son vistos de esta manera como formas de ajuste del organismo a una emergencia. Por eso la actividad del cuerpo puede afectar la homeostasis y si esto ocurriese, desór-

denes funcionales de importancia ocurrirían también, ya que -- "Sin homeostasis habría un constante peligro de desastre" (30).

Sus observaciones experimentales demuestran que la hiperactividad de una parte del sistema nervioso autónomo, producirá un mecanismo compensatorio en la parte opuesta de dicho sistema, con el fin de lograr una armonía más completa. Son estos ajustes que el organismo realiza para restaurar su equilibrio, los que constituyen un punto de partida para el estudio de las reacciones del hombre ante estímulos físicos y emocionales (32)

La teoría de Cannon marcó un camino nuevo en la Medicina Psicosomática, pues se llegó a la conclusión de que, cuando la respuesta autónoma es provocada excesivamente en beneficio del equilibrio homeostático o bien provocada por un estado emocional fuerte repetido, podrá ocasionar disturbios funcionales que producirán a su vez cambios orgánicos (65).

Otra contribución en el campo fisiológico que ha tenido repercusión en la Medicina Psicosomática, viene del estudio que Paylov hizo de los reflejos condicionados. El estudio de los reflejos condicionados se ha realizado particularmente en la conducta visceral. Pero la razón por la que se establece un reflejo en un determinado órgano, puede deberse a la estructura de dicho órgano o bien a un factor de origen desconocido que llega a ser determinante. Por ejemplo, en cuanto se logra la respuesta visceral habitual, se han sentado ya las bases para que el reflejo condicionado pueda desarrollarse y la

estimulación de este órgano se podrá obtener fácilmente.

Pavlov (65) se dió cuenta de que era imposible provocar trastornos crónicos de conducta en animales previamente condicionados, concluyendo que la rutina insatisfactoria y monótona de reflejos podría ser el factor principal en la producción de la tensión.

Modificaciones a la técnica del reflejo condicionadores de Pavlov han ocasionado grandes cambios en la apreciación fisiológica de la conducta del hombre. En nuevas investigaciones se ha observado que las funciones fisiológicas son capaces de ser condicionadas, centralizándose más en el estudio de los reflejos condicionados sobre las integraciones fisiológicas complejas que toman parte en los actos habituales más sencillos.

K. Menninger, (114) basándose en la teoría de los - instintos de muerte de Freud dice que el órgano perturbado con tiene una sobrecarga de fuerzas destructivas que en sí son derivaciones del instinto de muerte, por lo que la enfermedad orgánica no es otra cosa que una especie de suicidio parcial.

Deutsch (41) explica que la etiología de una enfermedad puede estar condicionada por situaciones psicosomáticas -- que han ocurrido en el pasado del paciente. Así, si una función orgánica ha sido alterada por una emoción patológica, cada vez que la emoción se repita, será susceptible de producir la misma respuesta orgánica, siendo éste el único canal expresivo del proceso emocional patológico en cuestión. Del mismo

modo, cuando un conflicto emocional coincide con un disturbio orgánico que aparece por primera vez en el sujeto, se presenta la posibilidad de una recurrencia del disturbio, cada vez que el conflicto emocional aparezca. Probablemente, juzga el autor, el conflicto emocional en condiciones favorables podría haber sido resuelto, pero al interferir con el disturbio orgánico, se marca en la estructura del sujeto provocando el trastorno orgánico; sin embargo, cuando esta asociación se presenta, podrá permanecer obscura hasta que, estimulada por condiciones propicias, se manifiesta en forma abierta, siendo su sintomatología orgánica el resultado de la expresión de problema psicológico. Claro que puede suceder lo contrario: Que la alteración orgánica se mantenga latente, no cobrando expresión a través de los síntomas por la sencilla razón de que los componentes psicológicos no fueron activados. Es obvio pues, ante las distintas alternativas que se pueden presentar, que el médico debe tener una buena evidencia del problema, para demostrar que el trastorno ha sido producido por conflictos emocionales, y esto no será posible hasta que los problemas emocionales condicionantes sean conocidos. Por el otro lado, a veces los problemas emocionales tienen una acción indirecta sobre la enfermedad psicósomática. Esto acontece en forma de "escape o fuga en la enfermedad". Una situación que ejemplifica esto, se encuentra en el caso del sujeto que acometido por fuertes problemas emocionales que no puede resolver, escapa, saliendo a la calle. Pero absorbido en sus problemas cae y se fractura una pierna, representando esta falta de atención, la ex-

presión de sus problemas emocionales inconscientes o reprimidos.

Para este autor, los síntomas psicósomáticos se deben en general a desórdenes orgánicos que tuvieron lugar en los primeros años de vida, así como a fijaciones o desviaciones de instintos que al ser asociados con sistemas u órganos específicos, - en una situación de conflicto, son usados por el yo para resolver el conflicto patológico. Pero también rasgos neuróticos contribuyen a la formación de dichos síntomas, porque disminuyen la carga de energía del yo.

Cuando sucede que dos o más enfermedades psicósomáticas se presentan en el mismo individuo, la razón puede consistir en que dichos desórdenes se han presentado en diferentes etapas de la evolución psíquica, (El desorden respiratorio en el nivel --- oral, el desorden de la piel, en la etapa narcisista) provocando la consiguiente segregación a etapas anteriores.

En resumen, la elección del órgano depende de una multitud de factores, pudiendo deberse como se dijo antes, a una alteración orgánica muy temprana, a la ocurrencia simultánea del -- desorden orgánico con problemas emocionales, al número de veces que esta asociación haya ocurrido; a la represión original de la experiencia que motivó el conflicto; a la simbolización que el - sujeto - en su temprana edad- haya hecho de las partes - de su cuerpo; a la incapacidad del yo para resolver sus conflictos o bien, a su carencia de energía para afrontar sus problemas en otra forma; a la neurosis que los padres o la familia padezcan; a circunstancias accidentales y "a la consistencia en usar

el desequilibrio orgánico como expresión pre-verbal de conflictos reprimidos..." (L1)

Smith E. Jelliffe (85) también se basa en el concepto de destrucción (instinto de muerte) de Freud, para interpretar la enfermedad. La lucha instintiva de vida-muerte, afecta a un órgano cuando esta lucha tiene lugar en ese determinado órgano. Si permanece temporalmente en el órgano, el disturbio desaparecerá cuando la lucha se resuelva favorablemente. Pero si esto -- último no sucede, podrá ocasionar una destrucción parcial o completa del órgano que fué elegido inconscientemente como escena - del conflicto. La falta repentina de balance en el órgano o en la función, se deberá a que el elemento agresivo ha actuado sobre él en forma sadista, siendo su trastorno simbólico de una - muerte parcial o una castración. Y es castración porque ha mutilado al órgano. Este proceso se observa con mayor claridad - en sujetos que padecen artritis. Cuando los impulsos de muerte se apoderan de los órganos motores (músculos, tendones, articulaciones) sus articulaciones se cierran y el sujeto queda aprisionado. Su silla de ruedas es símbolo de la cárcel y su cautiverio es una forma de aliviar un fuerte sentimiento de culpa, - satisfaciendo así una intensa necesidad de castigo. Este problema de sentimiento de culpa y necesidad de castigo, es sólo resultado del conflicto entre el Ego y el Super Ego.

Jelliffe (86) se explica que los disturbios orgánicos pueden deberse a "un desajuste económico de libido" que ha sido reprimida y regresada a etapas anteriores operando en el nivel

del órgano. Pero para evaluar ciertas enfermedades - como gastro-intestinales, - hay que tomar en cuenta todos los demás mecanismos que intervienen en dicho desajuste y no verlo únicamente como una inadecuación en la distribución de la libido.

F. Dunbar (52) cuyo trabajo se conoce por su elaboración de perfiles psicológicos que caracterizan diversas enfermedades, afirma que no son sólo los organismos bacteriales o toxinas los que producen una enfermedad, sino que la emoción y los concomitantes fisiológicos que la acompañan son también responsables de disturbios funcionales. La expresión inadecuada de emociones o la solución inapropiada de conflictos emocionales, ocurre cuando las razones de esta expresión son internas, no debiéndose propiamente a causas externas.

La respuesta ante un ataque imaginario trae los mismos cambios fisiológicos que los ocasionados por un ataque real, siendo éstos inclusive muy peligrosos porque son expresados somáticamente en forma más inadecuada. Esta energía es expresada a través del lenguaje psicósomático. Ahora bien, si la acción que se toma es inadecuada, la emoción será descargada inapropiadamente, desequilibrando al organismo y creando una tensión permanente que puede causar desórdenes recurrentes de funciones, - que a su vez terminarán causando una alteración crónica. Cuando los síntomas - que son expresiones patológicas de energía - causan un daño estructural irreversible, la energía vital dejará de ser obtenible por haber sido gastada previamente.

Afirma el autor, que en cualquier síndrome hay una --

constelación de factores que establecen las condiciones emocionales y ambientales características de dicho síndrome. La combinación de los elementos de esta constelación, unida a los problemas particulares del individuo, ayuda a desarrollar una enfermedad psicosomática. Es así que algunas veces la exposición a ciertos síndromes constituyen una especie de contagio emocional, desarrollando el sujeto una reacción a dicho síndrome. Son precisamente estos factores ambientales los que afectan al conflicto o a las defensas que se han formado en contra de él.

Las actitudes inconscientes del paciente según el síndrome, fueron caracterizadas por Dunbar de esta manera:

"El paciente que tiene una tendencia a tener accidentes dice: 'siempre tengo que trabajar. No puedo estar sin hacer nada. Cuando me caigo, no digo nada, hago algo. Actúo antes de pensar'.

"El paciente hipertenso (Would be top-dog) dice: -- 'Siempre tengo que decir sí. No sé por qué. Siempre tengo coraje después o bien podría discutir todo el día'.

"El paciente coronario (Top-dog) dice: 'He trabajado mucho toda mi vida. Siempre tengo que seguir trabajando. Tengo que ser el jefe'.

"El paciente de angina (Prima Donna) dice: 'Siempre he sido ambicioso, siempre he tratado de tener éxito. Cuando algo me pasa, lo siento en mi corazón'.

"El paciente con fiebre reumática (Teacher's pet) dice: 'Todo lo que hago me duele pero me tengo que seguir moviendo'. -

"El paciente con enfermedad reumática del corazón dice: 'Tengo sueños tan terribles' o 'Creo que nací para ser mar tir'

"El paciente con arritmia cardíaca (Niño en la obscuridad) dice: 'Quiero llegar a algo, pero me imagino que estoy destinado a ser un fracaso. Tengo temor de la gente. Me siento más feliz cuando me imagino cosas'.

"El paciente con diabetes (Muddler) dice: 'Constantemente estoy a punto de lastimar a alguien o de lesionarme. Tienen que ayudarme, no soy responsable de mí, yo no puedo decir cosas' " (51).

Estas fórmulas fueron obtenidas de pacientes que asociaban sus fantasías con sus disturbios orgánicos. Muchos de sus síntomas se intensificaban o disminuían mientras interpretaban relaciones de transferencias durante el análisis. Pero lo que aún no es claro, es que personas que no presentan desórdenes psicósomáticos también pueden presentar las mismas características.

Dunbar basó su estudio de perfiles en 1600 pacientes hospitalizados, quienes en su mayoría sufrían de enfermedades orgánicas. Una gran parte de dichos enfermos tenían dificultades emocionales que a su vez ejercían una marcada influencia en el curso de su enfermedad. Al encontrarse correlación entre el síndrome somático del paciente y el tipo de personalidad, el autor concluyó que debería haber un perfil de personalidad para -

cada síndrome. Para obtener sus resultados, se basó en entrevistas, en las que exploraba las áreas de conflicto, rasgos de carácter, las enfermedades previas y las reacciones personales a ellas. Como acabo de mencionar, el autor se basó en entrevistas, asociaciones libres, sueños, factores constitucionales y aplicación del Rorschach y otras pruebas proyectivas. Encontró una variedad de características individuales en cada uno de los síndromes, clasificándolos de acuerdo a la enfermedad.

En cuanto a pacientes que sufren de dos o más síndromes simultáneos, su explicación se encuentra en factores de personalidad que lo predisponen a que en ambas enfermedades, el área de conflicto sea la misma, con la diferencia de que al responder a la dificultad en forma distinta, se ocasiona un síndrome distinto. Un ejemplo de esta combinación se encuentra en pacientes con síndromes cardiovasculares y en los propensos a accidentes. Mientras que los primeros inhiben hostilidad, los segundos "act out" sus problemas emocionales. Su diferencia radica en la forma de reaccionar al conflicto y su similitud en que ambos tienen problemas con la autoridad.

Sin embargo, la teoría de Dunbar ha sido muy criticada: Grinker (71) dice que además de que sus perfiles no han sido ampliamente aprobados - por no haberse tomado grupos mayores de individuos sanos y pacientes con otras enfermedades psicósomáticas - hay una gran similitud de características entre los diferentes síndromes encontrados mediante su método. Desde el punto de vista científico resulta superficial, por no ser capaz

de penetrar los conflictos y emociones más profundas del individuo ofreciendo únicamente la descripción de las formaciones reactivas y de las defensas más superficiales.

Franz Alexander es indudablemente una de las figuras que más han contribuido al campo de la Medicina Psicosomática. Sus ideas han tenido gran influencia en el criterio de muchos otros investigadores. Su escuela - Instituto de Psicoanálisis de Chicago, - se ha convertido en un centro de investigaciones psicosomáticas, ocupando tanto él como sus colaboradores un re conocido lugar como autoridad de esta ciencia.

Alexander (7, 7a) expone su tesis diciendo que toda enfermedad es psicosomática debido a que los procesos corporales son influenciados por factores emocionales. Los factores etiológicos que tienen un significado en la enfermedad pueden ser múltiples, entre ellos, la constitución hereditaria, enfermedades infantiles, que contribuyen a volver ciertos órganos - más sensibles o vulnerables, lesiones causadas en el nacimiento, el tipo de cuidado que se haya tenido durante el desarrollo infantil, traumas físicos acaecidos en la infancia, rasgos personales de la familia así como el ambiente emocional familiar, lesiones físicas que hayan ocurrido en un nivel más avanzado y experiencias de índole emocional que están conectadas con situaciones personales y de trabajo. Todos estos factores influyen considerablemente pues contribuyen a la vulnerabilidad o susceptibilidad del órgano ante estímulos emocionales. Según el Instituto de Chicago, hay una correlación entre un estado -

emocional y su respuesta fisiológica, formando ésta una parte integral de la emoción. Es el estado emocional el que determina la respuesta fisiológica y tanto la vulnerabilidad del órgano perturbado como la constelación emocional, contribuyen para ocasionar la enfermedad orgánica. La especificidad en las alteraciones vegetativas se debe a constelaciones emocionales específicas, puesto que la forma de reaccionar fisiológicamente a distintas tensiones emocionales, varía considerablemente.

Alexander especialmente enfatizó - en contra de lo sostenido por Deutsch y Jelliffe - , que los concomitantes fisiológicos de la emoción no tienen necesariamente un significado simbólico (102).

Basa sus estudios en las investigaciones de Cannon - cuyos trabajos previos dejaron profunda huella en su concepción de la enfermedad psicosomática. De allí su afirmación de que - en la Medicina Psicosomática, la sintomatología de una enfermedad debe ser considerada como concomitante o acompañamiento fisiológico y de ninguna manera como sustituto de manifestaciones emocionales reprimidas. De acuerdo con los estudios de Cannon, las tensiones emocionales no tienen una expresión en la conducta externa únicamente, sino que también tienen una repercusión interna, en la cual los procesos fisiológicos actúan -- adaptivamente ante la mencionada excitación emocional. Las emociones, que deben ser asociadas con su acción concomitante, -- son manifestadas por una parte del Sistema Nervioso Autónomo.

La diferencia entre el síntoma conversivo y la neuro

sis vegetativa consiste en que el primero es una expresión disfrazada de un contenido emocional que intenta liberarse; es decir, que los síntomas conversivos son sustitutos de problemas emocionales que no han podido encontrar una expresión adecuada a través de la conducta motora. Algo que ejemplificaría esto, sería la frustración de la excitación sexual, que a no ser gratificada por las relaciones sexuales se reprimiría expresándose en alguna inervación motora de otro tipo, como por ejemplo, en ataques convulsivos, que en su esencia imitan movimientos musculares de la relación sexual. En cambio "la neurosis vegetativa" no es un intento de expresar la emoción, sino una respuesta fisiológica de los órganos vegetativos a los constantes y periódicos estados emocionales" (7a). Es un acompañamiento fisiológico de estados emocionales que tienden a presentarse en forma prologada y recurrente, no siendo de ninguna manera una expresión sustitutiva de la emoción. Cuando los conflictos no se resuelven y la emoción continúa, se producen cambios irreversibles que terminan provocando la enfermedad orgánica, la cual es el producto parcial de conflictos neuróticos crónicos (11). Pero el punto común de ambos es que son causados por tensiones emocionales crónicas que no han podido ser liberadas.

En general los trastornos emocionales de las funciones vegetativas tienen dos momentos:

- 1.- Los que activan la preparación del organismo en caso de emergencia, ya sea lucha o huida.
- 2.- Los que aíslan al individuo de toda actividad exterior.

En el primer caso, cuando los impulsos que preparan al individuo son reprimidos, la actividad esperada no se realiza (huída o lucha) a pesar de que en el organismo han sucedido una serie de cambios fisiológicos y actividades vegetativas preparadoras para la acción. La frecuencia de esta acción frustrada produce una cronicidad en las respuestas fisiológicas adaptativas. Esto podría ilustrarse mediante el ejemplo de - síntomas cardíacos en donde la ira y la ansiedad neurótica, son reprimidas. Naturalmente que ésto no sucede cuando la acción se lleva a cabo completamente, trayendo un reposo total en el organismo como consecuencia de que, a su vez, los procesos fisiológicos han vuelto a su actividad normal previa.

En el segundo caso se encuentran las personas que - en lugar de hacerle frente a la emergencia, tratan de buscar -) inmediatamente ayuda, repitiendo el mismo patrón infantil que adoptaron de niños. En estos casos se observa que el sujeto, en una situación de peligro, desarrolla diarrea en vez de resolver la situación apropiadamente. En esta respuesta neurótica de tipo vegetativo, se observa un alejamiento de acción más radical que en el grupo anterior, retrayéndose el sujeto hacia una actitud dependiente que es el reverso de lo apropiado. Se encuentran en este grupo, los trastornos funcionales del tacto gastrointestinal, cuyas respuestas al stress emocional están asentadas en patrones regresivos, porque su forma de responder a problemas emocionales es propia de un - infante.

En el primer grupo se ve la acción fisiológica del simpático aumentada, mientras que en el segundo hay definitivamente un aumento del parasimpático. El mismo mecanismo tiene lugar cuando ante una situación emocional aguda, ocurre una regresión a la etapa oral, en que el sujeto para liberar tensiones molestas ocasionadas por una necesidad insatisfecha, come. Como se sabe, el hambre en el infante despierta una tensión emocional que es calmada únicamente mediante la incorporación oral, cuyo punto máximo de satisfacción es el sentimiento de saciedad.

Vimos que en caso de que haya hiperactividad simpática, a pesar de todos los cambios preparatorios para la lucha o huida que tienen lugar con el fin de que la acción se consuma, el organismo no responde como debe, pues en caso de responder, el proceso sería normal y es característico en la naturaleza neurótica, que el proceso fisiológico no sea consumado. Como se mencionó antes, cuando el parasimpático predomina, hay un alejamiento más marcado en la solución de los conflictos; el contenido inconsciente conectado con el síntoma se manifiesta en una regresión a un nivel independiente vegetativo, por lo que el sujeto con un desorden gastrointestinal se prepara, en una situación de emergencia, para alimentarse en lugar de prepararse para pelear.

Por lo que se ha dicho se puede observar que en momentos de stress, ocurren adaptaciones psicológicas y fisiológicas, estando éstas últimas mediadas por el sistema nervioso autónomo.

voluntario y endócrino.

En la teoría de Alexander se destaca el término Vector que es una "dirección dinámica de impulsos". Del simbolismo de órgano, Alexander se dirige a algo parecido que es el Vector.

Los instintos del hombre tienen 3 vectores: incorporativo, retentivo y eliminativo. Basándose en esto, estudia los procesos de ingestión, retención y eliminación o expulsión, obteniendo fórmulas dinámicas más específicas para la comprensión de diversos desórdenes fisiológicos. Así, observa que -- cuando hay deseos inconscientes de pasividad, dependencia y -- protección, cubiertos por una conducta exterior independiente y segura, se tiende a desarrollar una úlcera gástrica; en la colitis se manifiesta una conducta de agresividad eliminativa que es reprimida; en la diarrea hay un conflicto sobre el deseo de dar o eliminar mientras que en la constipación hay un conflicto sobre el deseo de retener. Saúl (143) da tres ejemplos muy interesantes:

El sujeto incorporativo es un hombre que actúa y demanda como un parásito, teniendo sueños de obtener algo por nada, en especial comida. Son gourmets y alcohólicos.

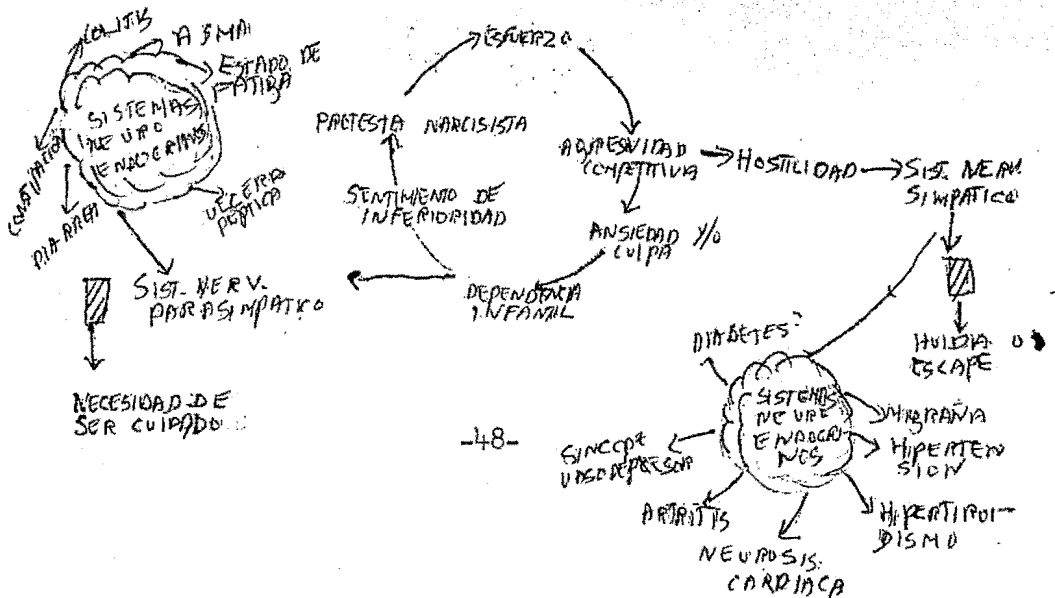
El sujeto eliminativo es ejemplificado por un hombre que al sentir que tiene que pagar una suma de dinero, desarrolla diarrea.

El sujeto retentivo es ejemplificado por una mujer constipada que había soñado que su gato estaba sentado sobre un jamón, aso

ciendo a este sueño su absoluta negación de prestarle dinero a un amigo. Hablaremos explícitamente sobre los determinantes psicológicos de los diversos síndromes en el capítulo correspondiente (CAPITULO IV).

De todo lo que se acaba de exponer se deduce que un conflicto de naturaleza inconsciente es capaz de causar alteraciones en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, produciendo a su vez alteraciones en el funcionamiento del organismo y cambios morfológicos o anatómicos en el individuo que está, por una razón u otra, predispuesto a la enfermedad (83).

Alexander esquematiza la personalidad como un círculo ordenado de reacciones que tienen como punto de partida la necesidad de dependencia. Cuando por alguna razón la dependencia no es satisfecha, se produce un sentimiento de inferioridad que por su parte conduce a una protesta narcisista y a un estado de sobre-compensación que a su vez ocasiona un esfuerzo y agresividad competitiva que trae consigo ansiedad y/o culpa. Y finalmente una regresión al punto de partida, que es la dependencia. Cuando esta necesidad de dependencia es bloqueada,



la energía se expresa por el sistema nervioso parasimpático, siendo sus alteraciones resultantes; la úlcera, la constipación, la diarrea, la colitis y el asma.

Las respuestas fisiológicas a estímulos emocionales varían según la naturaleza del estado emocional precipitante. El aumento de la presión arterial y de la taquicardia pueden ser motivados por ira o miedo. La hipersecreción gástrica puede ser una respuesta regresiva a una emergencia. La teoría de la especificidad de los factores emocionales en los disturbios somáticos, sostiene que cualquier emoción contribuye al desarrollo de un disturbio orgánico, siendo la vulnerabilidad local del órgano enfermo, el responsable de la localización de la enfermedad. Pero de ninguna modo se deben desquidar otros factores no emocionales, pues éstos también pueden determinar el tipo de la respuesta fisiológica.

En todos los desórdenes psicósomáticos se observa la presencia de influencias psicológicas como ansiedad, frustración de deseos de dependencia, represión de impulsos hostiles y sexuales y sentimientos de inferioridad y de culpa. El hecho de que aparezca uno de esos aspectos psicológicos no hará que el desorden sea específico, Lo importante será siempre la configuración dinámica en que aparezcan. Así como la respuesta psicológica varía de un sujeto a otro, así también varía la respuesta fisiológica. El individuo puede reaccionar agresivamente pegando, escupiendo, ensuciando, in

insultando, etc. Estos determinantes psicológicos junto con la "configuración dinámica de las fuerzas motivantes determina las funciones fisiológicas que serán activadas o inhibidas" (7a).

Alexander dice que bajo condiciones culturales específicas, aparecen con más frecuencia ciertas defensas en contra de problemas emocionales. En nuestra cultura se pone más atención a actitudes de independencia, por lo que se ve también con más frecuencia el tipo hiperactivo en el paciente -- con úlcera péptica. Pero su fachada de hiperactivo es sólo una defensa contra sentimientos dependientes inconscientes, no teniendo correlación con la úlcera propiamente dicha, puesto que la correlación psicósomática radica en la constelación emocional y en las respuestas vegetativas.

Harold G. Wolff, (175, 176) es una figura bien conocida por sus destacadas investigaciones en el campo psicósomático. Considera que el elemento común en el desorden psicósomático es la interpretación de una situación determinada como amenazante, desarrollando ansiedad en un nivel consciente o inconsciente que lo lleva a construir un patrón de reacción protector. El stress dependerá de la forma en que el sujeto afectado lo interprete. Dichos patrones de reacción tienen una función protectora y adaptativa y serán defensivos u ofensivos según sea la situación de stress, la naturaleza del sujeto y su forma de haber reaccionado en el pasado, de ahí que el stress tenga un significado individual y los cambios

que se producen en cada sujeto sean también específicos. A esto se debe que cada individuo posea una forma para reaccionar al stress. Esta capacidad es aprendida desde la infancia, formando consecuentemente un patrón de conducta, que --unido al factor hereditario, hará que el sujeto use en determinado momento un patrón específico. Se verá frecuentemente que un individuo cuyos padres padecen constantemente de dolores de cabeza, sufrirá dicho padecimiento cada vez que se tropiece con una situación que le sea difícil de afrontar o de resolver.

Quando un órgano específico participa continua y -prolongadamente en una situación de crisis o stress en forma de patrón protector, esta reacción específica no deberá ser interpretada como una consecuencia de la inferioridad o debilidad del órgano, aunque claro está, por tal participación, el órgano comprometido deja de mantener la integridad estructural. El órgano generalmente no es débil sino que por el contrario, puede estar en una excelente condición, mientras que el individuo puede sentirse débil o ser más vulnerable. La especificidad depende en gran parte de la forma en que el sujeto, ante una situación de stress lo interprete y como se dijo antes, esto también está en relación con su herencia, -influencias condicionantes, presiones culturales, cambios sociales súbitos, necesidad de aspiraciones, frustración de sus necesidades y metas.

El patrón protector de ofensa se observa en suje--

tos que al sentirse amenazados, recurren a patrones regresivos orales. (58)

El patrón protector defensivo reacciona cuando el sujeto ante una amenaza, evoca situaciones infantiles pasadas en que se ha valido de mecanismos de rechazo para deshacerse de un elemento físico perturbador. (agente nocivo-vómito o diarrea) Esto ocurre aunque la situación presente no -- tenga que ver en ninguna forma con el intestino, pero el sujeto reacciona como si hubiese ingerido el elemento nocivo. Se observa que un sujeto que está dentro de un ambiente muy dominante, puede desarrollar un patrón de expulsión o bien una persona con demandas muy fuertes de su ambiente puede -- responder con diarrea. Naturalmente que este mecanismo está integrado dentro del proceso inconsciente, de ahí que el sujeto aparezca aparentemente sereno y calmado. Por lo visto, el tipo de stress que afecta al hombre, tiene origen tanto -- en el ambiente físico y biológico, como en su experiencia pasada compuesta de frustraciones y errores.

Los trastornos específicos representan pues frag-- mentaciones de reacciones protectoras y sus respuestas son -- sólo ajustes del organismo, permitiendo dicha adaptación una vida tranquila. Pero debe saberse que los patrones que dominan la reacción protectora son, por un lado constitucio-- nalmente heredados y por el otro, se desarrollan en las primeras experiencias de la vida.

Los estudios de Jurgen Ruesch se caracterizan por

tos que al sentirse amenazados, recurren a patrones regresivos orales. (58)

El patrón protector defensivo reacciona cuando el sujeto ante una amenaza, evoca situaciones infantiles pasadas en que se ha valido de mecanismos de rechazo para deshacerse de un elemento físico perturbador (agente nocivo-vómito o diarrea) Esto ocurre aunque la situación presente no -- tenga que ver en ninguna forma con el intestino, pero el sujeto reacciona como si hubiese ingerido el elemento nocivo. Se observa que un sujeto que está dentro de un ambiente muy dominante, puede desarrollar un patrón de expulsión o bien una persona con demandas muy fuertes de su ambiente puede -- responder con diarrea. Naturalmente que este mecanismo está integrado dentro del proceso inconsciente, de ahí que el sujeto aparezca aparentemente sereno y calmado. Por lo visto, el tipo de stress que afecta al hombre, tiene origen tanto - en el ambiente físico y biológico, como en su experiencia pasada compuesta de frustraciones y errores.

Los trastornos específicos representan pues frag-- mentaciones de reacciones protectoras y sus respuestas son - sólo ajustes. de del organismo, permitiendo dicha adaptación una vida tranquila. Pero debe saberse que los patrones que dominan la reacción protectora son, por un lado constitucio-- nalmente heredados y por el otro, se desarrollan en las pri-- meras experiencias de la vida.

Los estudios de Jurgen Ruesch se caracterizan por

su teoría de la comunicación, interpretando los defectos de comunicación temprana como base para futuros disturbios psicósomáticos. Su interés en la comunicación se debe a que - considera que la comunicación es el único modelo científico que engloba diferentes aspectos - culturales, físicos, intra psíquicos y de relación - en un sólo sistema.

Según este autor, los síntomas de la mayoría de - las enfermedades psicósomáticas expresan "falta de madura-- ción y retardo en el desarrollo de procesos superiores de - comunicación" (139a), estando los síntomas somáticos de la en fermedad relacionados con situaciones interpersonales. Estos síntomas no son otra cosa que canales de comunicación; por ésto, todos aquéllos pacientes con disturbios psicósomáti-- cos son considerados como individuos que no han sido capa-- ces de manejar el sistema de comunicación propio del adulto, por lo que socialmente tienden a quedarse solos. Ahora bién, el estado de madurez es visto en términos de comunicación. - A medida que el niño va creciendo, maneja con mayor destreza el proceso de comunicación o información, para desprenderse paulatinamente de procesos dependientes físicos o emociona-- les que fueron necesarios en sus primeros años. Aprende a valerse por sí mismo y a expresar adecuadamente sus necesi-- dades y deseos. Este desenvolvimiento se debe a que va co-- nociendo más el mundo que lo rodea. Esta información de su ambiente le sirve para imponerse a él, pero para ello, debe rá necesariamente formar parte activa de un "sistema social

más grande de comunicación" (139a). Cuando sucede que tal comunicación es defectuosa por alguna razón, las relaciones sociales en su vida adulta serán también defectuosas pues repetirán el mismo patrón infantil en que la comunicación era débil. En el nivel adulto el individuo usa una simbología verbal y gestos, para expresar situaciones que de momento no están relacionadas con las funciones corporales. En el niño, las señas constituyen el lenguaje de las funciones corporales.

En general, observa Ruesch que en las enfermedades psicósomáticas hay una falta de auto expresión en situaciones interpersonales, siendo mínimo el intercambio de información, pues éste viene de los órganos internos, reduciéndose en una mínima parte a los sentidos auditivo y visual, estando sus juicios basados en acciones internas y sus relaciones sociales alteradas o mejor dicho, distorsionadas.

En los enfermos vasopásticos estudiados (139a) - que constituyeron una especie del prototipo del enfermo psicósomático, - el autor observó que eran sujetos muy dependientes, cuya falta de consistencia en sus relaciones generales era producto de la inconsistencia de las figuras paternas. Su tolerancia a la frustración era muy reducida y su educación social estaba desequilibrada. Pero su conducta presente se caracterizaba por una incapacidad para expresarse verbalmente y consecuentemente por una gran pobreza en sus argumentos, siendo inapropiada la forma de expresar lo que tenía lugar en su psiquismo.

Todo esto se debe a que el niño en lugar de dominar -

su ambiente, se centraliza en controlar y manejar frustraciones, limitando esta actitud su desenvolvimiento, pues para expresarse se ve precisado a desarrollar un lenguaje simbólico muy pobre y este lenguaje, es el lenguaje de los órganos.

Jurgen Ruesch enfatiza que el sujeto que padece una enfermedad psicosomática tiene una comunicación muy débil, teniendo ésta sus fundamentos en defectos tempranos de interacción humana. El enfermo psicosomático no ha alcanzado formas más maduras de comunicación, habiéndose estancado en un nivel de comunicación en que sólo los órganos corporales son utilizados, siendo defectuosa su habilidad para comunicarse mediante símbolos verbales (138).

Therese Benedek (19, 21) es especialmente conocida por sus investigaciones en las funciones del aparato sexual de la mujer. A través de dichos estudios sobre la sexualidad se da cuenta de la relación tan íntima que existe entre los factores psicológicos y fisiológicos. Intenta tomar en cuenta los estados endocrinológicos de la sexualidad y correlacionarlos con los estados psicológicos, observando los cambios a través del psicoanálisis. Observa que el estado emocional es paralelo al ciclo hormonal, formando entre ambos el ciclo sexual. De esta observación se valió para concluir que el ciclo sexual era una unidad psicosomática.

Demostó que a través del psicoanálisis se podían observar y medir los factores fisiológicos que influyen el reparto y descarga de energía en el ego. Los cambios diarios en

la emoción se comparan con la emotividad permanente de la personalidad y la conducta, así como el estado emocional común se interpretan como tendencias psicosomáticas motivantes que pueden ser correlacionadas con los cambios hormonales; la idea central de su teoría - que trata de comprobar a través de sus observaciones, - es que los afectos son indicadores de cambios en el equilibrio psicofisiológico. Pero sus estudios y observaciones serán mencionados en el Capítulo IV cuando se hable más específicamente sobre funciones psico-sexuales.

Roy R. Grinker, basa su teoría psicosomática en el - concepto del campo. El campo es una entidad dinámica que está en un continuo proceso de cambio. Pero a pesar de esto, trata de mantener una estabilidad en sus relaciones parte-todo. El campo está formado de "focos de organización", (70) incluyendo el soma y la psique, pero debe entenderse que el campo total no está integrado únicamente por focos somáticos y psíquicos - sino también por focos de grupo: cultura y sociedad.

Esta organización o campo debe verse como estructura y como función y la reunión de ambas constituyen el campo. Sus partes actúan constantemente, respondiendo de acuerdo a su propia estructura-función. En un momento de stress, reaccionan - interactuando con el resto de las partes que forman el todo; - así que las partes de la organización o campo mantienen al todo como transacciones integradas y no como la suma de las partes. Es obvio pues, que el todo junto con sus integrantes, las partes, es indispensable para la organización, ya que cualquier

cambio registrado en cualquier parte, traerá consecuencias en cada una de las partes, así como en el todo. Esto es, que la estructura-función de cualquier parte del campo puede afectar a la estructura-función de todas las demás partes del campo, debido a que las partes del campo tienen entre sí una relación de estructura-función con cada una de las otras. De ahí que al observar los cambios producidos en una parte, deba considerarse el efecto que se produce simultáneamente en las demás partes, por más lejanas que estén del campo. "El campo se encuentra en un estado constante de actividad transaccional, circular y correctiva" (72). El campo no es de ninguna manera estático, estando compuesto por procesos que representan sistemas de energía organizada, que están en actividad recíproca.

Ahora bien, en el campo psicosomático, según lo que se enunció hasta aquí, se trata de conservar un estado de equilibrio y orden a través de las transacciones y con el fin de lograr resultados de evidencia científica en dicho campo, el autor propone dos métodos:

- 1.- El estudio de la maduración de los procesos psicosomáticos y su diferenciación y,
- 2.- El empleo multidisciplinario de la integración y desintegración de los procesos psicosomáticos (71).

Es decir, lo esencial es concentrarse en estudiar las fuerzas que ayudan a lograr la unidad psicosomática, su diferenciación de desarrollo, así como su desintegración durante la enfermedad.

Al nacer, el niño cuenta con un estado de gran unificación e indiferenciación. Cuando vive la frustración de una de sus necesidades, responde con una forma de conducta total: llora, defeca, su cara se enrojece y al mismo tiempo su cuerpo se contorsiona. El niño en tal situación responde con todo lo que cuenta y con todo lo que tiene a su disposición. "Responde con un patrón total, en acción masiva, sincrónicamente y en integración" (70).

El hombre adulto, que ha dejado desde hace mucho de responder en forma difusa o en forma de masa, debido a un proceso natural de maduración, bajo ciertas circunstancias (por ejemplo, situaciones desarrolladas bajo stress muy severo de guerra) puede recurrir a este patrón olvidado respondiente indiferenciadamente. Según esto, Grinker considera que en los disturbios psicósomáticos no sólo hay una falta de organización psicológica adulta sino una disolución de patrones estructurados. El individuo regresa a etapas de desarrollo menos maduras, pudiendo incluso llegar a un estado psicótico. (estado menos diferenciado) Las respuestas regresivas, que son patrones de conducta que existieron pero que fueron abandonados por el sujeto, pueden significar no sólo una emoción específica sino una forma infantil de afrontar una situación de stress.

El Sistema Nervioso Autónomo responde con una descarga-difusa y en masa, cuando la situación emocional que el individuo confronta es en verdad intensa, siendo las respuestas vegetativas consecuentes, indiferenciadas. Ante tal situación --

emocional catastrófica, el sujeto repetirá el mismo patrón infantil que usó en una temprana edad y la respuesta que producirá dejará de ser diferenciada. Por esto, la esencia del problema psicosomático es la etapa de la diferenciación "de herencia total a patrones individuales aprendidos y su integración en un nuevo sistema personal. Toda hipótesis que se preocupa por las funciones o disturbios psicosomáticos debe tratar con el proceso intermedio de desarrollo entre patrones funcionales de un todo indiferenciado y procesos integrados maduros" (70). Esto tiene gran importancia, pues Grinker considera que este período de termina el estado de salud o enfermedad en el organismo.

Según la hipótesis de este autor, la actividad visceral se somete a un proceso que es determinado por la experiencia o el aprendizaje. Si por algún motivo se tropieza con el organismo indiferenciado, se influenciará el proceso de diferenciación así como los sistemas que están diferenciados. Lo que le pase al cuerpo en su estado indiferenciado, tendrá efecto sobre las fuerzas instintivas que han ido individualizándose después de haber pasado por una serie de cambios. Está bien claro según esto que las fuerzas lípidinas diferenciadas no son -- afectadas por las influencias tempranas del desarrollo.

Cuando el individuo es acometido por una tensión, se producen cambios en otros sistemas. Una aceleración en la actividad de estos sistemas se produce cuando la tensión es muy severa. Pero cuando los demás sistemas se ven incapacitados para manejar la tensión, la conducta reasume sus primitivas funcio

nes infantiles de acción total.

Pero veamos el caso en que los aspectos de patrones adaptativos totales han sido desde muy temprano prohibidos, incluso desde antes de haber sido capaces de dar una respuesta apropiada. El resultado creará un vacío en la etapa de integración siguiente. Lo único que se consigue al apurar al niño en su desarrollo, es destruir funciones psicosomáticas importantes y seguramente que las manifestaciones de ansiedad ante el stress, se desviarán hacia otras partes de los patrones viscerales, produciendo una acumulación de actividad sobre otras funciones, al mismo tiempo que habrá también disminución o ausencia de acción en otras funciones.

Ha sido a través del psicoanálisis aplicado a adultos y niños, como se ha obtenido información sobre la relación madre-hijo, tratando de este modo de determinar los procesos preverbales y la acción del stress sobre patrones de adaptación. En la investigación de las funciones psicosomáticas primarias - en estado de salud o enfermedad - se revivirán "funciones preverbales viscerales indiferenciadas, en donde están contenidos los rudimentos del sistema del órgano y del sistema psicológico" (71).

Grinker se vale de la ansiedad para estudiar las relaciones psicofisiológicas. El stress al que el sujeto se enfrenta es el causante de los cambios que suceden en el organismo. Este activa maniobras defensivas que consumen energía, disminu-

yendo las funciones del ego, ocasionando en general una actividad regresiva. El individuo reaccionará de acuerdo con los patrones de conducta que ha heredado de su experiencia (luchará, se aislará del medio ambiente, etc.). La ansiedad se despertará en el sujeto cuando ocurra la transacción entre organismo y ambiente, activando los patrones viscerales que son específicos del individuo. Por eso, cuando el ego no encuentra una solución adecuada ante esta situación de ansiedad, provoca reacciones regresivas de expresión emocional, acortando con esta conducta la prolongación e intensidad del estado emocional (69).

Concluye Grinker su exposición acentuando la necesidad de trabajar en conjunto con otros campos científicos, para lograr una observación simultánea de diferentes sistemas. Sólo en esta forma concibe un mayor esclarecimiento de la unidad psicosomática primaria y en general de las funciones conocidas como enfermedad y salud.

Halliday, J.L. (75) estudia las enfermedades psicosomáticas como producto de una sociedad enferma, pues según él, vivimos en un momento de desintegración social que empezó a principios del presente siglo, cuando se produjo la transición de un mundo más permisivo para el niño, a un mundo más rígido y automático, en donde las relaciones padre-hijo están siendo deterioradas progresivamente. Este hecho es un factor importante en el desarrollo de enfermedades crónicas. Nota que en la sociedad moderna hay un descenso en el índice de natalidad mientras que ha aumentado considerablemente la incidencia de los desórdenes psi-

somáticos. En todo sentido, culpa a esa sociedad cambiante de los disturbios actuales. Su tésis se basa en el papel que los componentes sociales desempeñan en la producción de las enfermedades. (Por ejemplo condiciones de trabajo).

Sidney G. Margolin (105) considera los síntomas psicósomáticos como estados regresivos de los procesos psicofisiológicos. Mientras más arcaica sea la regresión, las funciones -- del órgano serán más independientes, habiendo menos participación de la regulación central integrativa, produciéndose una situación de descompensación que a su vez provocará incapacidad. La elección del órgano será determinada por la forma en que el afecto primario es desplazado o disociado. De ahí que en cada enfermedad psicósomática puede haber varios grados de regresión, habiendo entre ellas diferencias que son muy importantes en cuanto al pronóstico y la terapia.

Es decir la enfermedad psicósomática está asociada con afectos o con sentimientos que fueron originados en las etapas preverbales de desarrollo, alternando síntomas psicósomáticos - con estados psicóticos. Esto se observa en sujetos cuyas tendencias regresivas los limitan en sus relaciones interpersonales.

La regresión desde el punto de vista biológico consiste en la aparición de actividades funcionales y de tipos de células que han existido anteriormente. El organismo total no regresa, sino que lo hace alguna de sus partes; el sujeto enfermo es un mosaico compuesto de elementos en varios grados de madurez y de regresión.

De las tres etapas del desarrollo psicofisiológico del niño: oral, anal y genital, es la regresión a las dos primeras la que ocasiona mayor patología en el tejido. En estos dos niveles la terapia es "anaclítica", mientras que en la tercera, la terapia se basa en la transferencia. Esta terapia "anaclítica" tiene como fin producir cambios fisiológicos, que proyectarán su efecto en la enfermedad. Para lograr un equilibrio psicofisiológico, la terapia trata de dar soporte, estimulando los núcleos de dependencia para provocar una regresión a la etapa de dependencia infantil: etapa oral. Se trata de gratificar todos los deseos del paciente, aún sin que éste se dé cuenta de sus demandas. Esta gratificación intensa de sus necesidades - que es anterior al conflicto, aumenta sus regresiones, pero al mismo tiempo, sus síntomas somáticos disminuyen y el humor del paciente mejora. Cuando se alcanza ésto, se trata de lograr un re-aprendizaje pre-verbal y visceral, pretendiéndose así fortalecer al yo.

Según Margolin las enfermedades psicósomáticas tienen su origen en la etapa pre-verbal, pudiéndose correlacionar con tensiones que han tropezado con el organismo en el nivel pre-verbal de su evolución.

L. S. Kubie (98) trata de entender el desorden psicósomático en función de sus múltiples variables: experiencias personales sobre el cuerpo, separación de los padres, accidentes, diferentes enfermedades que ha sufrido, así como enfermedades de otros que él ha presenciado, muerte de alguna persona

con la que el paciente se sentía identificado y con la constelación de sentimientos que fueron despertados como consecuencia de estas situaciones. Cada variable, según el caso, traerá así mismo variables simbólicas inconscientes que varían de sujeto a sujeto, aunque la situación perturbadora de la armonía sea la misma. La elección del órgano estará pues en función de los múltiples factores que rodean al sujeto, muchos de los cuales son -- accidentales, formándose antes de llegar a producir el síntoma.

El paciente con un desorden psicosomático, puede expresar sus problemas en un momento dado, en síndromes psicosomáticos diferentes entre sí, reemplazando una enfermedad por otra, hasta finalmente producir un brote psicótico. Los procesos regresivos ocurren como consecuencia de descompensaciones que se manifiestan cuando un proceso neurótico latente es expresado.

Mellita Sperling (151) basa su teoría de la enfermedad psicosomática, en la relación madre-hijo. El origen de tal desorden está precisamente en dicha relación de dependencia. -- Por eso, si un niño padece un tal desorden, éste generalmente es considerado reversible, especialmente cuando se cuenta con la posibilidad de cambiar dicha relación a base de un tratamiento de ambos. Estas ideas se basan en investigaciones de carácter más profundo en las que se ha encontrado que el paciente vive una relación de gran dependencia emocional con un objeto de su ambiente, tomando en su inconsciente la forma de la figura materna. Debido a su intensa necesidad de satisfacer en la realidad sus impulsos pregenitales, el paciente psicosomático los niega rotun-

damente pero éstos se manifiestan finalmente en una sintomatología somática, encontrando gratificación de esta manera.

Margaret Gerard (67) admite que su teoría aún requiere evidencia clínica para tener mayor validez. Dice que la enfermedad psicosomática es sólo la acentuación de una condición crónica que se originó en la temprana edad, permaneciendo latente hasta haber sido descubierta por causas precipitantes, causas que sólo contribuyen a disminuir su resistencia o energía.

Sus estudios los basó en el análisis de la conducta de las madres que estaban al cuidado de sus hijos, viendo las influencias que éstas causaban en el desarrollo del ego del niño a través de sus actitudes. Uno de los determinantes más importantes a juzgar por el estudio, es la intensa ansiedad experimentada por el niño por diversos motivos, por ejemplo: la madre rechazante o la narcisista, quien en lugar de ayudar al niño, lo ataca.

Según Gerard, la falta de funcionamiento adecuado de un órgano puede deberse a una lesión, como resultado de un cuidado inadecuado de la madre así como de su rechazo durante el funcionamiento específicos de ese órgano: comer, defecar, etc., (por ejemplo, las madres de pacientes con colitis ulcerativa aparecen estar irritadas y molestas cuando el sujeto es atacado por su diarrea.). Para Gerard, la conducta de la madre para con el niño, en una enfermedad dada, es un determinante que parece tener un papel muy importante en la creación de la patología orgánica posterior.

Pero como ella misma lo acepta, estos resultados aún tienen que ser probados más ampliamente para ser aceptados del todo.

Hans Selve (147, 58) habla sobre las reacciones biológicas o mecanismos de defensa que se producen ante cualquier situación de agresión, que él llama "reacción de alarma", creando una "patología de adaptación". En sus experimentos sobre animales logró provocar estados de tensión crónica que traían a su vez, cambios fisiológicos causados por fenómenos de desequilibrio de las glándulas suprarrenales. Demostró que la actividad de dichas glándulas es esencial para la resistencia a estados de tensión causados por traumas de naturaleza distinta.

El síndrome de adaptación general es el conjunto de adaptaciones que ocurren en el organismo cuando éste es sometido a influencias nocivas diversas. (quemadura, tensión emocional, hemorragia, etc.). Así que el stress, en conjunto con ciertas hormonas segregadas durante el síndrome de adaptación general, puede provocar cambios morfológicos. Cuando la influencia nociva es continua, aparecerán tres períodos:

- 1.- La reacción de alarma, con sus dos momentos de "Shock" y "Contrashock".
- 2.- El período de resistencia.
- 3.- El período de agotamiento.

Durante la reacción de alarma, las glándulas suprarrenales son estimuladas (por la secreción de ACTH, hormona adrenocorticotrófica). En este período inicial, los cambios fi

siológicos más obvios son tensión y excitación. Cuando el stress es leve, se produce una depresión en el sistema nervioso central, pero cuando el stress es severo, provoca "shock", estando los cambios funcionales acompañados de lesiones morfológicas, como congestión del cerebro. La reacción de alarma no es otra cosa que una reacción defensiva, pues aumenta la capacidad de defensa del organismo en contra de los agentes nocivos atacantes. Si el agente nocivo se sigue aplicando, se entra al período de resistencia en el cual desaparecen casi todos los cambios observados en el período anterior, aunque en cierto grado la acción del simpático sigue persistiendo, demostrándose que las fuerzas adaptativas del organismo han llegado a alcanzar todo su empuje en contra del agente regresivo. Pero si la resistencia pasa de los límites normales, hay una disminución adaptativa del sistema nervioso, provocando una desadaptación y la enfermedad psicósomática. Esto parece indicar que el organismo posee una cantidad limitada de capacidad adaptativa y que mientras el cuerpo se va adaptando al agente nocivo a que ha sido expuesto, esta energía de adaptación se va consumiendo, contando sólo con una mínima cantidad que empleará para resistir a otros agentes. El organismo se puede perjudicar por el exceso de uso de sus propios mecanismos defensivos. Y ahora bien, cuando la influencia nociva persiste, vuelven a aparecer todos los trastornos iniciales que caracterizaron la reacción de alarma, llegándose al período de agotamiento. Sin embargo, una exposición más intensa al -

strés no consolida la adaptación a través de la resistencia, sino que termina en desequilibrio total y muerte.

El papel de las hormonas en esta situación defensiva es muy grande. Durante el síndrome de adaptación hay un aumento de secreción hormonal corticotrópica, observándose así mismo declinación en el funcionamiento de otras glándulas, lo que se manifiesta por ejemplo, en la detención del crecimiento o en la disminución, a veces completa, de la secreción láctea en la madre lactante.

A través de sus experimentos, Selye destaca la importancia que este Síndrome de Adaptación puede tener en la explicación fisiopatológica de ciertas enfermedades psicosomáticas como la diabetes y la hipertensión arterial, puesto que los procesos fisiológicos en acción, durante la tensión y su relación con cambios psicosomáticos, es esencial en el estudio y consideración de los desórdenes psicosomáticos agudos o crónicos.

Antes de entrar de lleno a describir las ideas de Sheldon, juzgo pertinente mencionar aunque sea brevemente a Lombroso y Kretschmer, quienes también trataron, aunque en forma más limitada, de asociar la fisionomía del individuo con factores psíquicos.

Lombroso (104) basó sus ideas en observaciones sobre criminales, concluyendo que hay una tipología criminal. Ciertos tipos físicos corresponden a patrones habituales de conducta criminal; su conducta es conocida como "retrogresión atavística" que se basa en la degeneración intelectual y moral del -

hombre. En general describe el carácter y las variantes del criminal como estados físicos que han sido fijados.

Kretschmer (97) a través de sus observaciones clínicas señaló la relación entre la enfermedad mental y la constitución física, dando gran énfasis al estudio constitucional, -- pues sostiene que ciertas personas, según su tipo de cuerpo, -- son más aptas para desarrollar cierto tipo de enfermedad. Su clasificación se basa en cuatro tipos: asténico, atlético, -- pícnico y displástico. Así mismo, correlaciona algunos desórdenes psicóticos con tipologías específicas, viendo una correlación entre el tipo asténico con la psicopatología esquizoide y el tipo pícnico con los ciclotímicos, quienes tienen tendencias hacia la psicosis maniaco-depresivas. Sin embargo, con las recientes observaciones de Sheldon, los estudios tipológicos han cobrado mayor importancia.

Sheldon (129, 149) a través de su método somatotípico trata de formar una psicología en donde se encuentren las diferencias y variantes básicas del individuo. Para poder lograrlo, trata de encontrar una técnica que permita analizar la morfología del hombre en variables continuas y definir y medir al mismo tiempo las variables del temperamento. Para ésto se valió de la fotografía. Los estudiantes que se prestaron a la investigación (4000) adoptaron una postura estandarizada, re--tratándose desnudos en 3 posiciones, con el fin de ser estudiados y clasificados después. Encontró que habían 3 dimensiones: endomorfa, (tipo obeso) mesomorfa (tipo físico hercúleo) y ecto-

morfa (tipo linear en donde la altura es mayor que el peso), - con sus correspondientes características. El resultado de esto fué que encontraron una gran variedad de variables. Cuando trataba de correlacionar estos hallazgos con el temperamento, encuentra tres componentes básicos con 20 rasgos cada uno:

I.- Viscerotonia que está correlacionado con los endomorfos:

II.- Somatotonia, con los mesomorfos.

III.- Cerebrotonia, correlacionado con los hectomorfos.

Entre los rasgos predominantes de viscerotónico, están su amor a la gente, a la comida, a la bebida y al confort en general. Su apariencia impresiona como complaciente. Parecen estar concentrados alrededor de la viscera, siendo el tracto digestivo su centro solar.

En la segunda organización motivacional se ven sujetos con reacción energética, que impresionan por su vigor corporal y su actividad muscular. El soma parece ser el centro de este componente.

En la cerebrotonia sobresalen rasgos de inhibición y control. Son individuos tímidos que en tiempo de dificultad se aíslan aún más de la sociedad, dando la apariencia de estar dominados por funciones inhibitorias.

Sheldon después de obtener las variaciones estructurales, encuentra correlación entre su tipología y desórdenes psicossomáticos, encontrando por ejemplo, relación entre los --

hectomorfos y los asmáticos, debido probablemente a una estrechez nasal, que tiene su origen en su alta incidencia de sinusitis. Al mismo tiempo, la ansiedad o tensión que los acomete, constriñe aún más los pasajes bronquiales, provocando los resultados somáticos consecuentes.

El autor trata de demostrar a través de la estructuración específica del individuo, que las afecciones psicósomáticas se presentan con más frecuencia en individuos que tienen ciertos rasgos físicos y temperamentales. Sin embargo en esta teoría, los factores inconscientes y culturales parecen no tomarse en cuenta. Da la impresión de una clasificación en cierta forma estática, pues no explica con claridad la influencia del proceso dinámico en la enfermedad psicósomática.

Las teorías hasta aquí expuestas que se basan en -- perfiles, vectores, regresiones preverbales, debilitamiento anterior del órgano enfermo, relaciones madre-hijo perturbadas tempranamente, déficit de comunicación, etc., ofrecen distintos puntos de vista de la enfermedad psicósomática. Pero sus diferencias básicas radican en que cada una se vale de un modo de observación e investigación distinta, dirigiéndose cada cual, o bien a distintos niveles de profundidad de los mecanismos psicológicos o concentrándose más especialmente a los mecanismos fisiológicos. Pero todas ellas tienen en común su interés en entender los factores psicopatológicos que intervienen y estimulan la producción del desorden psicósomático.

CAPITULO III

Algunas investigaciones hechas en el campo psicossomático:

Desde los primeros experimentos realizados por Cannon se han sucedido una serie de investigaciones en las que se trata de observar y medir las posibles conexiones psicofisiológicas en el organismo bajo stress. Los experimentos han sido aplicados a animales y hombres bajo distintas circunstancias y en su mayoría han tratado de encontrar la conexión existente entre la emoción y los concomitantes fisiológicos. Actualmente existen grupos de investigación que cuentan con un entrenamiento más general: neurológico, psiquiátrico y psicoanalítico. El acercamiento psicossomático en las investigaciones médicas, según opinan Alexander y Szasz, (11) consiste en la aplicación de los métodos a conceptos psicológicos, al mismo tiempo que son aplicados esos métodos a conceptos somáticos (química, fisiología, anatomía, farmacobiología). Este tipo de investigación se caracteriza porque los factores tanto somáticos como psicológicos, son estudiados con los mismos standards científicos. Sin embargo no es de extrañarse, que hay quien opina que el paciente debe ser estudiado únicamente en laboratorios, derivándose de estas medidas resultados generales, sin haber tenido en absoluto el mínimo contacto con el paciente. O bien hay quien desdeña factores psicológicos importantes de la situación clínica, por no poder medir dichos factores a través de un método exacto de laboratorio. El investigador en estos casos, se encuentra con una acumulación de datos en los que hay una carencia abso

luta de integración psicosemática.

Como se ha venido mencionando en esta tesis, las contribuciones fisiológicas de Cannon (30) han establecido los conceptos más importantes de la medicina psicósomática. Su estudio sobre homeostasis y los esfuerzos automáticos que lleva a cabo el organismo para reaccionar ante cualquier alteración interna (mediante ajustes funcionales que tienen como meta restaurar al organismo el equilibrio inicial) constituye uno de los puntos básicos en el estudio de las reacciones del hombre a los estímulos físicos y emocionales.

En sus experimentos con gatos observó que cuando el animal era enfrentado a una situación de peligro, miedo o furia, éste sufría cambios que lo preparaban para la acción; reacción de pelea o escape. El temor y la ira son interpretados por Cannon como formas de ajuste del organismo a una situación de emergencia, con el fin de ayudarle a afrontar la situación en un nivel más alto de eficiencia, pues este ajuste está integrado en todos los niveles del sistema nervioso (29).

Uno de sus experimentos describe que un gato fué atado a la mesa de experimentos. Su estómago permanecía abierto y a través de él se observaban los cambios que sufría el animal. Cuando un perro fué introducido al laboratorio, el corazón del gato palpitó con gran rapidez la actividad gastrointestinal disminuyó, el color de los intestinos palideció, la presión arterial subió y la orina mostró la presencia de azúcar. Cannon concluyó que esta

reacción había estado influenciada por el sistema nervioso simpático, así como por la secreción adrenal.

Los datos experimentales de Cannon conducen a la idea de que la sobre-actividad del Sistema Nervioso Autónomo produce una actividad compensatoria por parte de las fuerzas autónomas opuestas, en un intento de lograr el balance emocional.

Cannon (30) dice lo siguiente con respecto a la emoción y la investigación fisiológica:

"El estudiante de las reacciones emocionales se enfrenta a dificultades casi insuperables. Para estudiar intimamente los cambios asociados con una gran excitación, es necesario examinar tan exactamente como sea posible el funcionamiento de los diversos órganos o sistemas de órganos en el cuerpo.... muchas veces esto no puede ser realizado hasta que el animal es sujetado o anestesiado. Pero en lo que respecta a la emoción, la anestesia por supuesto, borra las respuestas que son objeto de estudio.."

Esta forma tan exacta de comprender el problema, del que por razones operacionales muchas veces se elimina el aspecto emocional, hizo que se comprendiera y se trataran de formular investigaciones en las que ambos factores, somáticos y psíquicos, pudieran ser medidos igualmente.

Otra técnica de investigación es la que está basada en el método psicoanalítico, mediante el cual el aspecto psíquico es estudiado con atención y precisión.

El clínico, que trabaja especialmente con neuróticos

tuvo que elaborar una técnica de investigación diferente de la del fisiólogo experimental, cuyos animales de estudio son en esencia normales. Su campo de acción en este sentido está más limitado, pues no puede alterar las situaciones ambientales con la facilidad y plasticidad del fisiólogo. Tampoco puede en forma experimental producir tensiones en el organismo del paciente. Su información y campo de acción se concentra en las reacciones del individuo durante la situación experimental. Sin embargo esto tiene también sus ventajas pues el clínico puede estudiar directamente la vida emocional de su paciente. Como se dijo antes, la situación experimental, la cual permite al analista ver a través de las reacciones que el paciente vive en dicha relación, elementos que en otra forma serían inapreciados o invisibles. El sujeto es visto frecuentemente en una situación standard, observándose los cambios que le ocurren en sus comunicaciones con el analista y en sus síntomas. Es sabido que el análisis como técnica de investigación cuenta además con un instrumento de utilidad incomparable; el lenguaje. En esta situación terapéutica, el sujeto, con toda libertad, llega a comunicar sus motivaciones, puesto que esta comunicación le trae alivio (141-143). A pesar de ser una ciencia descriptiva el psicoanálisis es también experimental, puesto que las reacciones emocionales del paciente pueden ser vistas a través de su relación con el analista. A su vez, los efectos fisiológicos de esta técnica han podido ser medidos empleando mediciones fisiológicas que son aplicadas durante la sesión analítica. En esta forma se observó que cuando el sujeto se enfrentaba a una emoción

muy fuerte durante el análisis, había cambios corporales en su organismo. Al ser medidos fisiológicamente estos cambios, se encontró que había taquicardia, sudoración, temblor, etc. El tipo de mediciones realizado incluye pues: records de respiración, presión arterial, cambios de temperatura y gráficas electroencefalográficas. Así también se vió que cuando durante el análisis, era despertado algún deseo o fantasía que había estado reprimido, se producían cambios corporales: sujetos que tenían un deseo enorme de engendrar un hijo, experimentaban por ejemplo un dolor abdominal. Se correlacionaron deseos orales cróticos o el disgusto que tales deseos provocaba, con una sensación de ahogo en la garganta y vómito. La excitación genital y deseo de masturbarse se correlacionó con la expulsión de la vejiga (116).

Los cambios producidos en la terapia analítica han sido observados a través de síntomas específicos que se han producido como consecuencia de las diversas tensiones que el sujeto se ha enfrentado.

Saul (141) menciona el caso de un hombre que después de 19 meses de análisis se presentó a su sesión analítica con dolor de cabeza. Este dolor había empezado el día anterior. El sujeto relató al analista que un amigo suyo le había pedido asumir, una fuerte responsabilidad por un corto tiempo. El paciente consintió a pesar de haber tenido ya planeado utilizar ese período para tomar unas vacaciones. Todas sus asociaciones revelaban culpa y resentimiento. Cuando el analista le preguntó si no estaba reaccionando al favor que le había hecho al amigo, el sujeto respondió con desahogo, con-

tando el sueño que había tenido la noche anterior, en que era atacado y echado fuera de su casa por un individuo. El paciente estaba en verdad furioso con su amigo por haberlo colocado en la posición de renunciar a su descanso ya planeado. Pero a pesar de todo esto no mostró señales de enojo. Su postura fué cortés, no mostrando aparentemente ningún signo de descompostura. Pero en cambio desarrolló un dolor de cabeza.

Hipnosis.(116) Se han realizado experimentos en sujetos bajo hipnosis y se ha observado que cuando el sujeto es regresado hipnóticamente a una determinada etapa infantil, adopta las características de tal etapa. Y si en aquella edad, el sujeto sufrió de una enfermedad como urticaria, durante el trance hipnótico la urticaria aparecerá. Un sujeto que había tenido problemas de urticaria a los 5 años, cuando era regresado a los cuatro y seis años, la urticaria que aparecía a los cuatro años desaparecía en ambos casos. La comezón con toda su sensación era sólo experimentada a los cuatro años.

También se ha aplicado a sujetos que desarrollaban ampollas; en una situación de stress. Sin embargo, cuando los pacientes fueron hipnotizados no tenían las ampollas. Durante el trance hipnótico se discutió con ellos diversos temas que tenían un contenido emocional traumático. Al salir del trance, se observó que los pacientes habían desarrollado ampollas, estas por su parte fueron inyectadas al ojo de un conejo, el cual desarrolló pequeñas úlceras en la córnea, hecho que demostró que el contenido de estas ampollas contenía gérmenes.

En otro experimento hipnótico se notó que los síntomas aparecían y desaparecían por orden hipnótica. En correlación a la hipnosis se aplicó electroencefalograma y se observó, que ante una ceguera sugerida por el hipnotizador, el sujeto registraba cambios en sus ondas que volvían a ser normales cuando este síntoma artificial desaparecía.

Cambios vegetativos:- Otro tipo de experimento consistió en observar los cambios vegetativos que ocurrían durante situaciones emocionales. Se comprobó que cuando el sujeto siente aumenta la secreción de sudoración así como la presión arterial y la respiración.

Wittkower (171) dice que durante una situación emocional, sin importar qué tipo de emoción se experimenta, algunos sujetos tienen un aumento en su secreción salivar mientras otras tienen resequedad.

Wolf y Wolff (173) encuentran en sus investigaciones sobre Tom, que las emociones intensas disminuyen la secreción gástrica - mientras que, bajo la influencia de emociones menos intensas, la secreción vuelve a aumentar. Estos autores usaron ^a Tom como sujeto experimental. Debido a un accidente infantil, Tom tenía una fistula en el estómago, por lo que su estómago estaba abierto permanentemente, siendo un sujeto ideal para la observación directa. Este sujeto era visto diariamente, llevándose un record de las actividades y las respuestas emocionales que expresaba durante los experimentos, tomándose en cuenta también las asociaciones que tenía durante sus sueños etc. Los investigadores observaron la relación

existente entre las situaciones ambientales y los cambios que ocurrían en la función gástrica. Cuando Tom se sentía seguro y relajado el color de su mucosa era normal, pero cuando esta situación era por alguna razón modificada, la mucosa adquiría un color distinto.

Estos estudios de Wolf y Wolff definen cuales son las representaciones somáticas que acompañan a los cambios emocionales. Concluyeron que estos estados emocionales tensos, producen cambios en la actividad y en el estado del estómago, daño que puede causar una ulceración.

Margolin (74) estudió a una paciente que tenía también una fístula en el estómago. Al mismo tiempo que se le hacían toda clase de experimentos fisiológicos y se le administraba terapia psicoanalítica. Este estudio le permitió observar que el inconsciente ejerce un papel muy importante en la función del órgano y le fue posible investigar por la técnica analítica, determinantes psíquicos que no eran accesibles en otra forma. Se vio que los factores inconscientes tenían una enorme influencia sobre toda clase de experimentaciones, ya fueran fisiológicas o farmacológicas, concluyéndose que cualquier situación u observación fisiológica que trae consigo manipulación e instrumentación por parte de un observador, motiva tensiones de intensidad variable en el sujeto. En este caso experimental específico, se reportó que las respuestas psicológicas influenciaban intensamente los datos fisiológicos. Se supo por ejemplo que la manipulación por parte del fisiólogo causaba a la paciente un gran placer efotico, reaccionando a los experimentos co-

mo si se tratase de un orgasmo sexual. Pero mientras vivenciaba ésto, la sujeto fantaseaba que sus genitales eran sumamente frá-giles, siendo la penetración instrumental tan violenta y destruc-tiva que temía que le ocasionara la muerte. En otras palabras, esta manipulación fisiológica era vista como una violación sexual, por lo que consiguió refugiarse en fantasías homosexuales, en un in-tento de escapar de las implicaciones heterosexuales inaceptables que fueron provocadas por las actividades del experimentador. Fué por la aplicación simultánea del psicoanálisis como se pudo - controlar algo que probablemente había actuado como una variable incierta en los experimentos fisiológicos. El órgano mutilado se convirtió así en el órgano primario que expresaba todo aquéllo que era sentido y pensado por la paciente en un nivel consciente o in-consciente.

Wolff (175) observa un hecho de gran interés: cuando in-dividuos que padecen síntomas de gran complejidad experimentan re-pentinamente un cambio radical en el ambiente o viven una situación que les causa un hondo pesar, reflejan estar libres de su sintoma-tología mientras dura esa situación, pero los síntomas retornarán cuando la crisis haya pasado. Esto quedó ejemplificado por unas observaciones hechas, durante la segunda guerra mundial, sobre un grupo de ciudadanos de Amsterdam. El estudio empezó antes de la - guerra, pero el médico que estaba a cargo de los pacientes (Groen) pudo seguirlos a los campos de concentración y continuar las inves-tigaciones después de la guerra. El grupo estaba compuesto por su-jetos que padecían úlcera gástrica. En su mayoría eran judíos que

en calidad de tales, eran objeto de toda clase de indignidades, privaciones y severo tratamiento en los campos de concentración. Antes de la guerra eran Comerciantes o profesionales, que para ocupar un buen lugar en la sociedad habían tenido que competir muy activamente. Una vez en los campos de concentración en donde vivían una existencia amenazada constantemente por la muerte- se observó que la mayoría de estos sujetos habían perdido sus síntomas. En cambio, sus sentimientos eran expresados con toda libertad. Sentían miedo a la vez, dirigiendo su agresividad hacia los compañeros judíos de diferentes nacionalidades, pues los de un país odiaban a los de otro.(el holandés al polaco, el polaco al francés y holandés, etc.) Los sujetos peleaban entre sí con gran frecuencia, se robaban mutuamente y se insultaban con odio. Sin embargo no demostraban su hostilidad abiertamente hacia los guardias. Su mayor ambición era conseguir un poco de comida extra. En toda esta situación, las esposas de estos individuos se mostraban en favor de sus maridos dándoles el soporte emocional que necesitaban. Contados individuos siguieron mostrando sus síntomas en el campo de concentración desarrollando úlcera con hemorragia. Entre ellos estaba un catedrático de la Universidad, que además de ser un idealista, trataba de seguir viviendo en esta situación de stress con toda la dignidad de su profesión, conservando su figura como líder y representante de la sociedad. Los síntomas de diarrea fueron observados en sujetos que habían sufrido anteriormente de constipación, por lo que se les asoció con situaciones abrumadoras.

Cuando estos individuos salieron de los campos de concentración y regresaron a una vida normal, adoptaron nuevamente las actividades y hábitos de su pasado, presentándose en muchos de ellos recurrencias de úlceras. El significado de un stress, según el temperamento y las experiencias pasadas del sujeto determina las características de las reacciones protectoras que se desarrollan en un momento dado. Esto es, que cuando un individuo que tiene un determinado patrón de reacción protectora es puesto ante una situación nueva, de diferente significado, evocará distintas reacciones protectoras que opacarán temporalmente las reacciones protectoras anteriores ocasionando la desaparición periódica de los síntomas.

Otro ejemplo que ilustra lo anterior es mencionado también por Wolff (175), tratándose de un grupo de misioneros que se encontraban en el Lejano Oriente cuando fueron hechos prisioneros e internados en un campo de concentración. Estos sujetos que generalmente padecían de migraña, dejaron en estas circunstancias de padecer dichos ataques. A pesar de sufrir toda clase de privaciones y torturas, se sintieron más libres como individuos pues no se veían forzados a mantener ciertos standards y a luchar arduamente para alcanzar determinadas metas.

Whitehorn (68) hizo una serie de experimentos en sujetos normales, neuróticos y psicóticos para observar cuál era su respuesta ante una tensión emocional.

En los sujetos normales se observó que cuando se mencionaba un tema conectado con sus asuntos personales, se presentaban

cambios en el ritmo cardíaco, acelerándose en tal caso o regularizándose cuando la plática se desviaba del tema. Pero si repentinamente la conversación cambiaba y provocaba una experiencia emocional aguda, se veía claramente que la tensión en la cara del sujeto, que la modulación de su voz cambiaba, que sus dedos se movían nerviosamente que el corazón volvía a acelerarse, etc. A medida que el sujeto se iba sobreponiendo, preparaba diferentes respuestas verbales y los signos de tensión y nerviosismo disminuían. Se probó con ésto, que a través de movimientos convencionalmente aceptados (risa, encojimiento de hombros, etc.) el ritmo cardíaco se recuperaba paulatinamente para volver a su ritmo normal.

Se observó que en los sujetos neuróticos resultaba más fácil provocar una experiencia emocional aguda, la cual a su vez originaba un efecto de mayor intensidad. En estos sujetos el ritmo cardíaco es más inestable que en personas normales.

En los sujetos psicóticos se observó un hecho muy interesante: la conducta emocional que estos sujetos demuestran, no provoca de ninguna manera cambios en el ritmo cardíaco. Pero si los pacientes por alguna razón son desviados de su preocupación psicótica, demuestran en la respuesta emocional-aunque en forma pasajera-un grado casi normal de perturbación cardíaca; pero esta anormalidad del ritmo cardíaco no ocurre cuando se presenta su sintomatología psicótica, aunque tengan que enfrentarse a cuadros extremos de emoción. Tanto los psicóticos que expresan su emoción en forma dramática como los que no demuestran rasgos histriónicos en su conducta, exhiben una falta de perturbación cardíaca.

Whiterhorn opina en relación con este estudio que la persistencia de su reacción emocional les ahorra bastante desahogo interno. Esto se puede comparar con la sensación de desahogo y alivio que la persona normal experimenta cuando reacciona a una situación emocional que es perturbada dentro de la convención social, con una respuesta esqueleto-muscular.

Si sucede que la experiencia emocional aguda del sujeto pertenece al pasado, el sujeto seguirá teniendo una respuesta esqueleto muscular continua y persistente que servirá para desahogar su ansiedad.

Los patrones emocionales en el esquizofrénico son menos convencionales y más estereotipados, pudiéndose observar una gran similitud entre la conducta emocional de individuos psicóticos y la conducta ritual en individuos no psicóticos. En ambos se puede ver la forma repetida y persistente de expresar los sentimientos, habiendo fijado inclusive patrones de actividad motora. Cada uno a su manera, trata de canalizar su ansiedad por lo que ambas conductas, ritual y psicótica, son consideradas como abortos de la función emocional.

Un estudio también muy interesante fué hecho por Richmond y Lustman (134) quienes estudiaron las funciones autonómicas del niño en sus primeros días de vida. Estos autores encuentran que desde el nacimiento se puede ya percibir diferencias cualitativas y cuantitativas en las funciones autónomas.- Estos rasgos autónomos pueden predisponer al individuo no sólo para cambios somáticos sino también para una enfermedad psicosomática específica.

Naturalmente que para que dichos cambios somáticos se produzcan, es necesario que exista además un stress intrapsíquico o extrapsíquico, así como una estructura de personalidad que pueda actuar y reaccionar al stress. Cuando esto sucede, se produce un conflicto no resuelto que mantiene un estado de descarga constante o casi constante. Cuando el conflicto no existe obviamente hay un funcionamiento normal del Sistema Nervioso Autónomo, pero si el conflicto no desaparece, se producirán cambios somáticos debido a la constante excitación. La localización a su vez estará en función de la ruta que se siga y de la intensidad de la descarga. Szasz (154) sostiene en referencia a lo anterior que algunas alteraciones autónomas han regresado a niveles infantiles de funcionamiento autónomo. La falta de funcionamiento autónomo representa regresiones a actividades fisiológicas específicas. Por ejemplo, la hiperactividad del vago del paciente que sufre de úlcera péptica, tiene la misma preponderancia vagal que el sujeto tenía en sus primeros años de vida, cuando el abastecimiento del simpático al tracto gastrointestinal no estaba completamente desarrollado.

El campo de la pediatría (87) a su vez ofrece muchas posibilidades de investigación psicosomática. Una forma de realizar una investigación con niños, sería tomando a un grupo, para estudiarlo desde el punto de vista orgánico y psicológico con el fin de demostrar futuras relaciones entre enfermedades, necesidades psicológicas y tendencias muy tempranas.

Goldberg (68) hizo una investigación en la que pretendió explorar la influencia del ambiente familiar en un grupo de pacien

tes jóvenes que padecían úlceras duodenales. Este grupo se correlacionaba con otro grupo de niños normales que servían de control. Al mismo tiempo que esto se hacía, se sometió a los padres de ambos grupos a investigaciones completas.

En los niños que padecían este desorden se notó inmediatamente una falta de expresión agresiva. No se observó que demostraran enojo abiertamente, dando la impresión de que su capacidad agresiva estuviese inhibida. Por el otro lado había una relación de dependencia extrema hacia la madre, indicando ésto precisamente que la relación tan protectora e indulgente de la madre, provocaba la intensificación de los lazos dependientes en el niño. Madres con características dominantes y restrictivas tendían a mantener a sus hijos consecuentemente muy cerca de ellas, motivandoles un resentimiento que los impulsaba a tratar de liberarse de su control. Estas actitudes de la figura materna con sus correspondientes reacciones infantiles, pueden estar asociadas con los tipos de personalidad de úlcera duodenal que se presenta en la edad adulta: el sujeto cuya personalidad ofrece rasgos de abierta dependencia y el sujeto que niega absolutamente su dependencia subyacente.

Las madres de estos pacientes de úlcera duodenal eran en general figuras dominantes, con una gran constelación de rasgos - obsesivos y con una gran tendencia a desarrollar a su vez síntomas psicosemáticos. En dos terceras partes de las madres del grupo se comprobó que eran ellas las que se encargaban de hacer las decisiones de mayor importancia en la familia, siendo naturalmente fuente de gran autoridad familiar. Demostraban en su conducta

hacia los niños, una constante preocupación por su educación, exhibiendo también una preocupación excesiva en su cuidado. Trataban de protegerlos de daños reales o imaginarios, limitando y controlando sus actividades. Mientras trataban de que éstos adoptaran patrones que habían sido concebidos anteriormente por ellas, exageraban su indulgencia hacia los pequeños, manifestando una compulsión a darles ilimitadamente, sin antes comprender las necesidades del niño.

Estos rasgos de personalidad eran característicos en tres cuartas partes de las madres de hijos ulcerosos. En cambio las madres del grupo control mostraban una comprensión mayor hacia las necesidades de sus hijos, dirigiendo su "energía" hacia diferentes ocupaciones, teniendo posiblemente por esta razón una conducta menos posesiva y absorbente. Un dato sobresaliente en contrario en el estudio de los padres, fué su gran facilidad para desarrollar alteraciones gastrointestinales.

Las conclusiones sacadas del ambiente familiar de dicho grupo fueron que en una mayoría de casos, el ajuste de la relación marital era mantenido a expensas de los niños, tratando las madres de satisfacer a través de ellos necesidades que deberían ser satisfechas en forma apropiada en la relación marital, o bien de satisfacerlas en otra clase de actividades como trabajo, profesión, etc. El estudio indicó que cuando la relación entre los esposos era muy pobre, la madre ejercía una mayor presión en el hijo, trayendo una serie de satisfacciones familiares que aumentaban a medida que estas crecían. La figura paterna en esa situación era una figura -

obscura y pasiva que no ofrecía ninguna clase de apoyo al hijo, no intentando rescatarlos de la presión de la madre.

El autor considera que el papel de las madres como figuras autoritarias, provoca graves problemas de identidad en los hijos, pudiendo ser la enfermedad psicósomática una manifestación de este conflicto general.

Otro de los instrumentos de que se ha valido la investigación psicósomática, es de la aplicación de pruebas proyectivas, teniendo el Rorschach un lugar predilecto entre ellas. Piotrowsky (132) lo ha usado para ayudar a determinar ciertas enfermedades orgánicas. Observó que pacientes con lesiones orgánicas del cerebro tienden a dar pocas respuestas en las manchas, siendo éstas estereotipadas a través del test, - basando sus respuestas en forma, más - que en color o movimiento- dando la apariencia al examinador de que están ante una situación difícil, y aunque hacen un esfuerzo por - responder adecuadamente, repiten la misma respuesta sin darse cuenta de los cambios en las manchas.

Con el Rorschach se han identificado varios tipos de personalidad que son característicos de varias enfermedades psicósomáticas. Dunbar (52) aplicó este test a los pacientes que ella estaba estudiando, ayudándose de sus resultados para establecer las características de sus perfiles de personalidad.

En el Rorschach se distingue si las respuestas son producto de una situación más superficial o si responden a patrones de conducta que estan arraigados más profundamente en la personalidad. Además ayuda a determinar en qué forma está distribuida la

Una investigación que posiblemente aclarará los conceptos es la que está llevándose a cabo en la Johns Hopkins Medical School (98) en donde todos los estudiantes médicos están siendo objeto de estudios psicológicos intensivos. Una vez que estos estudiantes se conviertan en doctores y salgan del hospital, mandarán reportes generales de su salud física. El fin de este estudio será ver si del material psicológico obtenido se pueden hacer predicciones de enfermedad, tratando de establecerse quién podrá desarrollar una enfermedad gastrointestinal, cardiovascular o cualquier otra clase de alteración fisiológica en los años subsiguientes. Una vez completado el estudio se espera que contribuya a aclarar el problema de la especificidad en la enfermedad psicósomática.

Se ha tenido que seguir un largo camino para poder establecer las bases de la medicina psicósomática pero ha sido a base de la correlación hecha entre los fenómenos psíquicos y somáticos, que se ha podido ir avanzando y adquiriendo resultados significativos.

En conclusión se puede decir que la investigación psicósomática tiene actualmente un campo vasto por explorar y estudiar. Sus resultados han ofrecido nuevas bases para la comprensión de la enfermedad psicósomática y seguramente será a través de futuras investigaciones como se esclarecerán problemas que por ahora son poco claros.

El psicoanálisis es evidentemente uno de los métodos de investigación que más material han proporcionado en los últimos años.

Su contribución a la investigación biológica se manifiesta por la clarificación de problemas y conceptos que hasta ahora no habían encontrado explicación por los otros métodos de investigación. Sin embargo, ha sido la correlación psicoanalítica con los aspectos biológicos la que han dado un fundamento más consistente a recientes investigaciones. En general, es el trabajo que varias ciencias realicen en conjunto - el que aportará resultados decisivos en el campo de la medicina psicósomática.

CAPITULO IV

Aplicaciones de la Medicina Psicosomática:

Este capítulo tratará en especial de dar un acercamiento psicológico a los diversos síndromes psicosomáticos.

Se ha venido diciendo a lo largo de esta tesis que los problemas de índole emocional pueden tener una influencia profunda en la enfermedad. Que una tensión prolongada puede ocasionar cambios corporales, que en último caso producirán un desorden crónico. Que factores constitucionales o genéticos pueden hacer que el organismo sea débil, predisponiéndolo a una perturbación orgánica. Que en algunos casos, una enfermedad adquirida previamente pudo haber atacado un órgano y haberlo hecho vulnerable o que una experiencia psíquica ocurrida al mismo tiempo que una enfermedad, actúa como estímulo condicionante. En otros casos la enfermedad es usada como un mecanismo de escape con el fin de evadir una situación que en ninguna forma es soportable. En general se puede decir que todos los procedimientos que tienen por objeto mitigar la tensión en cuestión son mecanismos potenciales que conducen a la enfermedad física. Estas defensas pueden manifestarse por una hiperactividad de funciones -como sobrealimentación que causa obesidad- exposición al peligro -causando accidentes, trabajo excesivo, peleas, actividad sexual exagerada que causa agotamiento etc. Y por una hipoactividad causando disminución en la actividad de las funciones como anorexia, retardo de las funciones psicomotoras, aislamiento social y sexual, etc. (138) Los

síntomas adquiridos no serán sino una expresión de la conducta del individuo.

En los últimos 30 años, la interrelación entre factores psicológicos y fisiológicos ha sido estudiada en forma sistemática en desordenes crónicos de los sistemas vegetativos. Los factores psicológicos específicos que se encuentran en un desorden somático específico, han empezado a ser considerados con más detenimiento, como resultado de investigaciones psicósomáticas que han podido adentrarse en los niveles más profundos de la personalidad, considerando con gran atención el desarrollo corporal y emocional del niño.

Se verá en el presente capítulo que el individuo reacciona con una variedad de patrones de personalidad. Estimulado -- por ciertas situaciones, responderá con ciertos rasgos de personalidad, predominando en la enfermedad psicósomática específica, -- ciertos patrones de conducta también específicos. El síntoma es -- una manifestación de la conducta del individuo que lo protege o -- lo defiende de un problema emocional más profundo. (47)

Desórdenes Gastrointestinales. - Sus componen--
tes emociona--
les.

Es bién sabido por todos que el proceso alimenticio tie ne una gran importancia en la vida emocional de un niño. La nutri ción es el centro de todas sus actividades. Todo gira alrededor -- de la satisfacción o displacer que se deriva de esta función. El-

niño experimenta que una tensión física -hambre- puede ser satisfecha por la incorporación del alimento, por lo que la satisfacción de ésta tensión llega a estar íntimamente asociada con el sentimiento de seguridad y con el sentimiento de ser amado y cuidado. El infante pues, establece sus primeras relaciones con el mundo a través de su boca: chupando y después mordiendo. Pero a medida que el infante va creciendo sus gratificaciones y tensiones van orientándose hacia el otro extremo del tracto alimenticio, centrando sus experiencias de placer y displacer en las funciones de retención y expulsión. Los sentimientos prevalentes en esta etapa están relacionados con la satisfacción de haber consumado una tarea, así como con sentimientos de posesión y de rebelión.

Alexander (7a) dice que cuando estas emociones son reprimidas y no pueden encontrar una expresión adecuada a través de la conducta voluntaria, originan una tensión que puede a su vez producir una influencia crónica en diferentes etapas del proceso alimenticio. Seguramente que la naturaleza de estas emociones es tan agresiva que las hace propicias para entrar en conflicto con el ambiente, por lo que tienen que ser reprimidas.

Los trastornos gastrointestinales, que como vemos tienen su base en los primeros años de vida, pueden manifestarse como inhibiciones de funciones alimenticias; bulimia, anorexia; como disturbios de las funciones digestivas en general como úlcera péptica y disturbios en las funciones de eliminación, como colitis y constipación.

Desde temprana edad se convierte el tracto gastrointes-

tinal en el foco de expresión de patrones de conducta. Posiblemente, debido a esta característica, es en este sistema donde se expresan un sin fin de disturbios emocionales. Los problemas emocionales presentados en este sistema, como en los subsiguientes, tendrán muchas veces un significado muy importante en la comprensión y terapia del desorden en cuestión.

Antes de empezar a hablar específicamente sobre los desórdenes gastrointestinales mencionaré a Cannon (28) quien nuevamente en sus observaciones fisiológicas dice: "Un disturbio emocional que afecta el canal alimenticio es capaz de empezar un círculo vicioso: la comida estancada sin protección del jugo abundante sufre una fermentación bacterial con la formación de gases y productos irritantes en descomposición. Esta a su vez produce una inflamación ligera o bien es absorbida como sustancias que alteran el metabolismo, afectando así el estado mental....."

Cannon había comprendido, que del mismo modo que los sentimientos de tranquilidad y satisfacción son esenciales en la digestión que se lleva a cabo normalmente, así las tensiones y falta de tranquilidad pueden causar disturbios en el canal alimenticio. Barday (48)¹ dice que "el estómago es uno de los órganos más responsables en el cuerpo, puesto que sabemos que puede reaccionar ante casi toda emoción y sensación que el hombre es capaz de experimentar....".

Los estudios psicológicos sobre los disturbios gastrointestinales se deben especialmente a Alexander. El y sus colaboradores así como las personas que se han dedicado a estudiarlos se-
1 pág 276,

han basado en las observaciones que Freud hizo sobre la evolución del niño, datos que sus propias investigaciones clínicas han corroborado. Los factores psicológicos encontrados son de extrema importancia para comprender la vida emocional de los sujetos que padecen estos desórdenes. Sin embargo debe evitarse una generalización pues es necesario que cada caso sea entendido individualmente, de acuerdo con sus propios problemas.

Anorexia Nerviosa .- Este desorden neurótico se caracteriza por la pérdida temporal del apetito aunque a veces la pérdida del apetito es crónica en el individuo. Sus consecuencias inmediatas se observarán en el campo físico, causando pérdida de peso, interrupción del ciclo menstrual en la mujer y desarrollo de impotencia en el hombre (7a, 116) . Cuando los estudios revelan que la anorexia no se debe a desórdenes endócrinos, se concluye que son los factores emocionales los que provocan esta alteración.

Los factores psicológicos encontrados con la ayuda de investigaciones psicoanalíticas, representan un predominio de los impulsos inconscientes agresivo-posesivos (envidia, celos) . Cuando estos impulsos llegan a ser inhibidos y se producen las inhibiciones alimenticias, el paciente deja de comer por sentir intensos sentimientos de culpa, no permitiéndose de ningún modo algo que le pueda traer gratificación. Parece que a través del ayuno quisiera arrepentirse de algo.

Alexander (7a) menciona el caso de una niña de 8 años de edad que desarrolló anorexia en un período de vacaciones. Como resultado de su condición rechazante, perdió mucho peso y como el

pediatra no dió mayor importancia al aspecto emocional, la paciente fué llevada a un psiquiatra quién descubrió que la niña tenía una hermana menor que generalmente era alimentada por la nana enfrente de la pequeña y de la madre, condición que despertaba en la niña intensos celos, puesto que la hermanita centralizaba toda la atención de los padres. La niña con esta actitud pretendía llamar la atención de los padres y de la nana para que de este modo desatendieran a la menor y le tocara a ella más atención. Al mismo tiempo la niña tenía sentimientos de culpa debido a que quería obtener todo el amor de quienes la rodeaban y deseaba despojar a la hermanita de este amor. Esto lo pagaba ella en la forma de anorexia. Con esta conducta quería además castigar a los padres por no amarla como a la otra. Sesiones de terapia en combinación con una actitud apropiada de los padres, hizo que la chica tolerara y aceptara la atención que se le daba a su hermana (7a) . En este caso se ve claramente que la anorexia tiene un elemento psicológico inconsciente de rencor. El paciente reacciona a través de su síntoma como un niño que rechaza el alimento para que de algún modo llame la atención de los padres.

O.S. English (54) señaló en un estudio sobre anorexia nerviosa que en la vida de estos sujetos hay un consistente fracaso en sus intentos de adaptación; por lo tanto, la vida misma tiene para ellos un significado muy pobre. Esto puede deberse a una gran privación emocional. El autor considera que estos pacientes provienen de familias que dan una gran importancia a la comida en los primeros años de vida, siendo la madre la que en lugar de dar

amor, da comida. Considera al igual que Alexander que las tendencias orales se erotizan y se asocian con fantasías sexuales, trayendo dificultades alimenticias. Los pacientes con este desorden, en su mayoría mujeres, no tienen ningún interés sexual, no desean ser amadas, ni contraer nupcias, ni mucho menos ser madres. Comer significa embarazar, por asociar ésto con ideas falsas y pervertidas de la sexualidad. Estas distorsiones ideacionales y emocionales pueden perturbar el sistema reproductivo, por lo que no es de extrañar que tales sujetos desarrollen amenorrea. Su actitud hacia la madre es terriblemente hostil pero la enmascaran mediante una gran solicitud. Es decir (86) que en el conflicto, hay fuerte resentimiento hacia la madre como resultado de un sentimiento temprano y permanente de rechazo.

Masserman dice que "los sujetos son infantiles y demandantes en su orientación emocional, sintiéndose rechazados e indeseables, intentando retener una dependencia ambivalente en sus relaciones interpersonales ". (109)

Bulimia. Este síntoma está caracterizado por la incorporación exagerada de alimento y sólo en contados casos se debe a factores orgánicos. En la bulimia, el comer se convierte en "una gratificación substituta de tendencias emocionales frustradas que básicamente no tienen que ver con el proceso de nutrición" (7a).- Tendencias agresivas que se reflejaban en un deseo de poseer o de devorar en conjunto con un deseo intenso de ser amado, son las características psicológicas de esta forma exagerada del apetito, -- otros factores que pueden estar presentes son tendencias sexuales

femeninas de origen inconsciente, deseos castrantes y fantasías - de quedar embarazadas. La obesidad es en ocasiones una defensa en contra de una identificación femenina que el paciente no acepta - por su connotación masoquista.

En pacientes con vómito nervioso se observa que la comida es rechazada después de haber sido ingerida como consecuencia de un problema emocional. A través del psicoanálisis se ha visto que "el vómito expresa la tendencia de regresar lo que el paciente incorpora en sus fantasías inconscientes" (7a)¹, debido a que lo que come tiene un significado simbólico agresivo.

Disturbios gastrointestinales.- Alexander ha observado en sus casos clínicos que pacientes que padecen disturbios gástricos funcionales, poseen una personalidad en donde los rasgos predominantes son tendencias dependientes reprimidas. Los datos generales que son del dominio público, son que los síntomas gástricos están influenciados por temores, preocupaciones, peleas y problemas financieros. En estas tensiones emocionales hay un fuerte deseo de seguridad, ayuda y obtención de tranquilidad. Mientras el paciente con estos padecimientos está expuesto constantemente a las tensiones de su nuevo ambiente, una terapia a base de drogas no podrá proporcionarle alivio mientras no se resuelvan estos conflictos emocionales patogénicos, el paciente no podrá recuperarse.

Úlcera Gástrica: Halliday (75) dice que la úlcera de la civilización moderna, debe distinguirse de la úlcera péptica que es relacionada con la desnutrición. El autor cree que este último tipo de úlcera pudo haber sido producido en Inglaterra en el si--

glo XIX por factores nutricionales, atacando principalmente a mujeres, por lo que era conocida como "úlceras perforantes de mujeres jóvenes". Este tipo de úlcera nutricional se encuentra aún en regiones de la India, presentando características similares a las úlceras estomacales que son producidas experimentalmente a base de una dieta insuficiente en las ratas. Datos estadísticos demuestran que la incidencia de la úlcera gástrica ha aumentado enormemente en Inglaterra.

Mittelman y Wolff (117) dicen que a partir de este siglo la úlcera gástrica se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres. Este hecho lo interpretan como producto de modificaciones en la vida social. Hasta hace poco la mujer se casaba joven y su vida transcurría en casa, enfrentándose entre los 17 y 27 años a situaciones competitivas que demandaban de ella mayor esfuerzo, presentándose consecuentemente la úlcera péptica en esta edad. Pero a partir de la segunda guerra mundial hay más rivalidad entre ambos sexos estando el hombre en una posición desfavorable, puesto que si la mujer fracasa en alguna actividad no es condenada socialmente, ya que se considera que con su casamiento y con el cumplimiento de sus obligaciones caseras, ha cumplido sus obligaciones. Sin embargo del hombre se espera que triunfe en cualquier aspecto.

La úlcera es uno de los desórdenes que mejor se han estudiado y sobre los que más se ha experimentado. Estudios directos en sujetos con fístulas gástricas han permitido una observación directa del funcionamiento gástrico (173).

Alexander y un grupo de investigadores (10) escogieron un número de pacientes que padecían úlceras gástricas y los tuvieron bajo psicoanálisis. Encontraron que en todos estos pacientes había una situación conflictiva típica que se caracterizaba por un rechazo de tendencias orales receptoras. Este rechazo se debía a la incompatibilidad de las tendencias orales receptoras con las aspiraciones del ego de alcanzar independencia y auto suficiencia. Alexander nos caracteriza la actitud consciente de esta personalidad, diciendo "yo soy eficiente, activo o productivo; o yo le doy a todo mundo ayuda, asumo responsabilidades, me gusta y dependo de mi.....". Mientras esto es lo que se expresa conscientemente, inconscientemente se observa algo enteramente opuesto, habiendo un deseo enorme de ser amado y necesidad de ser dependiente. Pero claro está, esas tendencias son reprimidas y negadas por el sujeto. Precisamente, este deseo reprimido de recibir amor y ayuda, moviliza las funciones del estómago, ocasionando posteriormente el desarreglo .

Moschowitz (123) poco después de estos estudios preliminares de Alexander, dijo que los pacientes con úlcera eran sujetos sumamente irritables, sensitivos e introspectivos, que desarrollaban esta enfermedad por un fuerte choque emocional.

Wittkower (171) observa que son sujetos "activos, eficientes, productivos, activos, listos para asumir responsabilidades y posiciones de líderes; pero detrás de esta fachada se encontrará una fuerte necesidad de pasividad, dependencia y receptividad". Además durante una situación emocional prolongada se obser

van cambios cuantitativos y cualitativos en la secreción.

Mittelman y Wolff (117) examinaron psicológicamente a 30 enfermos no seleccionados con úlcera gástrica y se encontraron que eran personas que llevaban una vida independiente y que tenían mucho éxito en su vida social. Pero esta fachada externa encubría una situación interior de inseguridad y angustia, con sentimientos de hostilidad y resentimiento al ambiente. "Detrás de la fachada de independencia y auto-suficiencia hay un fondo de severa ansiedad, de sentimiento de desamparo, frustración y desesperación". La enfermedad les permite satisfacer la dependencia infantil que había sido realizada en su primera infancia.

Moses (124) observa que en 25 pacientes que entrevistaron, su inseguridad e inferioridad estaban cubiertas con una máscara de considerable dependencia. Su inseguridad se relacionaba al ambiente frustrante en el que habían vivido. Sus madres eran personas estrictas, no amorosas y sobre protectoras, haciendo que sus hijos asumieran responsabilidades desde muy temprana edad y sus padres eran figuras difíciles e indiferentes.

Saúl (143) menciona que la úlcera gástrica es conocida con el nombre de "Wall Street Stomach". En realidad, esta personalidad está muy asociada con sujetos que ocupan puestos ejecutivos en los negocios. A pesar de su apariencia de independencia y seguridad buscan protección y dependencia. Alexander (7a y 6) encuentran que en el fondo de su personalidad el sujeto añora el ambiente protector del niño, pero como no puede aceptar conscientemente tal cosa, lo reprime, para que no encuentre expresión en su

conducta.

No debe creerse que todos los pacientes ulcerosos tratan de esconder sus actitudes dependientes aceptando una vida ruidosa y aparentemente independiente. Muchos son demandantes y dependientes, expresando sus deseos orales abiertamente. Sus tendencias dependientes están frustradas por circunstancias externas, más que estar rechazadas internamente. En este caso, cuando el sujeto no puede encontrar la gratificación que busca en las relaciones humanas, se produce un estímulo emocional crónico que ejerce un efecto sobre las funciones estomacales. Es decir, la frustración de estos deseos orales-receptivos conducirán a una regresión del deseo de ser amado y al de ser alimentado. El deseo de recibir amor que ha sido reprimido, moviliza las inervaciones del estómago que han estado asociadas con el proceso de nutrición desde el nacimiento. Con esta estimulación constante, el estómago reacciona como si la comida estuviera siendo ingerida o estuviera a punto de ser ingerida, produciendo una hipersecreción crónica. El paciente demanda comida como símbolo de amor y de ayuda y no como una necesidad fisiológica. Puesto que una de las primeras tensiones que el niño experimenta es el hambre, que es aliviada por la alimentación materna, el deseo de ser alimentado se convierte en una de las respuestas más primitivas a una situación emocional.

Kaldberg y O'Neil (107) vieron a través del Rorschach -- aplicado a 20 pacientes con úlcera, que había ansiedad, inmadurez y debilidad emocional.

Weiner (159) y un grupo de investigadores afirman que --

una úlcera se produce cuando se reúnen los siguientes tres requisitos:

- I.- Índice sostenido de hipersecreción gástrica.
- II.- Conflicto relacionado con fuertes deseos infantiles de ser amado y cuidado y su subsiguiente repudio -- del ego adulto o ambiente externo.
- III.- Y esto expuesto a una situación que estimula los núcleos inconscientes, provoca la movilización del conflicto, produciendo una tensión psíquica.

Mirsky (115) dice que hay tres parámetros que contribuyen a desarrollar la úlcera:

- I.- Fisiológico: hipersecreción gástrica.
- II.- Psicológico: conflicto psicológico específico.
- III.- Un ambiente que actúa sobre el individuo en forma nociva.

Alexander sintetiza: "Frustración prolongada de deseos-oraes-receptivos, — represión de estos deseos — hipersecreción gástrica " . (7a)

En la terapia de la úlcera gástrica debe haber un tratamiento conjunto de médicos, especialistas y psicoterapia; pues lo primero sin lo segundo no cura el desorden, sino que incluso puede provocar síntomas de gran variedad, pues los conflictos psíquicos del paciente no son manejados. Los síntomas que el paciente presenta deben ser considerados como indicadores de un disturbio de personalidad que está subyacente.

La tensión en la psicoterapia, dicen Lidz y Rubinstein,

(103) debe enfocarse hacia las necesidades de dependencia del paciente y a su lucha por ser autosuficiente, pues en un momento en que se ven despojados de su figura protectora alimentadora, encubren su ansiedad interna. El terapeuta debe estar alerta de la aparición de sentimientos de enojo y resentimiento así como de la dependencia del paciente, pues estos pacientes tienden a sentirse despreciados, escondiendo el sentimiento que tal situación les -- provoca cuando experimentan demandas que los hacen asumir responsabilidades. Si el nacimiento de un hijo o la necesidad de obtener una seguridad en su trabajo tropieza con la situación terapéutica, se observará una agudización de su problema. Los pacientes con úlcera muy frecuentemente se casan con mujeres mayores que -- ellos y se angustian y resienten cuando se dan cuenta de que -- ellas esperan que ellos asuman responsabilidades. Con el nacimiento de un hijo sienten que además de aumentar su carga financiera, tienen un rival en el amor de su esposa; en su trabajo, el paciente no podrá hacer demandas resintiéndolo a los demás compañeros, -- sino que permanecerá hostilmente callado o huyendo de dicho trabajo, cuando siente que no le trae reconocimiento y atención. Pero si llega a pensar acerca de sí mismo, se angustia porque siente -- que su seguridad está amenazada y consecuentemente sus síntomas -- se exacerbarán.

El paciente, en la situación psicoterapéutica, deberá ser ayudado a reconocer la cronicidad potencial de su enfermedad y a ser preparado para esperar una recaída en momentos de stress -- tanto en la terapia como en el mundo exterior -- , haciéndole que reco

nozca que su conflicto emocional es el que provoca su recaída cuando esta ocurra. Debido a su intención de huir de sus responsabilidades, deberá ser ayudado para que encuentre formas apropiadas para afrontar las demandas que le son hechas. Y por último a veces será necesario ayudarlo a evitar ciertas situaciones, haciéndole reconocer que no es capaz de manejar tales situaciones emocionalmente.

Funciones eliminativas: A continuación daré una breve introducción psicológica para facilitar la comprensión de los disturbios relativos a las funciones excretoras, puesto que es indudable que las emociones que participan en ellos, tienen una gran influencia en el desarrollo posterior.

Las funciones excretoras tienen un papel muy importante en la vida emocional del niño, estando asociadas con actitudes emocionales muy especiales. Como se dijo al hablar sobre las funciones de nutrición, los deseos de seguridad y de recibir, de ser amado o tomar por fuerza lo que es dado libremente, son los sentimientos característicos de los aspectos incorporativos de la nutrición. En cambio, las funciones eliminativas están asociadas con sentimientos de posesión, de orgullo de haber realizado algo y con una tendencia a dar y retener, así como también con impulsos agresivos de atacar y ensuciar.

El niño se da cuenta de que puede obtener una sensación placentera en el lado opuesto del tracto alimenticio, por medio de la retención de las heces. Sin embargo el niño es obligado a desechas sus excrementos cuando el adulto lo considera apropiado, reci

biendo a cambio por ello amor y aclamación y a veces hasta un premio. Para algunos niños el excremento es pues, asociado con el -- concepto de posesión. El acto de desechar su excremento es sentido por él, como una donación hecha a los adultos, estando esta -- actitud fortalecida por el continuo interés de la madre por el excremento del niño. Se da cuenta que su excremento es algo valioso y que además de proporcionarle placer puede ser cambiado por otras cosas. Esta actitud no dura mucho, pues llega a ser inhibida por procedimientos educacionales y los sentimientos anteriores son desplazados por disgusto, dándosele al acto excretorio un elemento sadista agresivo (ensuciar). La función excretora está pues relacionada con un sentimiento de haber consumado algo, de dar o -- atacar, teniendo un símbolo de posesión.

Diarrea crónica: a través de estudios psicoanalíticos -- realizados en pacientes con diarrea crónica y colitis mucosa se -- observó que el conflicto central reside en que sus deseos receptivos son fuertemente demandantes (oral-agresivo). A través de sus deseos de dar, compensan sus deseos dependientes. Cuando quieren recibir o tomar algo de otros, adoptan una actitud de compensadores. En lugar de llevar a cabo todas las obligaciones que tienen, se satisfacen adoptando la forma infantil de regalar el contenido intestinal. Este paciente con diarrea cubre su pasividad mediante un simbolismo inconsciente del acto excretor, que como se ha mencionado constituye un sustituto emocional de la actuación, regalos y obligaciones que se tienen hacia otros. Cuando el paciente tiene impulsos hostiles, desarrolla sentimientos de culpa así co-

mo deseos de hacer una restitución, causando ésto un efecto en los síntomas intestinales.

Pero como dice Alexander (7a), no se debe pensar que --- ciertos disturbios psicógenos se presentan solo en algunos tipos -- de personalidad, ya que la condición orgánica puede ser correlacio- nada con ciertas situaciones psicodinámicas pero nunca con tipos -- de personalidad.

Colitis ulcerativa (diarrea con sangre acompañada de pus y mucosidad): Melitta Sperling (151) llega a la conclusión, des--- pués de haber revisado una serie de casos en niños, que la figura- materna es muy ambivalente, frustrando a los hijos continuamente -- desde muy temprana edad. El niño se comporta en forma hostil hacia la madre adoptando actitudes de bebé, con fuertes tendencias orales y anales. La frustración lo hace tener agresión inconsciente que -- es descargada inmediatamente a través del colon. Como ha incorpora- do el objeto frustrador sádicamente, y éste amenaza su tranquili-- dad interior, tiene que eliminarlo inmediatamente por la descarga- anal.

Groen y Van Der Valk (73) dicen que estos sujetos son -- personas infantiles con rasgos pasivo-dependientes. Buscan afecto, simpatía y protección sin dar ellos amor o soporte a otros. Son -- egocéntricos, siendo ésto parte de su infantilismo emocional. Sus- intereses afectivos alcanzan pocas veces a otros que no sean fami- liares y amigos muy cercanos. No gustan de expresiones vulgares en conversaciones, son meticulosos y sumamente limpios. Temen mostrar su agresividad por temor de crearse una situación de peligro. Mu--

chos pacientes descargan su agresividad en forma de chisme, atacando contadas veces, en forma directa y cuando lo hacen, es a través de un intermediario. Su desarrollo psicosexual está perturbado. Los hombres generalmente no se casan o lo hacen después de haber estado comprometidos por muchos años. Hay, así mismo, impotencia bajo la influencia de un disturbio emocional y la mujer, si está casada, pocas veces experimenta el orgasmo, temiendo enormemente el parto.

Claro que todos estos rasgos pueden encontrarse en cualquier enfermo, pero la combinación de ellos es lo que hace el cuadro más claro. Estos datos fueron corroborados por el Rorschach.¹

Karush y Daniels (93) observaron seis pacientes con colitis ulcerativa crónica durante entrevistas psicológicas y actividad fisiológica de la glándula salivar, colon y recto. La emoción más significativa en los pacientes era el miedo, cuando en la situación, estaba presente la agresión hacia las figuras paternas. Su expresión era inhibida por temor a las represalias, despertando una excitación autónoma persistente en el colon.

Investigaciones realizadas en el Instituto de Chicago demuestran que en este desorden se encuentran aquellos factores emocionales que desde los primeros años han estado asociados con las funciones excretoras. Sus rasgos de personalidad son similares a los de aquellos pacientes que padecen diarrea, pero su ego es más débil, habiendo una tendencia a usar el mecanismo proyectivo y pudiendo inclusive desarrollar brotes psicóticos.

Los factores emocionales que actúan como precipitantes-

¹ Estos autores muestran el colon de un paciente enfermo antes y después de la psicoterapia, pudiéndose apreciar los cambios físicos de éste.

de la enfermedad pueden estar asociados con la tendencia frustrada de realizar una obligación dada, requiriendo para ello un enorme gasto de energía. En las mujeres se presenta muchas veces cuando tienen problemas acerca de sus responsabilidades maternas. A veces, obligaciones financieras que están más allá de los límites del paciente, determinan la diarrea.

Pero el primer síntoma de colitis ulcerativa, aparece cuando el sujeto se enfrenta a una situación que demanda mucho de él, sintiéndose incapaz para realizarla. Es decir, es la misma actitud del niño, que por un lado, al obrar, da una posesión suya y por el otro lado ha consumado un acto. Los sujetos tienen esta fijación anal cuando son confrontados con una situación en que tienen que dar o bien cuando una ambición es bloqueada por -- inhibiciones neuróticas, regresan a esta etapa anal. Claro que no todos los que tienen tal fijación desarrollan síntomas orgánicos. Se cree que esto se debe a la acción de algún factor somático específico (7a).

Szasz dice que debe entenderse la patogénesis en "términos de eventos fisiológicos antes de que los factores iniciales pudieran ser correlacionados con proceso psicológicos". (153)

Constipación crónica: Usualmente se debe a la acción de un factor psicológico, aunque no puede descartarse que a veces se debe a una condición orgánica. Alexander (7a) y Saúl (143) opinan que estos sujetos no se sienten amados, que tienen poca confianza en los demás y que son pesimistas. Su lógica emocional es "no puedo esperar nada de nadie, de ahí que deba retener lo que -

tengo, no tengo por qué dar". El excremento es retenido como si se tratara de una posesión de gran valor, repitiéndose así el mismo patrón infantil correspondiente a la etapa anal. Se encuentra además una actitud agresiva inconsciente con tendencias desprecia tivas hacia los demás, que puede ser explicada como una reacción ante el sentimiento de sentirse rechazado. Esta actitud agresiva es reprimida e inhibida. La defecación está tan asociada con impulsos agresivos, que es inhibida, pues es vista como un ataque hostil.

Este síntoma puede ser la manifestación de un disturbio emocional que está profundamente arraigado en la personalidad, y generalmente es sólo a través del psicoanálisis psicoterapia como se puede obtener un resultado positivo.

El terapeuta deberá crear una relación de gran dependencia, para que el sujeto se sienta liberado por un tiempo, de responsabilidades y decisiones. Al principio de la relación psicoterapéutica, se le dejará que culpe a otras personas de sus problemas personales, porque sus sentimientos de culpa pueden provocar el uso inadecuado de mecanismos psicológicos, pero una vez que el paciente haya descargado parte de su agresividad, se le ayudará a hacer ajustes a su situación vital.

Factores psicológicos en los disturbios cardiovasculares:

Es igualmente bien conocida la relación de la ansiedad o de la ira con el corazón. Dumber menciona (48)1.1. que Braum considera que el corazón es el órgano del sentido que

es específico a la ansiedad, comparándolo con los ojos como órgano del sentido de la vista. Toda ansiedad provoca, por pequeña -- que sea, una irritabilidad en el órgano cardiaco específico, aunque no todos los pacientes tienen sueños de ansiedad y W. H. Von Wyss, considera que el corazón no sólo expresa la ansiedad sino -- todos los demás afectos humanos.

No se sabe por qué unos pacientes desarrollan unos síntomas cardiacos y otros desarrollan otros. Aún no se han hecho su suficientes estudios clínicos basados en investigaciones psicósomáticas de respuestas somáticas y emocionales.

Reisser y Bakst dicen que "psicológicamente los cambios motores determinados en la circulación, ejercerán inevitablemente algún efecto sobre cualquier condición patológica, comprometiendo al aparato circulatorio" (133) Así que cualquier desorden -- del sistema cardiovascular puede provocar un grave problema en el ajuste psicológico del paciente.

Hay condiciones en que el corazón demuestra una actividad anormal y no se ven lesiones orgánicas. La enfermedad funcional cardiovascular (effort syndrom, en Inglaterra) se caracteriza por falta de aliento, fatiga, palpitaciones, dolor en el lado izquierdo del corazón, dolor de cabeza, etc. Esta condición es provocada muchas veces por disturbios emocionales de miedo o ansiedad. El paciente se queja del síntoma físico sin darse cuenta del problema emocional.

Una situación emocional ocasiona cambios en la circulación activando el trabajo normal del corazón. Para Reisser y Bakst

(133) hay tres fuentes de ansiedad en la enfermedad cardíaca:

I.- Los síntomas de la enfermedad pueden tener una acción adicional sobre la circulación, durante un episodio agudo.

II.- El miedo o temor al diagnóstico de la enfermedad cardíaca. Esto se puede comprender cuando se considera que cualquier enfermedad puede crear ansiedad cuando la integridad corporal es amenazada. Pero cuando se trata de una enfermedad del corazón la reacción es aún más exagerada. La gente sabe que el corazón, es el generador de la vida, por lo que en su imaginación es visto como un "objeto simbólico de miedo". El sujeto ante un diagnóstico de enfermedad cardíaca, activa fantasías de muerte súbita y catastrófica que naturalmente están muy lejos de coincidir con la realidad. Pero por más leve que sea el daño, el sujeto reacciona siempre en la misma forma cuando se le confronta con el diagnóstico. Puede tratarse de un soplo funcional cardíaco o de una enfermedad reumática avanzada: el resultado emocional será el mismo.

III.- El sentimiento de encontrarse limitado en su capacidad física, provoca intensa ansiedad en el paciente, para quien es difícil aceptar esta limitación y reorganizar su forma de vivir.

Mientras la enfermedad progresa, se observan una serie de cambios, como ocurre con cualquiera otra enfermedad. A veces la enfermedad adquiere un valor psíquico porque ofrece la oportunidad de anular en forma aceptable, serios conflictos que de otra manera serían activados. Por ejemplo, para un paciente que no al-

canzó una solución adecuada del problema sexual, la invalidez proporcionada por la enfermedad puede ofrecerle un escape de su problema. O bien en un paciente agresivo y ambicioso que tiene problemas no resueltos sobre el éxito, la enfermedad cardíaca será un refugio que lo ayudará a retraerse y a salvar así su fachada.

Hipertensión esencial (elevación crónica de la presión arterial, en ausencia de una causa orgánica) : Experimenta el sujeto pesadez en la cabeza, fatiga excesiva y dificultad de concentración.

Saúl (143) dice que los estudios realizados en africanos y chinos demuestran que esta enfermedad es rara entre esta gente. Weiss (160) opina que una cuarta parte de la gente muere en los últimos cincuenta años de hipertensión. La mitad de las muertes causadas por desórdenes cardiovasculares se deben a hipertensión esencial. Hambling (77) hizo un experimento en 73 hipertensos encontrando que estos sujetos en su infancia eran tímidos y nerviosos. Los padres mantenían un trato muy severo con ellos, creándoles gran inseguridad. Se puede decir que sus padres eran: 1) Tiranos o negligentes. 2) Intolerantes y 3) Estrictos y poco afectuosos. El paciente hipertenso aparecía como sumiso y humilde cuando en realidad era agresivo, rebelde y ambivalente.

Moschowitz (123) dice que la hipertensión ocurre con gran frecuencia en gente obesa. Son individuos psíquicamente tensos e irritables. Su tarea diaria los absorbe completamente y su problema cotidiano consiste en su incapacidad para descansar.

Saúl (142) estudió también un grupo de enfermos hiper--

tensos, demostrando en cada uno de los casos, la existencia de una madre dominante, hacia la cual el enfermo mantenía sentimientos de coraje y hostilidad no expresados. En estos individuos hay una incapacidad para satisfacer los deseos pasivo-dependientes, así como los impulsos hostiles, estando además su vida heterosexual inhibida. Cuando por alguna razón, en un momento dado, una de estas tendencias llega a satisfacerse, se nota que la presión arterial baja.

Alexander (4), en estudios psicoanalíticos realizados sobre hipertensos, dice que las situaciones de stress ayudan a provocar la enfermedad, precipitando los síntomas correspondientes. Pero esto siempre está unido a una deficiencia fisiológica. Las tensiones emocionales tienen una influencia en la presión arterial. Un hecho clínico en la personalidad de estos pacientes, es que tienen marcados rasgos neuróticos. Alexander observó una incapacidad para expresar sentimientos agresivos libremente, manteniendo casi siempre un firme control de sus emociones, dando aparentemente la impresión de estar tratando con personas maduras y bien ajustadas. Su vida sexual se encuentra frecuentemente inhibida " cuando tienen alguna relación ilícita, está conectada con gran ansiedad y culpa, porque para ellos, la actividad sexual fuera de lo convencional significa protesta y rebelión. Un conflicto pronunciado entre tendencias dependientes pasivas o femeninas e impulsos agresivos hostiles compensatorios, es revelado en el análisis de tales individuos ". (7a)¹

La hostilidad que sienten les provoca temor, por lo que

prefieren no competir, adoptando más bien una conducta pasivo dependiente, la cual a su vez despierta más hostilidad, formando así un círculo vicioso. Los sentimientos hostiles no expresados se -- convierten en la fuente de una estimulación constante del sistema vascular, como si el organismo estuviera constantemente preparado para luchar, acción que nunca tiene lugar. Saúl (143) dice que la hostilidad, en el transcurso de la vida del paciente, no fue liberada ni en forma adecuada ni mediante una neurosis organizada. -- Alexander (7a) dice que posiblemente las inhibiciones que impone la sociedad sobre los impulsos agresivos se afianzan en el individuo que potencialmente es un hipertenso . Cuando la estimulación vasomotora es repetida con frecuencia, se desarrollan cambios orgánicos. que no se pondrán en evidencia hasta que la perturbación se manifieste.

Wolff (175) observa que la hipertensión ocurre, " en respuesta al stress situacional, como reacción de la movilización que prepara al cuerpo para la acción ".

Dunbar (52) dice que estos pacientes son generalmente introversivos, oscilando su problema básico entre identificación con la autoridad y su deseo de ser cuidados. Son muy ambiciosos, experimentando dificultades para hacer decisiones. Tienden a asumir más responsabilidades que las que pueden asumir y aunque se encuentran afectados de alta presión después de un evento traumático, se ha demostrado que este momento situacional es el climax de una larga historia de tensión que se ha acumulado.

En la terapia deberá analizarse la naturaleza de las re-

laciones entre los conflictos psicológicos del paciente y las expresiones clínicas del desorden cardiovascular. Es decir, el tratamiento se deberá basar en una evaluación cuidadosa del diagnóstico así como de una evaluación de los problemas individuales -- del paciente. Por supuesto que la psicoterapia deberá ir acompañada de un régimen médico. El médico, como dice Wood, (178) habrá ya discutido la lesión con el paciente así como el pronóstico, que no será dado a base de estadísticas, sino a base de una comprensión general de la enfermedad, haciéndole sentir que su condición, con un cuidado adecuado, tendrá un resultado positivo. Pero en general, como sucede con cualquiera otra enfermedad, mientras más pronto se trate, tantos mejores pronósticos tendrá.

La oclusión coronaria, según Dunbar (52) se presenta en sujetos extratensivos de apariencia distinguida que tienen gran control de sí, dando poca evidencia de tensión, que en los hipertensivos como hemos visto, es por demás obvia. Buscan estar solos en momentos difíciles, adoptando un aire de autosuficiencia. Tienen a dominar sus relaciones sociales a través de una posición argumentativa superficial. En cambio pocas veces hablan sobre sus emociones espontáneamente, a menos que puedan compararlas con las de personas respetables e ilustres. Buscan identificarse con figuras autoritarias, tratando ellos de tener una figura super autoritaria. Sus decisiones son rápidas porque tienen un cuadro de referencia muy definido en lo que intentan lograr.

El infarto sobreviene cuando su papel en la vida es amenazado o mutilado por circunstancias externas, convirtiéndose el-

sujeto en una figura autodestructiva con predisposición a accidentes somáticos.

Reaccionan a la enfermedad con desesperación así como con una necesidad compulsiva de negarse a cualquier cambio de vida. Desobedecen instrucciones, desarrollan extrema depresión o hacen más de lo necesario.

El pronóstico, dice Dunbar, es pobre a menos que reaccionen y se activen sus impulsos creativos. Si acaso estos sujetos son tratados en una situación psicoterapéutica, deben manejarse con cautela por el peligro de que sus emociones reprimidas les produzcan mayor stress.

Sin embargo estos rasgos aún deben ser comprobados por estudios psicodinámicos profundos.

Migraña o Jaqueca:(este síntoma consiste en dolores de cabeza periódicos en una parte de la cabeza, acompañado por náusea, vómito, constipación o diarrea precedidas a veces por disturbios de la visión. El ataque puede durar horas o días, empezando súbitamente y terminando abruptamente).

Wolff (177) dice que la migraña ocurre en la mayoría de las veces como una reacción a situaciones de stress. Se ha visto que estos pacientes son ambiciosos, estando preocupados por alcanzar éxito. Tienden a ser perfeccionistas y lógicamente son muy ordenados. Es común encontrar alteraciones de la función sexual, expresándose en disgusto, impotencia o frigidez. Estos pacientes tienen un permanente sentimiento de resentimiento debido a su incapacidad para llevar a cabo una responsabilidad compulsiva. La

frustración de esta actitud produce una tensión en el individuo-- hasta que una situación externa actúa como precipitante del ataque.

Un estudio muy interesante sobre este síntoma fué el -- realizado por Fromm Reichman (63) quien trató varios pacientes -- con psicoterapia, encontrando en ellos, impulsos hostiles dirigidos hacia personas que destacaban intelectualmente, pero a través de mecanismos de culpa estos sentimientos eran redirigidos al sujeto, quien entonces desarrollaba la jaqueca. El autor afirma que quienes padecen este síntoma, son producto de familias convencionales, en donde no les es permitido expresarse abiertamente. En un ambiente así, el sujeto que demuestra sus sentimientos, es reprendido y queda expuesto a perder el amor de los padres. Fromm Reichman considera que los ataques son precipitados cuando la -- agresividad subyacente es estimulada por situaciones específicas.

En el capítulo III de esta tesis se mencionó el caso de un hombre que padecía dolores de cabeza. Se vió que los impulsos-- hostiles reprimidos tienen una correlación directa con los dolores de cabeza. Pero es sorprendente la forma tan rápida en que el ataque termina una vez que el paciente se da cuenta de su ira reprimida y la expresa en palabras. Esta verbalización le ocasiona posteriormente gran tranquilidad.

Ross y Naughton (137) obtuvieron a través del Rorchach-- de sujetos que padecían migraña, el dato de que eran perfeccionistas, inflexibles y convencionales, presentando dificultades en su ajuste heterosexual. Su rigidez y temor a no llegar a realizar to

do lo que se proponen, les provoca este gran resentimiento, convirtiéndose en sujetos alejados socialmente, participando solamente en forma mínima.

Alexander (7a) considera las siguientes fases en la conducta agresiva consumada:

- a).- Fase conceptual, que es la preparación del ataque en la fantasía; su planeamiento es mental.
- b).- Preparación vegetativa del cuerpo por actividad concentrada (cambios metabólicos y circulatorios).
- c).- Fase neuromuscular: consumación del acto agresivo a través de actividad muscular consumada.

Opina Alexander (7a) que la migraña se produce si la inhibición de impulsos hostiles ocurre durante la preparación psicológica del ataque agresivo. Pero cuando ocurre la preparación vegetativa para el ataque y el proceso no evoluciona, se produce la hipertensión.

El psicoanálisis es la terapia que trata de ayudar al paciente a transformar el manejo de sus tensiones emocionales y a resolver sus conflictos básicos.

Grinker (71)¹ reporta un caso de migraña en una mujer que estaba por divorciarse de su marido. La sujeto acudió a la clínica para encontrar ayuda y decidir su futuro adecuadamente. Era la mayor de dos hermanos, siendo el hermano que la seguía dos años y medio menor. Desde temprano sintió que éste era siempre favorecido por los padres, siendo ella "el patito feo de la casa", pues se sentía continuamente rechazada y maltratada. Uno de los

¹ caso 17, pág 114

eventos infantiles que ella valora como el más dramático y el causante de todos sus problemas, fué el atentado de rapto de que fué objeto cuando tenía apenas tres años y medio. La actitud de la madre fué muy histérica al enterarse de lo sucedido, habiendo lavado inmediatamente la vulva de la paciente enfrente de todo mundo, con lo cual la paciente se sintió una vez más despreciada por padres y amigos.

En vísperas de entrar a la Universidad, la paciente se ve forzada a interrumpir sus estudios para poder trabajar y ayudar a sostener la familia. Esta condición es motivada por una enfermedad súbita del padre que puso a la familia en pésimas condiciones financieras. Parte de su dinero lo dió para ayudar al hermano a continuar con su carrera universitaria. Sin embargo llegó a descubrir que éste, que se suponía que estaba gastando el dinero en su educación, lo estaba despilfarrando en diversiones. En este momento, cuando la paciente sólo contaba 21 años, desarrolla su primer ataque agudo de migraña que se localizaba en la parte izquierda de la cabeza acompañándose de vómito y náusea. Este primer ataque duró unos días pero era incapacitante. Después, sus dolores se repetían en intervalos de una a seis semanas.

Cuatro años más tarde la paciente contrajo nupcias con un científico que había conocido durante tres años a través de correspondencia, mientras él aún era estudiante. Después de haber estado casada 4 meses, la paciente embarazó teniendo un parto difícil. El esposo era un hombre irascible que se molestaba con la menor provocación amenazándola y ocasionalmente, llegándole a pe-

gar a ella y al niño. Cuando estas situaciones fueron difíciles - de manejar por ser tan destructivas sus dolores eran originados.

La paciente se sometió a un tratamiento psicoterapéutico por un período de cuatro años, durante el cual trataba de manejar sus problemas en forma intelectual. Una defensa importante y peculiar era su habilidad de competir intelectualmente con su ambiente (padre, hermano, esposo y después psicoterapeuta) lo cual le proporcionaba una fuerte gratificación narcicista. Cuando en la terapia afrontaba momentos en que se sentía abrumada, ridiculizada y burlada, traía a su memoria el evento traumático infantil así como la actitud humillante de la madre.

Cuando vivía el punto de humillación máxima, que seguramente movilizaba su enojo inconsciente, la paciente desarrollaba el ataque de migraña. Este ataque estaba relacionado con su necesidad de repetir una situación temprana en donde los sentimientos de humillación y desprecio eran dominantes, porque en esta forma ella lograba establecer una relación interna con la madre. La situación de vida conflictiva era buscada por ella con una compulsión repetida y llevada por una reacción dolorosa que se originaba en el deseo regresivo de ser cuidada y atendida.

Factores Psicológicos en las enfermedades respiratorias.

El papel de la emoción en los trastornos respiratorios ha sido más ampliamente estudiado. Debido a la correlación tan íntima que existe entre los factores emocionales y las funciones respiratorias, se cree que en una gran parte de los trastornos respiratorios los factores psicológicos tienen un lugar predominante.

Asma Bronquial.- Dunbar menciona en su revisión de literatura psicósomática (48)¹ que el asma bronquial es una neurosis del tracto respiratorio. Opina que en los individuos predispuestos, la enfermedad orgánica estimula los centros de espasmo, pero que los estímulos emocionales pueden aumentar la tensión que posteriormente será descargada en forma de espasmos de la musculatura bronquial. En otras palabras, la neurosis asmática es un proceso psicopatológico localizado en el aparato respiratorio. En adición a la predisposición orgánica, hay una predisposición psíquica.

Deutsch dice que en autopsias realizadas a asmáticos que habían muerto durante el ataque, en el Hospital General de Massachusetts, " no se encontró un proceso patológico distintivo, excepto que los bronquios estaban llenos de mucosidad ". (41)

Para que el asma se presente, el autor opina que debe haber habido en la temprana infancia un desorden en el aparato respiratorio que haya coincidido con conflictos emocionales.

Los factores psicológicos condicionantes de la enferme-

¹ pág 249-265

dad fueron disturbios emocionales. Esto unido a una condición específica del ambiente (dependencia de la madre asociada con odio; madre agresiva y dominante que hacía que el niño se uniera al padre, que era de un carácter muy pasivo) condicionan a una personalidad determinada, para desarrollar asma:

En el asma, como en los demás disturbios de que se ha hablado, dice Alexander que "... el factor emocional está basado en respuestas fisiológicas normales ante estímulos emocionales. Los síntomas son respuestas exageradas y crónicas a emociones subyacentes; la naturaleza exagerada y crónica de la respuesta se debe básicamente al hecho de que el estímulo emocional es inconsciente porque es inaceptable para la personalidad consciente " (7a)¹

En un principio, cuando el factor alérgico aún no era descubierto se consideraba que el asma era una enfermedad nerviosa, pero hace unos treinta años aproximadamente, se vió que era un desorden alérgico. Actualmente con la nueva orientación de la medicina psicosomática, se han tratado de estudiar los factores psicológicos de este desorden.

Miller y Baruch (114) estudian los factores emocionales en enfermedades alérgicas, observando que los factores más significativos en los síntomas alérgicos, son: una condición alérgica y un ambiente emocional agudo. Claro que así como hay sujetos que tienen un alto nivel de tolerancia al estímulo emocional, también hay sujetos que tienen un alto nivel de tolerancia a anticuerpos, siendo inmunes a cualquier alergia. Esto varía de individuo a individuo, dependiendo además de la relación que haya entre el gra-

do de tolerancia y la intensidad del stress. Los síntomas alérgicos como cualquier otro síntoma, forman el lenguaje del individuo para expresar tensiones que no pueden ser toleradas por más tiempo.

Alexander (7a) opina que el conflicto central se basa en la excesiva dependencia no resuelta hacia la madre. El sujeto puede desarrollar toda clase de rasgos de personalidad para defenderse de esa situación infantil. El sujeto asmático puede tener varios tipos de personalidad: agresivos, ambiciosos, hipersensitivos, etc. Mientras unos son compulsivos, otros tienen un carácter histérico. Lo característico en todos ellos, es su dependencia -- reprimida hacia la madre y alrededor de esto, se formarán toda -- clase de defensas. Esta dependencia se manifiesta más bien en el deseo de ser protegido, y no en el deseo oral de ser alimentado, como sucede con los pacientes con úlcera gástrica. El asmático tiene una serie de fantasías intrauterinas con su correspondiente -- simbología y todo aquello que por una razón u otra amenace separar al paciente de la figura protectora, puede provocar un ataque asmático. El niño tiende a desarrollar su primer ataque cuando el nacimiento de un hermano le arrebatara la atención de la madre. En adultos, una tentación sexual puede ser el factor precipitante. En una adolescente, el comienzo de la menstruación puede ser vista como la separación definitiva de la madre, convirtiéndose en la competidora de ésta, en lugar de ser su hija dependiente. En un chico, los deseos incestuosos son los que pueden amenazar esa relación dependiente con la madre. Alexander ha observado que al-

gunas madres de asmáticos reaccionan con rechazo hacia el hijo, - ante sus repentinas manifestaciones físicas de atracción.

En general, se encuentra en los asmáticos una combina-- ción de seducción maternal y abierto rechazo. Sentimientos hosti-- les hacia el objeto amado, pueden afectar la relación de dependen-- cia y provocar el ataque. Cuando una situación provoca un esfuer-- zo que estimula el funcionamiento independiente de la persona, se puede crear un conflicto profundo entre las tendencias indepen-- dientes del sujeto y consecuentemente provocar el ataque.

Alexander ha visto a través de estudios psicodinámicos, que en la vida de estos pacientes hay un continuo rechazo mater-- no. El niño cuya madre lo rechaza, responde con sentimientos de - inseguridad, tratándose de apegar aún más a ella. Otras madres -- actúan sobre sus hijos en forma exigente tratando de independizar los prematuramente, logrando únicamente aumentar su inseguridad y sus lazos dependientes.

Alexander (8) identifica el espasmo bronquial con el -- llanto inexpresado del niño. Es decir, si el llanto del niño, que no es otra cosa que su forma de llamar a la madre para ser confor-- tado y atendido, es frustrado por una madre rechazante, el niño - no habrá experimentado la necesidad temprana de amor. Finalmente-- retiene el llanto pues no ha sido socorrido. Más tarde lo expresa rá fisiológicamente en forma de ataque asmático. La inhibición de la necesidad de llorar parece ser el factor emocional central en-- estos casos. Alexander y French (62) dicen que la inhibición de - la confesión es también un factor que está añadido en la inhibi--

ción del llanto. El asmático tiene pues un intenso miedo de ser separado de la madre. Este temor está causado por los impulsos -- prohibitivos del paciente que cree ofenderán a la madre. Pero --- cuando ésta acepta la confesión, sin sentir trastorno alguno, la situación puede componerse. Cuando el paciente no está seguro de la tolerancia de la madre, con respecto a su posible confesión, el ataque de asma será precipitado. De ahí que opine French (61) que en la situación Terapéutica se le debe convencer al sujeto de que nada de lo que él diga será ofensivo. Con esta actitud, el sujeto sentirá confianza y confesará con mayor libertad aquéllo que lo - perturba, disminuyéndose así su inseguridad y dependencia que es- tan tan profundamente arraigadas, pues el síntoma asmático es un- esfuerzo del niño para expresar la naturaleza del drama entre él- y la madre. Sin embargo no se deben ignorar aspectos alérgicos -- que pueden ser constitucionales.

Deutsch (43) dice al respecto que cuando el sujeto --- vuelve a revivir el conflicto entre tendencias dependientes e in- dependientes, sobreviene el ataque. No sólo representa el grito o llanto reprimido del niño o el miedo de ser separado de la madre- sino que sus síntomas son muy complejos, manifestando en ellos el pánico del ego ante las demandas instintivas irreconciliables en- su lucha por la supremacía. Estando las respuestas tan íntimamen- te relacionadas con la ansiedad, el autor cree que la continua -- oscilación respiratoria puede estar causada por una preparación - inconsciente de ansiedad. Como si el ego en esta forma, examinara la situación para ver si tiene razón de sentir miedo. Visto así,-

los movimientos de los músculos respiratorios expresan la necesidad de tomar o alejarse de los objetos; la inspiración es el intento de dirigirse hacia los objetos y la expiración es el intento de alejarse de ellos. Mientras que la primera incorpora, la segunda expresa la pérdida del objeto incorporado. Cuando el ego -- del asmático no puede encontrar armonía entre los factores psicológicos y los sintomáticos, se produce una conducta respiratoria-desorganizada. Ante esta situación de pánico del ego se puede producir el ataque. Es entonces cuando el ego se da por vencido en su función de mediador de armonía y el ataque se produce.

Monsour (119) dice que "el asma es una expresión somática de ansiedad, que en períodos avanzados de desarrollo del yo, - aparece en forma psicológica como miedo a la muerte". Según como la madre responda al llamado del hijo, se creará el asma. El niño palpa la ansiedad posesiva de la madre y la siente como una amenaza a su identidad. Esta ansiedad en el niño es intensificada por - la neurosis de la madre. Puesto que la relación con la figura materna produce una erotización de la función respiratoria, el asma, dice Monsour, ilustra el esfuerzo abortivo del niño por obtener gratificación sexual a través de un sistema inapropiado.

Wittkower y White (172) estudiaron diez asmáticos y expresaron que su conducta estaba motivada por una compensación de tendencias dependientes, que se debían:

- 1.- A un rechazo materno motivado por una madre enferma o inadecuada.
- 2.- Por incapacidad de la madre para satisfacer excesi-

vas demandas dependientes del niño.

3.- Por demandas maternales que presionan al niño a alcanzar una independencia prematura y por sobrecompensación materna.

En los sueños de estos pacientes se ha encontrado una simbología que sugiere fantasías y deseos intrauterinos (agua). Los autores explican la simbología del agua diciendo que las experiencias reales de agua actúan como fuerzas destructivas habiendo iniciado miedo en sujetos muy susceptibles. Estas experiencias seguramente activan conflictos inconscientes que están relacionados con los fuertes deseos del paciente de volver a la madre, sentimientos que a su vez son reflejados en las fantasías de agua.

De los diez pacientes vistos, nueve temían meterse al agua y los diez habían tenido alguna experiencia desagradable con ella, habiendo estado nueve de los pacientes, antes de haber tenido el asma, a punto de ahogarse. En ocho de los pacientes se observó que el ataque asmático se había originado durante la excitación sexual, no siendo la actividad física la explicación del ataque, pues ocurrieron en una fase temprana de la excitación sexual. Los autores mencionan a una paciente que confesó haber precipitado el ataque al tener un avance sexual con el novio. Esta actitud se explicó cuando la paciente observó que su madre había condicionado su conducta sexual, pues para ella las relaciones sexuales eran "pecaminosas y sucias". El haber continuado con la relación, hubiera significado perder y agredir a la madre, prefiriendo el sujeto escapar de ella bajo un ataque asmático.

Bastian y Groen (17) están de acuerdo con Deutsch en -- que una persona con predisposición (experiencia infantil traumática combinada con caracteres hereditarios) es vulnerable a situaciones de stress por no poderse adaptar a ellas. En lugar de externalizar el conflicto, éste se internaliza, produciéndose una respiración anormal en el tracto respiratorio. No todos los asmáticos son alérgicos a ciertas sustancias, pero la predisposición psicogénica, junto con el conflicto situacional opresivo, están presentes en todos. Esta presión se debe a que de niño, el paciente tuvo que adaptarse forzosamente a situaciones determinadas por sumisión a los deseos autoritarios de los padres. Al no poder expresar en forma alguna su protesta, se le creó un conflicto que le provocó sentimientos de opresión.

Si este sentimiento de opresión coincide con una situación que lo refuerza, " la tensión interna se somatiza en forma de ataque asmático...." . " Una vez que se forma la asociación de este sentimiento opresivo con el estímulo o situación externa, se establece un proceso de condicionamiento y en ocasiones futuras el paciente desarrollará nuevos ataques cuando las circunstancias le provoquen el mismo estado o sentimiento...."(17). En cuanto la enfermedad es un hecho, el niño es limitado en sus actividades, provocándole ésto, constantes frustraciones. Los sentimientos de opresión en estas circunstancias, son expresados por el niño en forma de ataque.

Así como la madre tiene una postura ambivalente, en la mayoría de los pacientes el padre es una figura débil, pasiva y -

generalmente dominada por la madre. En muchos casos el padre busca su libertad fuera de la casa encontrándola en su trabajo, pero el paciente experimenta esta postura como débil pues no le proporciona a él ningún apoyo, dejándolo sólo en su lucha con la madre. La influencia de esta inseguridad se manifiesta en la formación del super-ego, que en estos pacientes es muy estricto, a pesar de lo cual el ego sigue aún siendo omnipotente, evidenciándose esto durante la enfermedad, cuando el paciente actúa como un bebé que quiere siempre controlar la situación. Parece como si su super-ego no hubiese sido incorporado completamente dentro de su personalidad total. Bastians y Groen han observado que en períodos, tanto asmáticos como no asmáticos, el paciente sigue necesitando "de cierta consolidación mágica de su propia fuerza. La presencia de pastillas, aún cuando no son necesarias, le dan descanso y seguridad, dando la impresión que están asociadas a la idea de un padre protector y amado que está presente". (17)

Por el otro lado, como Alexander lo señaló, son personas muy impulsivas. Tienen a resaltar en su trabajo, ocupando puestos de líderes, pero la menor resistencia los hace enojar. Son poco constantes debido a la desigualdad que existe entre sus capacidades reales y sus fantasías omnipotentes. En niños por ejemplo, se observa que cuando el profesor no es una figura dominante, pueden manejarse bien fuera de casa. Pero en cuanto se sienten dominados en la escuela igual que en su casa, expresan su enfermedad somática. Así mismo, a través de la observación de una gran mayoría de pacientes, Bastians y Groen, han concluido que los asmáticos pue-

den tener una gratificación sexual con un compañero totalmente su-
miso. Pero si sucede lo contrario y el compañero es una persona -
dominante, su vida sexual será insatisfactoria y los ataques asmá-
ticos sobrevendrán. El compañero ideal para el hombre asmático es
el sujeto sometido que casi es un esclavo. Para la mujer asmática
el hombre debe darle todo lo que quiera y debe vivir completamen-
te de acuerdo con sus propias concepciones de la vida.

Así pues, espero que haya quedado clara la idea de que
el espasmo asmático puede ser precipitado por la acción conjunta-
de los factores emocionales ya descritos, junto con la presencia
de una fuente de alergia específica, aunque a veces la acción de
un sólo factor puede producir el ataque.

Uno de los métodos terapéuticos empleados en el asma es
el de soporte. Pero generalmente la psicoterapia es más benéfica -
pues es más penetrante. En dicho tratamiento se deberá proporci-
onar al paciente protección y relajamiento. Los pacientes menos --
inhibidos descargarán sus tensiones a través de una conducta muy-
activa, siendo ésta, la forma más constructiva de expresar su a--
gresividad. En psicoterapia de grupo, unos pacientes enseñan a --
otros a expresar más (act-out) y reprimir menos, a través de dis-
cusiones de grupo en donde los problemas son expuestos, trayendo-
la consecuente liberación de energía y finalmente, un mejoramien-
to desde el punto de vista clínico.

Ripley y Treuting (156) observaron en un experimento --
realizado en 51 asmáticos, que cuando los pacientes tenían la ---
oportunidad de "ventilar sus problemas" , los síntomas que se --

presentaban eran menos severos, por lo que la terapia se dirigió hacia la 'ventilación' de sus problemas emocionales, notándose mejoría en los sujetos que finalmente toleraban la situación o aprendían a manejarla más adecuadamente, es decir, aquéllos que desarrollaban más confianza en sí mismos y mayor libertad de acción.

Cuando la terapia es aplicada a niños, se debe estudiar también a los padres, con el fin de hacer que la madre cambie de actitud y se vuelva más tolerante. Pero cuando no se recibe su cooperación, se trata de estimular al padre para que proteja al niño de la tiranía posesiva de la madre.

En los demás trastornos respiratorios, los factores emocionales también tienen un papel importante en su producción, pero aún son muy limitados los estudios psicoanalíticos realizados.

En la tuberculosis: Se sabe que el bacilo de la tuberculosis es un parásito universal puesto que todo ser humano lo alberga, pero sólo algunos son víctimas de él.

Jelliffe (85) interpreta la "huida" en la tuberculosis como una "regresión" a la felicidad intrauterina en su forma más extrema " o como una expresión sadomasoquista: " Sentirán cuando yo me haya ido ", es su verbalización emocional. Esta revancha inconsciente tiene su origen en rivalidades infantiles.

Wittkower y White (172) ven que además del bacilo de la tuberculosis, hay otros factores adicionales, incluyendo factores sociales y psicológicos que determinan e influyen su aparición y su curso de evolución.

En los estudios de tuberculosis que se han reportado, se ha visto que uno de los rasgos comunes en la personalidad premórbida es su intenso deseo de afección, que puede ser expresado abiertamente, sutilmente, o bien negado. Sus conflictos centrales giran alrededor de la dependencia, siendo sujetos que pueden adoptar una actitud enteramente receptiva hacia la gente que los rodea en particular y hacia el mundo en general, convirtiéndose en verdaderos parásitos. Pero hay sujetos que toman la postura contraria, ostentando ser muy independientes y no admitiendo su necesidad de dependencia. También hay otros sujetos que adoptan una conducta antisocial y agresiva como una medida defensiva.

En general, en los estudios psicodinámicos se les vio como individuos inseguros, poco estables, rebeldes y atormentados que desvían los impulsos agresivos de objetos del mundo exterior hacia sí mismos.

Wittkower (171) menciona las observaciones hechas por Hartz en el sentido de que en algunos pacientes tuberculosos la enfermedad adquiere un simbolismo especial que es determinado por la personalidad del paciente y sus problemas. Reporta a un paciente que identificaba a su enfermedad como su madre, estando ella simbólicamente inválida, pues era destruida progresivamente por la enfermedad. Hartz¹ dice que cuando el paciente estuvo bajo psicoterapia y exteriorizó su odio hacia la madre, cambió su actitud hacia su enfermedad.

¹ Hartz, J. "Psychology of the Tuberculosis", Chap 16 in Wittkower-E.D. y Clegorn R.A. (Eds) Recent Developments in Psychosomatic Medicine, Lippincott, Phila, 1954.

Disturbios Sexuales y sus Concomitantes Emocionales:

Indudablemente que no hay otra relación tan íntima entre factores fisiológicos y psicológicos como la que se observa en las funciones del aparato sexual. En el "Timeo" de Platón se dice: "... El animal que está en la matriz de la mujer; está deseoso de procrear hijos y cuando no los conciben dentro de un plazo razonable se siente infeliz y enojado, paseando en cualquier dirección del cuerpo, cerrando los pasajes de la respiración y obstruyéndola, causando toda la variedad de enfermedades!" Hipócrates (120) dijo que ciertas enfermedades de las mujeres no tenían un origen divino, como popularmente se pensaba. La cura que él recomendaba era el casamiento, a través del cual la mujer adquiriría más tranquilidad y armonía en sus funciones.

En el transcurso del tiempo se ha visto que la extirpación de los testículos y ovarios trae profundos cambios en el animal, el cual se vuelve más doméstico. En el ser humano estos cambios causan esterilidad y disminución de las características sexuales, así como cambios emocionales.

El psicoanálisis ha explicado ampliamente la importancia que la fuerza sexual y su concomitante de energía psíquica --libido-- tiene en la dinámica del proceso psíquico, estableciéndose que la maduración de las funciones sexuales y la integración de la personalidad son procesos unidos muy íntimamente. El único factor que no fue considerado por el psicoanálisis fue el endocrínológico. (7a)

La madurez sexual se alcanza cuando el individuo aprende a encontrar gratificaciones para su necesidad instintiva en el marco de su conciencia, por que la sexualidad genital del hombre está bajo el control del ego. Cuando la energía sexual genital está en vías de alcanzar su gratificación, tiene que acatar las órdenes dictadas por el super ego, sobreponiéndose así mismo a las resistencias interpuestas por el ego. Las restricciones impuestas por el superego y las defensas del ego pueden influenciar la descarga de la libido, retrasándola o impidiendo la sublimación. Pero también las fuerzas instintivas pueden ser un obstáculo en la integración de la madurez sexual, pues las fijaciones en niveles pregenitales de gratificación absorben una enorme cantidad de - - energía sexual. La consecuente ansiedad originada por los conflictos con los genitales, puede desviar esta ansiedad hacia niveles infantiles. Así que, en resumen, no es la producción de energía - sino la manera de gastarla, la que ocasiona las variaciones en la conducta sexual humana. (21)

Después de una serie de investigaciones realizadas en - la ciencia endocrinológica, Benedek como psicoanalista, y Rubinstein como biólogo, (22) hacen unos estudios basados en los cambios cíclicos hormonales de la mujer, analizando las expresiones corporales y psicológicas.

Funciones sexuales en la mujer . (21, 19)

Los autores correlacionan los factores psicológicos y - hormonales con el fin de encontrar el significado hormonal de los

diversos aspectos psicológicos.

Mediante datos físicos obtenidos por la medición de las temperaturas vaginales de las personas examinadas, fué establecido el ciclo ovárico en un grupo de mujeres que estaban bajo psicoanálisis. Estos autores comprobaron sus resultados a través del psicoanálisis de varias mujeres y del pronóstico hormonal basado en exámenes físicos. Por primera vez, gracias a estas investigaciones, los cambios psicológicos de la mujer durante el ciclo sexual fueron conocidos.

El ciclo sexual da comienzo con la maduración de la fase folicular en la que los estrógenos¹ son gradualmente activados. La fase del estrógeno se caracteriza por la activación de las tendencias heterosexuales, pudiendo ser reconocida abiertamente en la conducta sexual o estar disfrazada en sueños.

Pero así como hay una activación sexual, también hay una activación de las defensas psíquicas en contra de estas tendencias heterosexuales, cuando se trata de individuos inhibidos y de personas infantiles: En este caso las tendencias heterosexuales pueden estar encubiertas por hostilidad o ansiedad dirigida a los hombres.

Cuando la ovulación está por ocurrir, comienza a activarse la producción de progesterona, habiendo un grado máximo de integración psicosexual, cuando la mujer está preparada biológica y emocionalmente para concebir. Cuando es gratificada, se relaja, pero si es frustrada, aumenta su tensión.

Después de que la ovulación ocurre, la mujer entra en -

¹ La progesterona es la hormona de la madurez y el estrógeno es la hormona de preparación.

un período de relajamiento motivado por la liberación de la energía heterosexual. Es en la fase de la progesterona, cuando se alcanza el momento crítico de la evolución por una disminución de las tendencias libidinosas activas y por una erotización narcisista. Es decir, la dirección de la energía provoca cambios que se concentran en el cuerpo de la mujer, percibiendo consciente o inconscientemente una relajación de la tensión libidinosa preovulatoria. En este momento ella está consciente de su disposición sexual, -- siendo visible su deseo de embarazarse, visible aún en sus sueños. -- Este período prepara a la mujer para la maternidad. Pero claro está, esto puede ser manifestado también por un deseo o temor de embarazarse. Si la mujer no ha alcanzado un nivel psicosexual de maduración, expresa un deseo regresivo de ser nuevamente una niña, para poder ser cuidada. Este deseo va acompañado de un humor depresivo.

Si la mujer no es fecundada, la progesterona disminuye -- habiendo en general un nivel hormonal bajo, durante el período -- premenstrual del ciclo.

En los estudios psicoanalíticos se vió que en la fase premenstrual los rasgos emocionales cambian de un sujeto a otro -- motivando un estado de irritabilidad -- especialmente cuando el sujeto teme la menstruación, reviviendo la idea infantil de que la -- menstruación equivale a la castración. Este contenido es inconsciente y sólo es revelado en los sueños y fantasías angustiosas. -- En otros sujetos, el período premenstrual se manifiesta por estados de fatiga y en general por una condición defensiva.

Muchas veces las actitudes depresivas continúan hasta la menstruación misma. Aparte de las razones hormonales implicadas en este hecho, el material psicológico se puede interpretar, como una pena que la sujeto siente por no haber sido embarazada. Otras desprecian los genitales femeninos por considerarlos sucios, pero al cabo de unos días, cuando el ciclo está por empezar nuevamente, provocando excitación sexual, la mujer experimenta nuevamente un estado de bienestar. El ciclo sexual llega a su fin cuando se establece el flujo menstrual. Después de unos días la mujer experimenta un sentimiento de relajamiento y su excitabilidad disminuye.

Ha quedado explicado que este movimiento psíquico de -- hormonas, despierta un movimiento de fuerzas emocionales que la mujer expresa mediante ciertos canales, pero hay que considerar la influencia que la emoción ejerce sobre las gónadas. Se sabe -- que la emoción puede adelantar o retardar la menstruación y que la ovulación también puede ser influenciada por factores emocionales. Por ejemplo, las relaciones sexuales gratificantes pueden facilitar la ovulación, mientras que los sentimientos de frustración y miedo pueden inhibirla.

De lo dicho anteriormente se puede concluir que la fase sexual de la mujer tiene dos momentos: uno activo que tiene por objeto asegurar el acto sexual y otro pasivo (receptivo-retentivo) que tiende a asegurar las funciones del embarazo.

Hay una fuerte relación entre la progesterona y el estrógeno. El primero es producido en la mujer después de la puber-

tad como una función del óvulo. El estrógeno se encuentra desde la infancia en ambos sexos. La relación de la progesterona con el estrógeno y su preponderancia o su eficiencia, da un matiz especial al ciclo sexual. La relación entre ambas será normal cuando la sujeto alcance su desarrollo psicosexual sin estar fijada en las fases pregenitales. Pero si por alguna razón ésto no ocurre, el disturbio de la madurez psicosexual será reflejado en el ciclo. Esto se ve claramente en sujetos obesas, que tienen una fijación infantil que acentúa sus tendencias receptivo-retentivas: Sus ciclos serán más largos teniendo largas fases de progesterona. Y cuando el desarrollo psicósomático está muy inhibido, entonces los períodos hormonales serán muy bajos y la menstruación se presentará muy irregularmente.

Embarazo: Una de las características de este estado, es la intensificación de las tendencias receptivas, buscando la mujer ser atendida por su ambiente. Pero si es frustrada en sus deseos dependientes, aumenta la tensión de sus necesidades receptivas, pudiendo interferir en el progreso de la maternidad y destruir el estado primario narcisista del embarazo. O sea, cuando sus necesidades dependientes no son satisfechas, la frustración de sus deseos orales dependientes provoca síntomas específicos, como un apetito perverso, mareos, náuseas. (19)

La mujer embarazada goza de la tranquilidad vegetativa de su cuerpo que está lleno de tendencias libidinosas. Precisamente, la gratificación primaria narcisista ayuda a la futura madre a soportar todos los momentos difíciles del embarazo.

Se ha visto que muchas mujeres neuróticas, que generalmente padecen de fuertes ansiedades, durante el embarazo se sienten calmadas, gozando de un completo bienestar y sintiéndose emocionalmente estables.

Debido a que la depresión es un fenómeno inherente al embarazo y al período de la lactancia, suelen ocurrir depresiones de gran seriedad. Cuando la hostilidad se dirige al feto, la mujer tendrá fantasías de tener un hijo monstruoso, lo que dará origen a un gran pánico. Al nacer el niño, estos impulsos agresivos se observarán en la forma inadecuada de cuidarlo.

Impulsos de suicidio pueden, en un caso extremo, representar defensas en contra de la hostilidad que se siente hacia el feto. Su estado emocional se integrará cuando sienta una capacidad creciente de amor hacia el niño.

En algunos casos el temor hacia el embarazo y los impulsos hostiles que la madre puede tener hacia el hijo, pueden suprimir el proceso hormonal encargado del embarazo, causando un aborto. Se han visto casos de mujeres que durante el embarazo se sienten en un pánico espantoso, por creer que el feto estará lesionado en partes internas del cuerpo o porque temen morir en el parto. Este pánico puede verse aumentado por impulsos de suicidio o por sentimientos agresivos hacia el feto. En esta lucha defensiva en contra de la ansiedad, la madre puede desarrollar depresiones, pudiendo incluso desarrollar una psicosis. Cuando en estos casos el embarazo es interrumpido, puede traer una completa e inmediata recuperación.

Otras mujeres resuelven estos problemas a través de su condición estéril. Sólo en casos en que hay anomalías orgánicas y glandulares, la esterilidad es absoluta. En las demás formas de esterilidad, hay una tendencia psicosomática. Estas mujeres que padecen de una esterilidad funcional, son poco conscientes de sus hostilidades y preocupaciones acerca del feto. Puede suceder que una mujer es estéril, cuando el deseo de tener una relación sexual es suprimido en el período fértil, llevándose a cabo durante la fase no fértil del ciclo. El cambio somático que ocasiona la esterilidad puede producir un cambio también en el ciclo, de tal manera que la ovulación tiene lugar durante la menstruación, cuando generalmente no hay contacto heterosexual, suprimiéndose así completamente la fertilidad.

Parto: Benedek dice que la relación madre-hijo (simbiosis) empieza con la concepción. Pero esta relación biológica se interrumpe con el parto, cuando por los trabajos del mismo se interrumpe " la continuidad emocional de la unidad madre-hijo ". -- (20) " La psicodinamia de la simbiosis es interrumpida en el nacimiento, pero queda como una fuerza funcional que dirige y motiva la interacción somática y mental entre madre e hijo." Pero "los aspectos psicosomáticos de la maternidad demuestran la necesidad biológica de la madre de continuar la simbiosis de la etapa puerperal durante la infancia del niño. Mientras el infante se incorpora al pecho, la madre se siente unida al bebé. La identificación con él, le permite a la madre 'regresar' , repetir y satisfacer sus propias necesidades pasivas, dependientes, y receptivas".(20)

Es a través de la integración entre madre-hijo que la lactancia permite una integración gradual hacia una maternidad normal. Las tendencias psicodinámicas relacionadas con la maternidad y la lactancia, pueden hacer a la mujer hipersensitiva en su forma de llevar a cabo sus funciones maternas. Cualquier falla en este proceso puede causarle sentimientos de inferioridad, que despiertan ansiedad y finalmente la deprimen.

Benedek dice que por procesos psíquicos no definidos, se ha demostrado que el niño incorpora las actitudes emocionales de la madre, pudiendo después desarrollar los mismos síntomas que la madre tiene o tuvo.

Se puede decir que la mujer, a través de la repetición cíclica de su preparación para la maternidad y a través de la satisfacción de esta necesidad instintiva, adquiere una maduración sexual y un mayor desarrollo de su personalidad. (21)

Menopausia: El período reproductivo de la mujer dura -- aproximadamente 35 años. Su terminación se caracteriza por la interrupción de la menstruación. Este período en la vida de la mujer trae diversos concomitantes emocionales, pues la mujer lo considera como un período de stress físico y psíquico. Mientras algunas mujeres padecen de insomnio e irritabilidad, otras padecen -- palpitaciones o náusea. Se ha observado que muchas mujeres tienen manifestaciones neuróticas, psicóticas, y psicosomáticas en este período. Como estos síntomas se presentan durante el climaterio, son atribuidos a las tensiones de la menopausia, pero el psicoanálisis ha demostrado que los síntomas han existido antes, habiendo

sido agravados en este período. Las alteraciones psiquiátricas se
veras se producen en mujeres "cuya adaptación a las tensiones in-
ternas o externas se realizó a lo largo de toda su vida a costa -
de un aumento de las defensas narcisistas. Estas defensas se rom-
pen cuando son sobrecargadas por frustraciones instintivas y ex-
ternas que la mujer afronta en esta fase de su vida ". (19)

La falta de balance endocrino así como los síntomas au-
tónomos acompañantes, son factores precipitantes de dicha condi-
ción, pero las causas de los síntomas psíquicos están arraigados-
en la organización psíquica. Sin embargo se observa en mujeres cu-
ya adaptación ha sido buena, que durante la menopausia la energía
psíquica que había sido ocupada por el proceso reproductivo, es -
empleada en este período en tareas productivas y creativas, diver-
sificándose sus intereses y mejorando su salud física y psíquica,
por lo que esta etapa se considera como un nuevo período de desa-
rrollo.

La Frigidez: Es una de las alteraciones psicosexuales -
más comunes. Se ha comprobado que muchas mujeres que tienen hijos
y son buenas madres no han experimentado jamás el orgasmo. En rea-
lidad la calidad de la experiencia sexual en la mujer depende en-
una gran parte del hombre, de su potencia y de su habilidad para
hacerla que se sobreponga al miedo y a la timidez que la relación -
sexual le producen.

La complejidad de su maduración sexual puede llegar a -
crearle defensas en contra de la sexualidad, manifestándose éstas en
la inhibición de su capacidad orgástica. Así como la impotencia,-

la frigidez parte de una gran ansiedad causada por el peligro inconsciente que va asociado con la obtención del fin sexual y que en este caso está motivado por el miedo de ser lesionada por el pene, el miedo a embarazar y el miedo al parto. Sin embargo la frigidez no es un obstáculo para desarrollar la función reproductiva como lo es la impotencia. La respuesta o actitud de la mujer ante su frigidez, depende especialmente de la estructura total de su personalidad. Mientras unas mujeres responden con enojo y depresión, otras, temerosas de la frustración, controlan el acto sexual con hostilidad y aún otras se conforman con una gratificación parcial. Pero todas ellas interfieren con lo que quieren lograr.

En las actitudes emocionales de estas mujeres se refleja el conflicto sexual subyacente, que impide la capacidad orgástica.

El vaginismo se caracteriza por un espasmo involuntario de los músculos vaginales. Su origen siempre es psicogénico. Mientras este trastorno protege a la mujer de un dolor que teme, le impone a cambio un dolor que ella misma se crea. Obtiene la meta inconsciente de excluir al pene, expulsándolo o reteniéndolo en forma dolorosa. Puesto que la vagina es un órgano receptivo, este síntoma puede ser interpretado como una expresión de fuertes tendencias incorporativas, pareciendo corresponder a la idea amenazante de 'vagina dentata'. Además hay fuertes tendencias sadistas y masoquistas con tendencias uretrales, anales-retentivas y eliminativas. Ocurre en mujeres cuya estructura psicosexual, además de las fijaciones pregenitales mencionadas, tiene un marcado infantilismo sexual. Se puede decir que ésto se manifiesta, no sólo en su vida-

emocional sino también en la inmadurez de sus ciclos sexuales. Pero aún no se sabe si el nivel hormonal actúa sobre la mujer produciendo enojo y frustración o si estos actúan sobre la producción hormonal, bajando su nivel. Las mujeres que tienen una función -- hormonal más lábil, son más aptas para ser frías. Pero tampoco se sabe si los factores que influyen a la frigididad, actúan sobre las funciones ováricas a través del enojo y frustración despertadas ante la incapacidad orgástica.

Dismenorrea: (Son formas de menstruación dolorosa. El cólico menstrual es la forma de dismenorrea más frecuente acompañándose de vómito, náusea, diarrea y desmayos). Este síntoma está caracterizado por un aspecto físico que es considerado como falta de madurez sexual y emocional. Las expresiones emocionales de la tensión premenstrual y la depresión pueden aparecer sin los síntomas físicos de la dismenorrea. Los síntomas de la tensión premenstrual pueden provocar un sentimiento de frustración, infelicidad y enojo o sentimiento de tristeza, hipersensitividad y ansiedad hipocondríaca.

Según observaciones psicoanalíticas, este estado general de excitación nerviosa puede deberse a la ansiedad que la --- menstruación produce en tales sujetos, junto con un intenso miedo de repetir tan insoportable sufrimiento. Fisiológicamente, estos cambios se deben a que la deficiencia ovárica aumenta la irritabilidad del sistema nervioso autónomo.

La dismenorrea ocurre muy pocas veces en la pubertad, desarrollándose en las últimas fases de la adolescencia. Puede in--

ciuso ocurrir en mujeres que ya han tenido hijos y una menstrua--
ción normal, pero después de alcanzar la madurez, la regresión --
les activa este desorden. Aunque la dismenorrea "representa una -
reacción a funciones ováricas deficientes (tipo infantil) no es -
sólo un síntoma de hiposexualidad. Es más bien el resultado de un
control decreciente del ego sobre conflictos psicosexuales ".(21)

Oligomenorrea: Se refiere a menstruaciones escasas que-
ocurren a largos intervalos. Puede deberse a un retardo sexual -
de maduración hormonal (hipogonadismo), pero muchas veces es un re-
sultado de una regresión psíquica, como sucede en algunos casos -
de obesidad, que puede desarrollarse en mujeres que se acercan a-
la función sexual femenina no con una identificación masculina si-
no con depresión, así como con regresión a la fase oral del desa-
rrollo psíquico, como una defensa a la sexualidad. Los procesos -
metabólicos de obesidad o depresión traen manifestaciones de tipo
sexual, siendo las mujeres obesas frecuentemente estériles. (19)

La Amenorrea es una forma más severa de oligomenorrea.
Aparte de las razones hormonales, hay naturalmente influencias --
psíquicas. Se presenta este desorden en dos tipos de personas:
1.- En mujeres jóvenes que reprimen el ciclo ovárico, como defen-
sa en contra de la sexualidad femenina. La sujeto tiende a --
imaginarse una vida muy completa de relaciones heterosexuales, --
sin tener que considerar la parte "sucia, dolorosa y desagradable"
de la femineidad. En la terapia se ha visto que estas sujetos - -
reaccionan bien al tratamiento y su síntoma desaparece después de
que es capaz de responder a la experiencia heterosexual.

2.- Se presenta en mujeres que se sienten positivamente seguras de estar embarazadas, llegando inclusive a desarrollar síntomas objetivos de embarazo. En este caso, los síntomas falsos aparecen causando un retraso de la menstruación. La sujeto tiene -- sentimientos ambivalentes hacia su embarazo (deseo y miedo de estar embarazada), ésto, unido a sentimientos de culpa. Por la hostilidad consciente que tienen hacia sus hijos, hacen que se suprima la menstruación por un número de semanas, aceptando aparentemente la maternidad, cuando en realidad estas sujetos están gozando de gratificaciones que únicamente son justificadas durante el embarazo.

Trastornos Sexuales en el Hombre

Gutheil afirma que "la función sexual del hombre depende en parte de estímulos psíquicos y en parte de estímulos físicos que son eslabones en una cadena de reflejos condicionados interrelacionados. Cualquier disturbio de esta cadena en sus partes somáticas psíquicas, produce un disturbio en las funciones sexuales". (74)

Para poder entender los trastornos de las funciones sexuales del hombre, hay que analizar los factores que entran a formar parte de su funcionamiento sexual; carga sexual inicial, erección, eyaculación y orgasmo.

En una relación sexual, el hombre tiene un alto grado de energía libidinosa. Cuando esta energía sexual tiene la suficiente fuerza, estimula los centros erectivos y se produce la erección, que deberá ser fuerte y duradera para poder realizar la inserción del órgano. El hombre alcanzará después un nivel de excitación alta que se distribuirá por los centros de eyaculación, produciéndose la eyaculación, propiamente dicha. Si esto ocurre en el clímax de la excitación, se producen una serie de espasmos involuntarios y el espasmo es consumado en el orgasmo, el que es experimentado psicósomáticamente.

La impotencia puede deberse a trastornos orgánicos producidos por enfermedades como la sífilis, diabetes, etc., o por fallas hormonales. Pero también puede deberse a influencias psicogénicas, siendo este el caso en la mayoría de estos trastornos.

. Este síntoma le sirve al hombre como protección de conflictos o impulsos que le son amenazantes, especialmente cuando el ego ha sido debilitado por el éxtasis sexual. La impotencia -- puede agregar fantasías e impulsos sadistas reprimidos. El hombre tiene la fantasía inconsciente de que el pene es un órgano muy poderoso con capacidades destructivas. Pero la fantasía de lastimar a la mujer amada no es sino la negación y protección de la ansiedad de castración, que se puede decir, es la motivación básica de las inhibiciones sexuales.

El temor de perder el pene en la relación sexual puede prevenir las erecciones o ser causa de que se pierda momentos antes de la penetración. Si el hombre, a su vez, no ha tenido éxito en sus relaciones sexuales, habiendo sentido vergüenza y humillación, podrá repetir este mismo patrón cada vez que trate de realizar el acto sexual. Pero la impotencia se convierte en un síntoma severo cuando es motivado por tendencias conflictivas bisexuales, desapareciendo la erección rápidamente o no llegándose a desarrollar completamente. (21,74)

En la eyaculación precoz hay una fijación uretral que ha sido condicionada por enuresis y masturbación, experimentando el sujeto sentimientos de culpa y de inferioridad. Su actitud inconsciente hacia el semen puede ser similar a la que adopta ante la orina, eliminando en cuanto siente presión. Estos individuos no han integrado los componentes activo -agresivos-eliminativos de la fuerza sexual, conservando tendencias pasivo eliminativas.

Los casos menos severos se caracterizan por la brevedad

de la eyaculación o por la eliminación pasiva del flujo seminal, sin tener las contracciones musculares típicas del orgasmo. Esto puede deberse a que la urgencia de eliminar es mucho más fuerte que la de retener, por lo que el fluido seminal es descargado rápidamente. Esto tiende a ocurrir después de una larga abstinencia.

La eyaculación retardada se caracteriza como su nombre lo indica, por el retardo de la eyaculación. Como se dijo al hablar de la eyaculación precoz, la tendencia eliminativa es característica de los órganos sexuales masculinos. En este síntoma se ve que la tendencia a retener es más fuerte que la de eliminar -- por lo que la descarga orgástica queda interferida. Este síntoma también puede ocurrir en hombres de potencia normal que sufren de un estado exhaustivo sexual.

La eyaculación retardada expresa la ansiedad que está asociada con la pérdida del pene. Se inhibe la eyaculación por el miedo a morir o a perderse. La tendencia sádico anal reduce en este caso el orgasmo. Probablemente este síntoma está relacionado con la esterilidad funcional en el hombre.

Gutheil (74) dice que para poder establecer la naturaleza del desorden desde el punto de vista psicológico, el médico deberá conocer la historia familiar, el desarrollo sexual del sujeto, su educación sexual y moral, su estado civil y si es casado, conocer su actitud frente a sus relaciones maritales, así como conocer su propia interpretación sobre el caso. Es importante saber cuando ocurrió por primera vez este desorden, para así determinar los factores psicológicos que pudieron intervenir. Pero como en -

la generalidad de los casos, es sólo el psicoanálisis el único -- que puede darse cuenta de los elementos inconscientes y de las estructuras primarias envueltas en esta alteración.

El trastorno puede deberse a que las condiciones exteriores de la relación sexual no son propicias; a ansiedad despertada por temores de masturbación; a problemas de castración aún no resueltos o a alguna experiencia que llevó al individuo a un cambio intrapsíquico de intereses sexuales.

Hay que tener en cuenta que en momentos de profunda tensión, la energía sexual se suma a las energías del ego con el fin de tratar de mantener su capacidad adaptativa, retirándose de este modo de sus objetos específicos.

En estas alteraciones del aparato sexual masculino vemos también que están motivadas por problemas intrapsíquicos, que durante el conflicto consumen mayor cantidad de energía psicosexual. Hasta qué punto se debe el trastorno a factores endocrinológicos, se averigua fácilmente empleando todos los métodos modernos con que la medicina cuenta en el presente.

La forma psicósomática de estudiar y tratar los trastornos sexuales ha traído una mayor integración en el conocimiento de estos desórdenes, pues tanto los factores orgánicos como psicológicos son vistos y tratados en conjunto.

Enfermedades de la piel: Jelliffe (85) dice que la piel muestra los secretos de la psique. Dunbar dice que "el significado de la piel como medio de intercomunicación entre el mundo interior y exterior es obvio...." (48). Sin embargo aún no se han realizado muchos estudios en ese campo.

El hombre siempre ha sabido que la piel es un órgano -- por el cual se pueden revelar sus emociones: el rubor expresando vergüenza, el empaldecimiento como símbolo igualmente de vergüenza, la comezón como signo de impaciencia, etc. Los desórdenes de la piel son psicosomáticos porque empeoran una situación de stress y mejoran o se curan por medio de psicoterapia.

Mittelman (116) dice que en algunos sujetos el acne aparece en una situación de stress y una vez que ésta es resuelta desaparece, recayendo cada vez que el individuo tiene problemas emocionales. Problemas sexuales junto con sentimientos de culpa por rechazo, parecen caracterizar este síntoma.

Urticaria (se caracteriza por comezón y enrojecimiento de la piel, apareciendo y desapareciendo en distintas partes del cuerpo). La comezón es uno de los síntomas que acompañan a casi todos los desórdenes de la piel, expresando conflictos psicológicos específicos. La comezón y su consecuente acción de rascarse, ^{que} conducen a cambios de la piel están relacionados con la erotización de distintas partes del cuerpo. El rascarse llega a producir un placer erótico del que el sujeto es consciente, siendo un verdadero equivalente masturbatorio. (11) Alexander (7a) ha visto que el asma está relacionado con la urticaria, habiendo en ambas un -

deseo inhibido de dependencia hacia objetos paternos. Pero además hay una relación entre el llanto y la urticaria. Clínicamente se ha visto que el paciente que tiene urticaria no puede llorar fácilmente, reemplazando la urticaria al llanto. Pero una vez que pueden llorar, el síntoma desaparece.

Mittelman (116) observa que la urticaria puede representar un deseo exhibicionista.

Jelliffe (85,86) estudió casos de eczema y soriasis considerando los como enfermedades crónicas de la piel. El eczema se presenta en partes extensoras del cuerpo, teniendo una apariencia seca, significando deseos hostiles. Y la soriasis se presenta en las superficies flexoras, teniendo una apariencia húmeda con significados acariciantes. Jelliffe encuentra que los afligidos por estos desórdenes, tienen tendencias sadomasoquistas reprimidas -- (autocastigo y hostilidad), así como satisfacciones regresivas a niveles eróticos y narcisistas.

Halliday (75) menciona que durante la guerra hubo un aumento de diferentes formas de eczema en amas de casa. Esto se debió a tensiones prolongadas que eran asociadas a las dificultades que la guerra traía, no debiéndose sólo a estados de fatiga sino a ansiedad, remordimiento y exasperación.

La terapia en casos dermatológicos requiere un tratamiento psicológico y somático coordinado.

Factores Emocionales en los Disturbios de las Articulaciones
y de la Musculatura Esquelética.

Artritis reumatoide: Halliday dice que en la artritis--reumatoide, los sujetos ofrecen una personalidad que tiene un sentimiento de responsabilidad muy desarrollado junto con una actitud de auto-sacrificio. Con esta tendencia masoquista, "parecen atraer y ser atraídos a situaciones vitales de auto restricción, en el curso de las cuales, la artritis se precipita". (75)¹

Dunbar (52) dice que las articulaciones enfermas representan la satisfacción de deseos prohibidos que han sido castigados.

Mittelman (116) dice que el individuo que se expone a ser lesionado, se expone al frío y humedad sin ropa adecuada, manifestando así su sentimiento de rebelión.

Shapiro, Johnson y Alexander (89), estudiaron un conjunto de veintinueve mujeres y cuatro hombres artríticos. Observaron que la tendencia de la tensión muscular aumentada se debía a agresividad inhibida.

Alexander (7a) señala que en los casos vistos en su -- Instituto --en su mayoría mujeres-- había una tendencia hacia la actividad corporal: hasta la adolescencia, las mujeres practican toda clase de deportes como reacción a una restricción temprana de su libertad motora. En la vida adulta demuestran tener un fuerte control de sus emociones, tratando también de controlar su ambiente en general. Son madres que demandan mucho de sus hijos, al

¹ Halliday, J.L. "Psychological Aspects Of Rheumatoid Arthritis" Proc. Roy. Soc. Med.: 35, 445, 1942.

mismo tiempo que se preocupan por ellos, tratando de ayudarlos -- continuamente. Es decir, dominan con una necesidad masoquista de servir a otra gente. Mientras sirven y se sacrifican por su ambiente, tratan al mismo tiempo de controlarlo. Son mujeres que rechazan su papel femenino. Compiten con los hombres, no pudiéndose someter a ellos, escogiendo generalmente como maridos a hombres pasivos y sumisos.

La enfermedad puede aparecer: lo.- Por la intensificación de un sentimiento inconsciente de rebeldía y resentimiento hacia los hombres, por ejemplo, cuando la paciente es repentinamente abandonada por el hombre del cual espera seguridad o cuando el hombre en quien ella había puesto gran parte de sí, la decepciona o cuando su compañero adopta una postura más firme y menos sometida.

2o.- Puede ser precipitada también por circunstancias que aumentan los sentimientos hostiles y de culpa, que hasta entonces habían permanecido ocultos. Los sentimientos hostiles pueden surgir después del nacimiento de un hijo, removiendo conflictos inconscientes conectados con la rivalidad entre hermanos. La culpa aparece cuando el sujeto es frustrado en sus capacidades de prestar ayuda o de sacrificarse, como en el caso de que ocurra la muerte súbita de una persona odiada por el paciente de quien había dependido mucho. El sujeto no puede expresar su hostilidad puesto que ha quedado interrumpida su forma común de hacerlo: a través de dominio y servicio.

3o.- La enfermedad también puede ser desencadenada por un cambio-

en sus relaciones sexuales, forzando a la mujer a tomar un papel-femenino en contraste con su acostumbrada postura masculina.

Se puede decir que la característica más sobresaliente en esta enfermedad es un estado crónico de hostilidad inhibida.

En su infancia estas enfermas tuvieron un gran temor y dependencia hacia una madre fría y dominante, sintiendo rebelión que no fue expresada por este mismo temor y dependencia. En la vida adulta esta rebelión inhibida, que es el epicentro de sus impulsos hostiles, es transferida a hombres en particular y al ambiente familiar en general. Cuando llegan a ser madres, asumen el papel de sus propias madres, controlando a sus hijos en la misma forma que ellas habían sido controladas.

Alexander (7a)¹ menciona el caso de una mujer de veintiocho años que desarrolla artritis después de haber descubierto que su marido le era infiel. En su infancia había sido una niña que había tenido fuerte competencia con un hermano mayor siendo muy activa en actividades deportistas. Su madre era una mujer fría y el padre los había abandonado cuando ella sólo contaba dos años. No expresaba sus afectos por miedo a perder su posición de supremacía. Sus relaciones sexuales después del matrimonio fueron nulas, puesto que ellas las rechazó, no habiendo jamás tenido orgasmo. Sus relaciones sexuales en el tiempo del estudio eran muy poco frecuentes. Su marido era un hombre atlético, pero ella a pesar de tener una apariencia delicada, era quien llevaba la casa y hacía las decisiones. La infidelidad del hombre la vivió como una manifestación de su rebeldía, experimentando incapacidad para con

¹ pág. 204

trolarlo y competir con él. Esta situación aumentó su hostilidad, no encontrando forma de expresarla sino a través de la rigidez -- muscular que después se desarrolló en artritis. Durante el análisis, cuando ella se negó a convivir con el esposo, él le volvió a ser infiel y ésto ocasionó una exacerbación de la enfermedad.

Estos pacientes tratan de alcanzar equilibrio entre los impulsos agresivos y el control, aprendiendo a descargar su agresión a través de su actividad muscular, por canales aceptables: - trabajo arduo, deportes, etc. y "también aprenden a liberar la influencia restrictiva de la conciencia sirviendo a otros. Cuando - este equilibrio es alterado por eventos específicos que interrumpen el modo adaptativo de descargar hostilidad y liberar culpa, - la agresión crónicamente inhibida, ocasiona un aumento del tono - muscular y alguna forma de la artritis". (7a)¹

El artrítico, a través de la adaptación de su enfermedad, libera sus sentimientos de culpa y concentra en sí toda la - atención que antes no tenía. En hombres se ha visto, dice Alexander, un estado crónico de impulsos hostiles inhibidos, como reacción hacia tendencias dependientes femeninas, creando un cuadro psicodinámico similar al de pacientes femeninos.

Jelliffe (86) dice que los componentes agresivos producen cambios en el tono muscular y si este estado es prolongado in definitamente las articulaciones se cierran, sumiendo al paciente en un cautiverio artrítico. Estos impulsos hostiles en un individuo antisocial, hacen que la sociedad lo encierre en un hospital o cárcel, y en un individuo deprimido, la enfermedad es un encierro

¹ pág. 207

impuesto como auto-castigo. Los tendones, músculos y articulaciones (85) son los que llevan a cabo los impulsos sádicos, los cuales dominan, tomando posesión de estos órganos y cerrando sus articulaciones en un cautiverio. El artrítico alivia sus sentimientos de culpa -motivados por su necesidad de castigo- en la silla de ruedas, en la misma forma que el criminal los mitiga en la cárcel.

Jeanette Hertzman (82) propone que una forma de ayudar al paciente sería explorando junto con él, las áreas que le son frustrantes, para que descubra lo que debe hacer con los factores que le producen gran tensión y que han contribuido a precipitar su enfermedad. El terapeuta deberá establecer con él una relación de soporte, a través de la cual podrá el paciente liberar sus tensiones y ansiedades. El efecto de la psicoterapia en estos pacientes aún no puede ser medido, pues han habido pocos casos analizados, pero éstos han respondido positivamente a ella, a pesar de las continuas recaídas.

Accidentes: Dunbar estudió a pacientes que tenían fracturas, describiéndolos como sujetos que dan la impresión de "impetuosa incontrolada", (22) tratando de luchar por alcanzar independencia frente a las figuras autoritarias. Sus accidentes se producen cuando su fuerte agresividad es despertada o cuando la presión de la autoridad es muy fuerte.

Son gente de acción que no elabora un plan antes de hacer una decisión. Son rebeldes que no toleran ni siquiera autodisciplina, rebelándose en contra de la autoridad y en contra de su razón y auto-control.

Menninger (112) observa que los accidentes en sujetos-- con fuertes tendencias autodestructivas son practicamente intencionales.

Alexander (7a) dice que los sujetos que tienen una gran tendencia a tener accidentes, son individuos muy impulsivos que convierten sus impulsos en acción. Tienen fuertes problemas con la autoridad y sentimientos de rebeldía muy profundos contra las excesivas actitudes regulatorias que se han ejercido sobre ellos-- hasta llegar a provocarles sentimientos de culpa. En su accidente, provocado inconscientemente, expresan su resentimiento y revancha, pagando por ello a través de la lesión.

Da la impresión de que el hombre, mediante su sufrimiento expiará una culpa. En realidad esto tiene su origen en la infancia: cuando el niño hace algo malo, es castigado y a través -- del sufrimiento que le causa el castigo, repara su culpa y vuelve a ser amado por sus padres. Esta misma actitud opera en este tipo de individuo, quien a través de sus accidentes paga por sus errores, restaurando su tranquilidad interna. El sujeto que tiene ten dencias a tener accidentes, lleva consigo los mismos sentimientos de rebeldía y culpa que tenía hacia las figuras autoritarias. -- Cuando el paciente dice " por qué me pasó a mí, qué hice para merecerlo", revela su sentimiento de culpa, que es vagamente sentido por el paciente.

Es pues, evidente, que las personas con historias repetidas de accidentes y que no están en tratamiento, deberían ser alejadas de las actividades peligrosas, como una medida preventi-

Trastornos Emocionales Inherentes a Problemas Endocrinos y Metabólicos

Dunbar dice: "Los problemas que se presentan en alteraciones endocrinas son tan complicados que ya sea a través de un acercamiento psicológico o fisiológico, se puede afirmar en forma definitiva, que para los fines del diagnóstico y tratamiento, el acercamiento psicosomático es casi siempre esencial". (53)

Se ha visto que a veces el hipertiroidismo (aumento de actividad de la glándula tiroides) aparece después de situaciones traumáticas (11). Pero por lo general, los factores psíquicos actúan como fuerzas precipitantes. Alexander (7a) encuentra que en estos pacientes hay un intenso miedo e inseguridad que pudo haber nacido como consecuencia de la inseguridad sentida durante la vida infantil debido al miedo de morir, pues se comprobó que muchos de estos pacientes habían estado expuestos a morir en su temprana edad. También el haber vivido en un hogar infeliz, haber tenido padres rechazantes, los problemas financieros, el nacimiento de hermanos que generalmente producen negligencia de parte de los padres hacia el hijo mayor, pueden ser explicaciones de las reacciones de inseguridad en el paciente. El hipertiroideo es un paciente que quiere alcanzar la madurez con un paso acelerado y en forma prematura. En su enfermedad, sus necesidades dependientes fueron frustradas por diversos motivos (actitudes paternas, muerte o separación de los padres, etc.). Esto lo llevó a intentar una identificación prematura con uno de los progenitores generalmente

con la madre. Pero esta identificación está lejos de su capacidad psicológica y fisiológica, confrontándose el sujeto con una lucha continua para resolver su inseguridad y su ansiedad a través de una posición artificial de confianza en sí mismo. El esfuerzo del hipertiroidismo para mantener constantemente este estado de salud - madurez, le crea una fuerte tensión, la que a su vez puede activar le ciertas glándulas. Pero cuando las defensas del paciente se -- rompen, se presenta un estado de hiperactividad general. El suje- to no puede controlar su ansiedad por más tiempo y sus tensiones- sobreestiman el sistema que se encarga de controlar el proceso- de maduración, que de por sí ha estado activado desde la infancia- por los esfuerzos constantes de maduración precoz. El paciente -- probablemente emplea este mecanismo, en lugar de emplear, por --- ejemplo, la regresión, porque fué mediante aquél mecanismo como - pudo lograr en algún momento de su vida, una buena adaptación.

Diabetes: Los factores etiológicos de esta enfermedad - aún no son del todo conocidos, debido a que los aspectos fisioló- gicos causantes de su desarrollo no son completamente comprendi- dos. Pero se sabe con seguridad que la insuficiencia de insulina- es el factor desencadenante.

Dunbar (52) examinó a unos pacientes que padecían diabe- tes. La aplicación del Rorschach a estos sujetos demostró un pre- dominio de rasgos histéricos y tendencias psicóticas. La autora -- observa que estas personalidades tienen una gran dificultad para- alcanzar un nivel más maduro e independiente, y que tienen gran - facilidad para regresar a actitudes dependientes.

Para Alexander y Szasz (11) hay una necesidad oral insaciable muy parecida a la bulimia. Probablemente se deba a una insuficiencia metabólica hereditaria. Pero el material psicológico puede interpretarse como una defensa del ego en contra de las demandas de esta necesidad oral exagerada.

Daniels (36) dice que en esta enfermedad hay una "confluencia de factores hereditarios, endocrinos y emocionales".

Diagnóstico Psicosomático:

Un buen diagnóstico psicosomático deberá evaluar correctamente la interacción de factores orgánicos y psicológicos en cada uno de los síntomas presentados en la enfermedad. En general se puede decir que mediante esa cuidadosa evaluación de cada uno de los datos generales del paciente, se obtendrá una base más estructurada de la personalidad del individuo. De este modo no se enfocará un sólo aspecto del hombre sino un todo, en donde la unidad psicosomática estará presente.

Dunbar (52) es una de las personas que le han dedicado más estudio al problema del diagnóstico psicosomático, valiéndose para ello de la historia psicosomática del paciente, que tiene como fin observar: 1o.- Los aspectos emocionales y fisiológicos de éste en el curso de la enfermedad. 2o.- Sus reacciones en distintos momentos y circunstancias de su vida, y 3o.- El insight que tiene hacia sus reacciones. Sólo de esta manera se obtendrá un cuadro general de la enfermedad. Para lograr ésto, Dunbar utiliza-

varios métodos: Conversaciones casuales en las que el sujeto emplea asociaciones libres y un cuestionario que después es comparado con la historia social y médica del paciente.

A través del método histórico, el médico puede formarse una idea más completa de la personalidad del paciente. Por el otro lado, esto beneficiará al paciente pues liberará energía que ha estado conectada con situaciones desagradables, ofreciéndole una pauta para que se de cuenta de las relaciones existentes entre sus síntomas y sus emociones. La persona que recabe los datos de la historia psicosomática deberá darle importancia a la constitución del individuo, a enfermedades previas y a las reacciones que ha tenido ante ella, a los factores de herencia, (incluyendo enfermedades padecidas por gente cercana al paciente, anotando la edad que tenía cuando tal situación ocurrió) y a conflictos importantes de su vida junto con los síntomas que desarrolló como defensa en contra de dichos conflictos.

El diagnóstico permitirá enfocar la enfermedad y establecer el pronóstico de ella, por lo que todo material que ayude a aclarar aspectos de su personalidad, será valioso. Sus sueños serán un elemento importante en la valorización de los conflictos inconscientes. Algunos de éstos ayudarán a ver la discrepancia entre la interpretación consciente que les da el paciente y el contenido inconsciente del sueño. Es esencial darse cuenta de las contradicciones, omisiones y falsificaciones del paciente. El deseo de recuperación, que es tan importante para el tratamiento, podrá ser observado: lo.- En la actitud que el individuo tenga hacia el médico y hacia su enfermedad pasada y actual. 2.- El

cia el hospital y hacia su enfermedad pasada y actual. 2o.- En el contenido del síntoma. 3o.- En su habilidad para manejar el conflicto. 4o.- Y por último, en los efectos que la enfermedad ha tenido en su vida.

Mittelman (116) menciona algunos métodos que facilitan el diagnóstico psicosomático:

1o.- La entrevista psiquiátrica breve que dura de 3 a 15 minutos y que enfoca los disturbios psicosomáticos y de personalidad más importantes. Los resultados son estudiados de acuerdo a la sintomatología dominante y a la intensidad sintomática.

2o.- Los procedimientos rápidos de examen que tienen dos formas:

a).- El Cornell-Index que en su forma corta tiene 62 preguntas, la mitad de las cuales se refiere a quejas corporales, teniendo como fin ver la presencia o ausencia de síntomas severos.

b).- El Cornell Word Form, es un método menos directo que el anterior aunque tiene el mismo fin. Este procedimiento consiste en darle al sujeto una serie de palabras - estímulo que van seguidas por dos palabras, teniendo el sujeto que escoger la que él crea que va mejor con la palabra estímulo. Por ejemplo --- "cabeza: mente, lesionar". La palabra lesionar sugiere el síntoma de dolor de cabeza. Estos resultados son usados posteriormente -- cualitativa o cuantitativamente.

Deutsch (40) dice que hay 3 métodos para la elaboración del diagnóstico psicosomático:

A).- El examen clínico y psiquiátrico, cuyos resultados

anteriormente mediante síntomas orgánicos; viéndose por ejemplo, - que en casos de colitis ulcerativa, el mejoramiento de la condición orgánica puede ocasionar una exacerbación de los síntomas orgánicos. Esto es debido a que el paciente, que antes expresaba -- sus tendencias hostiles y destructivas a través de la diarrea, es privado repentinamente de un canal de expresión que era su síntoma orgánico. El paciente recurre entonces a otros mecanismos como la proyección, expresándose en delirios paranoides debido a que - el ego está aún incapacitado para manejar estos sentimientos.

El síntoma orgánico que el paciente desarrolla tiene un significado emocional propio, permitiendo la regresión a niveles infantiles y dependientes. O sea, que a veces la enfermedad ocasiona ganancias secundarias. La pasividad del enfermo es aceptada y sus síntomas forman de este modo una defensa para la estructura del ego que está amenazada.

La enfermedad ayuda a mantener la represión, proveyendo al paciente de una fachada de normalidad. Protegido bajo tal máscara, el paciente evita afrontar las responsabilidades de su vida. Cuando el sujeto es curado de su sintomatología, tendrá de pronto que afrontar nuevos problemas que hasta entonces había tratado de evitar. Sus responsabilidades aumentarán consecuentemente y su regresión no estará de ningún modo justificada. El enfermo entonces tendrá que buscar un nuevo síntoma que tome el lugar del anterior. El psicoterapeuta deberá estar alerta a esto, pues el deseo consciente del enfermo de curarse, no corresponde siempre a la realidad de los problemas emocionales, buscando inconscientemente su -

enfermedad. Con el alivio del síntoma, el sujeto experimentará un vacío que tratará de llenar mediante la creación de un nuevo síntoma.

Lidz (102) dice que el terapeuta tendrá que tomar en cuenta una serie de factores durante el tratamiento:

El tipo y severidad de la enfermedad; el peligro que ofrece ésta en caso de una agudización de la sintomatología; hasta qué punto vale la pena arriesgarse en el tratamiento, etc.

La elección del método terapéutico dependerá en muchos casos, de los problemas de personalidad del paciente y de las exigencias médicas. Se ha visto que el soporte que el paciente recibe en la relación terapéutica puede hacerlo cambiar de actitud hacia un problema específico. A base de la comunicación de sus problemas y de sentirse ayudado y comprendido por el terapeuta, el tratamiento puede cambiar el curso de la enfermedad. Pero para empezar dicho tratamiento y enfrentar al sujeto con sus problemas, debe establecerse primeramente un buen rapport puesto que de lo contrario el enfermo se sentirá confuso. En realidad, sólo la psicoterapia profunda -psicoanálisis- podrá en muchos casos ayudar al enfermo.

El paciente psicósomático, dice Melitta Sperling (151) no tolera conscientemente sus impulsos pregenitales. Debido a su gran urgencia de satisfacerlos en la realidad, los niega, convirtiéndolos en síntomas somáticos. Es en esta forma que los impulsos pregenitales encuentran gratificación. Para poder mantenerlos en este estado se tiene que gastar enormes cantidades de energía-

psíquica. Cuando estos impulsos dejan de ser reprimidos, el individuo adopta una conducta sadista y socialmente inaceptable. Pero cuando vuelven a ser reprimidos, se observará una exacerbación peligrosa de la sintomatología somática. Al principio de la situación psicoanalítica, el analista estimulará la dependencia y una vez establecido este lazo, empezará a ser introducidas las interpretaciones. Se le ayudará a que se de cuenta y tolere sus impulsos pregenitales, ofreciéndole un objeto más adecuado de identificación aumentando así el vigor del ego y sus deseos de independencia. La técnica psicoanalítica ayuda al paciente psicósomático a resolver sus problemas de dependencia, modificando la dinámica de su personalidad que hasta entonces producía los síntomas. Sin embargo, como se enunció antes, no todos los pacientes son analizables.

Otras técnicas psicoterapéuticas empleadas en la enfermedad psicósomática son las entrevistas que ocurren una vez a la semana, en las cuales el paciente discute sus síntomas y las situaciones que rodearon tales síntomas. El terapeuta le proporciona apoyo y seguridad al paciente, estimulándolo a hablar sobre sus problemas.

La terapia de grupo consiste en la discusión de problemas personales en un grupo de pacientes que generalmente padecen la misma enfermedad. Este tipo de terapia reconforta al enfermo, haciéndole sentir que no es el único. Esta característica lo ayuda a liberar los sentimientos de inadecuación y ansiedad que su enfermedad le producen.

Otra forma de terapia es el hipnotismo, a través del cual se trata de reforzar los efectos terapéuticos logrados en la entrevista, tratándose al mismo tiempo de obtener el material asociado con los síntomas, para después discutirlos con el paciente en estado consciente.

El narcoanálisis se emplea generalmente para resolver situaciones represivas en el tratamiento psicoanalítico. Durante esta terapia, el material es revelado más directamente.

Sin embargo la terapia sintomática tiene grandes desventajas, puesto que trata únicamente de curar el síntoma; y como sucedía antes, una vez que éste desaparece, el síntoma es reemplazado por uno nuevo. Esta terapia es unilateral, pues no considera el aspecto psíquico y el paciente consecuentemente no puede ser visto como todo. Ahora bien es indispensable conocer la personalidad del paciente, pues la destrucción de un síntoma puede destruir una defensa, ya que los síntomas son una defensa en contra de algo peor y el sujeto puede desarrollar un brote psicótico. A veces se obtiene mejoría con un reforzamiento de la personalidad sin llegar a -- eliminar los conflictos. Pero por lo general, los conflictos subyacentes deben ser atendidos para darle al paciente una actividad -- funcional máxima, protegiéndolo de la recaída sintomática. El terapeuta deberá darse cuenta de los mecanismos que el sujeto ha usado para manejar sus problemas, ya que el síntoma es una forma de afrontar una enfermedad o de escapar de ella.

Se puede decir en términos generales, que la terapia pretende: aumentar los sentimientos de autoestimación y seguridad en-

el paciente, reducir sus tensiones, aumentar el insight de sus -- conflictos, así como el fortalecimiento de su ego y encauzar la - energía liberada hacia fines más creativos. El sujeto debe sentir que la expresión de estos sentimientos no le harán perder el afec- to y apoyo del psicoterapeuta.

Alexander (7a) dice que es imposible hacer generaliza-- ciones del conocimiento psicoterapéutico. Lo que ayuda al psicote- rapeuta a hacer un progreso mas rápido en la enfermedad, es el co- nocimiento de los problemas emocionales centrales. Así por ejem-- plo, es a veces posible ayudar al paciente asmático en unas cuan- tas entrevistas, dándole la oportunidad de 'confesar' sus ten- dencias regresivas. El paciente hipertensivo mejora cuando se le- permite expresar sus tendencias impulsivas o cuando se le estimu- la a que se sienta seguro en el trabajo o en su ambiente familiar. Cuando se analizan sus sentimientos de culpa y sus necesidades de- pendientes, se le ayuda a expresar sus tendencias auto-afirmati- vas con mayor libertad. El paciente que padece úlcera gástrica po- drá ser ayudado en unas cuantas sesiones, si se le abren vías para expresar sus necesidades o deseos pasivo dependientes. Esto natu- ralmente no curará del todo al paciente, pero ayudará a disminuir la severidad de sus síntomas. En las vacaciones que les son reco- mendadas por el médico, encontrarán un pretexto ideal para descan- sár. Pero sólo el análisis de la transferencia, le ofrecerá al pa- ciente una comprensión de sus necesidades dependientes, pues me- diante el análisis de la culpa y del orgullo, se le aclararán los elementos emocionales alrededor de los cuales gira la represión -

de los deseos pasivo-dependientes y de las actitudes agresivo-demandantes.

Si el médico conoce los problemas emocionales del artrítico, podrá manejarlo más adecuadamente. Sabrá que si al paciente se le da la oportunidad de expresar su resentimiento al mismo --- tiempo que hace un servicio provechoso a otro, sus síntomas disminuirán. Mientras ventilan sus impulsos agresivos, se notará que --- la tensión muscular disminuye.

Desafortunadamente, como dice Dunbar, el acercamiento --- psicossomático a problemas de terapia es usado por los médicos --- cuando ya es un poco tarde, pues cuando los factores psicológicos son tratados generalmente ya han fracasado los demás métodos, --- siendo muy poco lo que se puede hacer por el paciente pues "la --- enfermedad en este momento ha alcanzado psicológica y fisiológica--- mente una fase relativamente irreversible" (53)

El enfoque psicossomático enfatiza el concepto de que el enfermo debe tratarse como unidad, por lo que debe haber un acercamiento entre médicos de distintas especialidades quienes en forma combinada deberán atender al paciente. La combinación de elementos somáticos y psicoterapéuticos traerá un avance incalculable en la ciencia médica.

S U M A R I O

En los comienzos de su historia, el hombre no supo como explicarse la naturaleza y el origen de la enfermedad. Intranquilo por esta ignorancia, tuvo que buscar una explicación a este hecho en las fuerzas sobrenaturales - que observó, se unían al cuerpo en forma extraña, tomando el aspecto de factores extraterrenales, llegando a sustituir la realidad natural con la realidad mágica. La medicina entra así, al período animista, inmediatamente después, el concepto de enfermedad es interpretado como el resultado de un castigo o como la prueba impuesta al cuerpo por una divinidad. - Con este carácter mágico, la medicina adquiere el soporte de personas que transmitían el poder de las divinidades; el mago, hechicero y sacerdote se convierten en los mensajeros de la cura divina, protegiendo al hombre de la acción de los espíritus diabólicos o maléfic^{os}.

La medicina de esta manera pasó de una etapa oscura; en donde el misticismo en su forma extrema consideraba al alma como - todo y al cuerpo como nada, a una etapa moderna en donde el hombre es considerado como Todo.

Investigaciones fisiológicas y experimentales dieron las bases para el desarrollo de la medicina psicosomática. La asociación de la enfermedad con el inconsciente se ha vuelto una idea - más familiar. Una multitud de estudios se concentran actualmente a investigar estos estratos profundos de la personalidad, puesto que se ha observado que tienen un papel muy importante en la etiología y en el tratamiento de los síntomas.

energía psíquica, señalando el área desde donde se expande la energía que está dando de defensas neuróticas y donde está bloqueada su expresión, ocasionando el daño orgánico. En general, ayuda a comprender la fuerza integrativa del ego. Todos estos rasgos que son aportados por el Rorschach, ayudan a un investigador experimentado a distinguir una alteración psicopatológica específica.

Los psicólogos que trabajaron con Dunbar sacaron sus conclusiones del Rorschach, diciendo que pacientes hipertensivos eran sujetos muy ambiciosos que trataban de obtener poder, manifestando su conflicto en sentimientos agresivos y necesidades dependientes. Pacientes con fiebre reumática eran individuos pasivos con rasgos masoquistas. Los que sufrían de fracturas fueron divididos de acuerdo al Rorschach en tres grupos, siendo el grupo A, constreñido en donde los accidentes se presentaban más en mujeres; el grupo B, introversivo, mostrando fuertes rasgos infantiles y el grupo C, extroversivo, que aparecía especialmente en hombres.

Ross y Naughton (137) encontraron que sujetos que padecían de migraña tenían dificultades para lograr un ajuste sexual, siendo individuos perfeccionistas, convencionales, inflexibles e intolerables.

Estudios semejantes se han hecho en grupos de sujetos asmáticos, obesos, etc. Las conclusiones generales son que el Rorschach es una forma más de ayudar al investigador a penetrar dentro de la personalidad y determinar el tipo de patrones que maneja el paciente ante ciertas situaciones de stress, observándose cuales son los mecanismos que el individuo emplea para hacerles frente.

Desde los últimos treinta años se le ha dado una gran importancia al papel que los factores emocionales tienen en la enfermedad. Esto ha creado un nuevo enfoque en la ciencia médica: el enfoque psicosomático, que es indispensable en el tratamiento de todas las enfermedades y es esencial en el diagnóstico y tratamiento de algunas.

Los desórdenes psicosomáticos son casi siempre el resultado de tensiones emocionales y de situaciones conflictivas que han sido sobrellevadas por largo tiempo, llegando a causar cambios fisiológicos notables.

Se han realizado investigaciones controladas en una serie de pacientes de desórdenes gastrointestinales, cardiovasculares, dermatológicos, sexuales, etc., observándose que estos pacientes desde temprana edad ya demostraban dificultades en su vida emocional.

La predisposición a alteraciones corporales puede mantenerse latente, pero si con el tiempo el sujeto llega a desarrollar síntomas, se pensará que las situaciones ambientales específicas han provocado en él una reacción emocional semejante a la que tuvo en su infancia ante una circunstancia parecida. El niño que es frustrado continuamente tendrá que adaptarse a su circunstancia, pues no podrá abandonar a los padres que lo sostienen y le proporcionan las necesidades básicas. Además, él no puede hacer nada para controlar a las figuras omnipotentes de su medio. Su alternativa es adaptarse, formando defensas que lo protegerán de stress constante. Pero cuando estas defensas son aplicadas intensamente des

de muy temprano, actuarán en forma rígida ante cualquier situación. Al no poder expresar su afecto por ser peligroso, el niño buscará canales de expresión, revirtiendo las emociones hacia sí mismo y sintiendo permanentemente un estado crónico de hostilidad. En la edad adulta, cuando ese sujeto se enfrenta a situaciones intolerables que le produzcan intensa ansiedad, experimentará sentimientos de culpa y repetirá los mismos patrones infantiles. Cuando sus defensas no son muy fuertes, su ansiedad se somatiza y el síntoma aparece adaptándose nuevamente a través de él, a su ambiente. Es decir, que cuando la estructura defensiva se quiebra, el sujeto sentirá la emoción en la misma forma en que la experimentó en sus primeros años, con una intensa reactividad fisiológica. El individuo que padece una úlcera gástrica, que ha venido defendiéndose de la pérdida de la dependencia con una fachada de autosuficiencia, sufrirá ante cualquier situación que equivalga a una pérdida, y así, aunque sea muy rico, será trastornado cuando tenga un revés en sus negocios. La fuerza de la situación emocional lo trastorna como en la infancia, produciéndose la enfermedad cuando sus patrones defensivos no puedan ya funcionar.

El lector se preguntará por qué unos pacientes desarrollan el síntoma psicósomático y otros en cambio se psicotizan. Senrad - observa que "El desorden psicósomático es en un sentido una defensa y protección en contra de un estado psicótico" (148). Incluso en algunos pacientes con síntomas psicósomáticos se ven episodios psicóticos, como pacientes con colitis ulcerativa. Esta situación se deberá a que el yo ha gastado demasiada energía en defenderse empobreciéndose su caudal energético, lo cual da lugar a una estruc

tura débil y tambaleante.

Ruosch (138) dice que la enfermedad puede influenciar la relación del paciente con su ambiente y hacer al paciente el centro de la familia. La enfermedad a su vez puede cambiar la actitud de otros miembros de la familia con respecto al paciente, estando su relación ambiental contaminada de preocupación y lástima. En cuanto el paciente siente el cambio de actitud, puede desear prolongar este estado que le ocasiona ganancias secundarias y sus síntomas podrán persistir indefinidamente. En el hospital, el enfermo podrá sentirse mejor por integrarse más armónicamente con el grupo de enfermos. Pero esta seguridad transitoria le provocará miedo de retornar a la sociedad normal y competitiva, amparándose con más fuerza dentro de su enfermedad, buscando refugio, protección y soporte en todo el cuerpo médico. Ruesch observa que de 186 pacientes que se habían recuperado lentamente, 78 mostraron mecanismos psicossomáticos que podrían haberse reconocido claramente. En el 13% de los pacientes, los médicos fueron la causa del retardo por haber tratado los síntomas psicogénicos como enfermedad física y en el 17%, los pacientes se hubieran podido recuperar prontamente si se les hubiese dado la oportunidad de darse cuenta de las complicaciones psicológicas de su enfermedad.

Dunbar (52) encuentra un aumento de la enfermedad crónica y observa que uno de cada cinco sujetos en E.U. tiene enfermedades crónicas y dos terceras partes de ellos están incapacitados para trabajar por un período largo.

Hopkins (149) dice que en Inglaterra, un 40% de los enfermos no necesita de drogas sino de psicoterapia.

Frey (64) dice que la distribución de edad es interesante en las distintas condiciones psicósomáticas. En su mayoría parecen afligir a adultos entre 30 y 60 años de edad siendo raros en ancianos y niños. Las variaciones sexuales en la úlcera gástrica tienen una relación de 4 a 1 en favor de los hombres, mientras que en la artritis, migraña e hipertensión, las mujeres predominan en un grado similar.

Es necesario enfatizar que el enfoque psicósomático puede ser aplicado a cualquier paciente, ya que éste, además de ser un individuo cuyas reacciones emocionales influyen en el proceso de la enfermedad.

Cuando el tratamiento psicológico consista en darle al paciente algo más que apoyo emocional, penetrando en estructuras más profundas, con el fin de revelar los factores etiológicos de la enfermedad, se activarán tensiones emocionales y consecuentemente los síntomas somáticos se agravarán. En realidad el psicoanálisis es la única técnica que puede manejar conceptos tan profundos, pero debido a que su aplicación no es posible en todos los pacientes con enfermedades psicósomáticas, hay otros métodos psicoterapéuticos más superficiales que les proporcionarán soporte y apoyo emocional. Algunas veces el tratamiento psicológico deberá ser administrado en conjunto con un tratamiento médico, por lo que la cooperación de ambos profesionales es indispensable en beneficio mismo del paciente y de la ciencia en general.

Conclusiones.

Generalmente las conclusiones se esperan de alguien que ha contribuido con una nueva aportación y éste no es mi caso, pues sólo he hecho una revisión de la materia. Sin embargo a través de ella me he dado cuenta de problemas antes desconocidos por mí o conocidos muy superficialmente. Este, el concepto de la medicina -psicosomática, es un campo tan vasto, que ofrece múltiples oportunidades para todos aquéllos que se interesen en el hombre. Pero esta contribución tendrá que ser hecha, no en forma aislada, sino tomando en cuenta el resto de la naturaleza humana. Con esto quiero decir que la enfermedad psicosomática debe verse como un conjunto de procesos somáticos, psicológicos, culturales y sociales, en donde las tensiones y situaciones de ajuste, stresses y actitudes defensivas se mezclan en una interacción constante, puesto que el hombre es un conjunto de fuerzas en continua actividad y transacción. Claro que para hacer un estudio determinado, se investiga un sólo aspecto del hombre, pero a la hora de la interpretación deberá verse en función del todo, de lo contrario el estudio no será válido. Una fuerza influye a todas y todas influyen a una. Por eso la enfermedad no puede ni debe verse como un proceso aislado, pues tal cosa eliminaría un conjunto de factores que obviamente están presentes. La enfermedad debe ser comprendida esencialmente como un aspecto de la conducta humana.

La estructura del individuo es tan compleja y tan maravillosa, que ante una situación determinada responde y se adapta con todo lo que tiene. Sólo comprendiendo ésto se podrán valorar aspectos

tos del hombre que de otra forma han pasado desapercibidos.

Es un hecho sabido por todos, que la especialización médica retrasó el avance de la medicina por el aislamiento tan completo en que se encontraban los especialistas y por la falta de cooperación entre las distintas ramas médicas. Creo que ahora más que nunca, con esta experiencia del pasado, debería ponerse mayor énfasis y empeño para lograr un trabajo conjunto de las ciencias. Además, como el investigador sólo puede estudiar un aspecto de su campo, es necesario que trabaje con otros investigadores para después medir, comparar e integrar sus observaciones. Unas y otras ramas deben incrementar el mutuo intercambio, con el fin de conocerse mejor y finalmente tener un concepto más integral, del enfermo. Con esto no quiero decir de ningún modo que el médico general se convierta repentinamente en psiquiatra y viceversa, pero sí es necesario que exista cierto conocimiento de otras ciencias para así estudiar y comprender mejor al paciente. El médico general deberá estar pendiente naturalmente de las alteraciones somáticas pero tendrá que saber evaluar los factores psíquicos, para que su diagnóstico y tratamiento sea acertado y completo. Para que el médico no se convierta en un ingeniero del cuerpo, deberán tratar al individuo como unidad, puesto que aunque el hombre está compuesto de partes heterogéneas, se comporta como todo. Al tratar se al paciente unilateralmente, lo único que se hace es dicotomizarlo y lo que el acercamiento psicosomático pretende es estudiarlo y entenderlo como entidad dinámica. Será el conocimiento y la aplicación de los principios psicodinámicos del hombre los que le abrirán

nuevos horizontes al médico.

La investigación psicosomática tiene actualmente un campo abierto a la exploración. En este momento tiene como fin encontrar nuevos determinantes o integrar los que ya han sido encontrados. Uno de los problemas con que se ha enfrentado dicha investigación, es que los resultados obtenidos se han dispersado un poco, sustentando cada orientación teórica una opinión distinta sin directamente oponerse a las demás ideas teóricas. Esta divergencia como lo mencioné en mi exposición, estriba en la metodología que se ha empleado para observar los diferentes niveles de los procesos psicológicos y de los mecanismos fisiológicos. La síntesis de todo este material se logrará cuando se integre y se le dé mayor estructura. Mientras tanto el interés de la medicina psicosomática está concentrado en recolectar datos que son producto de investigaciones fisiológicas, experimentales y psicodinámicas. El día que todas estas nuevas corrientes de investigación se integren habrá más consistencia en los conceptos médicos en general. Mientras tanto las investigaciones psiquiátricas deberán elaborar métodos que ayuden al médico a tener un conocimiento especial de la constitución psíquica subyacente del paciente. Así podrán prevenirse los desajustes emocionales a tiempo, ya que cuando son desatendidos, como hemos visto, pueden crear una sintomatología patológica a veces difícil de curar. En realidad creo que la mejor cura es la profiláctica. De allí, la necesidad de formular, diagnósticos a tiempo y de aplicar medidas psicoterapéuticas en casos patológicos incipientes. Las clínicas deberán contar con la asistencia de psiquiatras y psicólogos para

que los pacientes con problemas emocionales agudos sean reconocidos y tratados a tiempo, puesto que generalmente se les presta atención sólo cuando su desorden es ya visible y su conducta está ya alterada. Cuántas veces se ve que pacientes al borde de la psicosis no son tratados en el hospital por no demostrar cambios considerables y enfermos que por no presentar enfermedades orgánicas, son dados de alta, descuidándose aspectos importantes de su personalidad, que al no ser aparentes permanecen desconocidos, cuando lo que en realidad requieren es inmediata y urgente atención. Con esta actitud el hospital mismo los invalida y contribuye al acentuamiento de su enfermedad crónica. Es precisamente en esto que se podrá ayudar a prevenir desordenes crónicos. El psiquiatra, psicólogo y psicoanalista deben de tener definitivamente un lugar establecido y reconocido en el ambiente médico, para que todos en conjunto establezcan las bases profilácticas de la medicina.

Mientras tanto aún se ve con desconfianza el papel etiológico que las emociones tienen en la enfermedad. Pero en cierta forma es un consuelo pensar que todos los grandes cambios o descubrimientos han sido vistos en un principio con desconfianza, para finalmente ser aceptados. Así podemos ver que no hace muchos años se tenía una actitud suspicaz y desconfiada hacia el origen bacterial de la enfermedad. Pero el tiempo es el único que ayuda a consolidar este tipo de conceptos. Sin embargo es un hecho que hay un gran porcentaje de pacientes que reciben atención médica, cuya enfermedad ha sido desencadenada por factores emocionales (40 o 60 % según Margolis) (107).

El hombre podrá evitar muchas enfermedades cuando aprenda a dirigir sus impulsos agresivos hacia fines más constructivos. La posibilidad de descargar su agresividad y hostilidad y expresar sus temores y ansiedades, lo ayudará a encontrar un camino adecuado de expresión, evitándole así la somatización de conflictos emocionales no resueltos. Pero para que esto tenga éxito, antes de que sea muy tarde, el hombre debe darse cuenta que sus problemas emocionales deben ser tratados. Al darse importancia a este aspecto del hombre así como se le da importancia al aspecto somático, se logrará evitar y prevenir múltiples desórdenes somáticos. El hombre debe aprender a conocerse y a darle importancia en cuestión de tratamiento, a sus conflictos emocionales. Atenderlos en el momento oportuno lo ayudarán a liberar una cantidad enorme de energía, que al no encontrar salida, buscará una forma mórbida de expresión, pues mientras esta energía no sea liberada, se movilizarán una serie de mecanismos fisiológicos, que una vez condicionados por la repetición de un estímulo emocional específico, provocarán los síntomas correspondientes. Los patrones de defensa usados por el individuo serán propios de él y dependerán de su pasado emocional. La conducta indiferenciada del hombre ante una situación de stress será la repetición infantil de patrones de conducta indiferenciada y difusa, que fueron empleados por el infante para solucionar un conflicto. Pero todos estos datos se deben en gran parte al psicoanálisis, pues gracias a él se ha podido llegar a conocer las pautas más primitivas de la evolución humana y su influencia posterior en la conducta del adulto. Por esto creo que la coordinación de las técnicas psicológicas y somáti -

cas y la integración de los conceptos fisiológicos, genéticos y psicodinámicos, contribuirán a consolidar una base más firme para todas aquellas ciencias por ahora dispersas, cuya finalidad es velar por el bienestar del hombre.

Bibliografia.

1. Adamson, L.: Development of Greek Philosophy. ? New York, 1908
2. Alexander, F.: "Addenda to the Medical Value of Psychoanalysis", Psychoanalyt. Quart. 5:584, 1936.
3. _____: "Psychological Aspects of Medicine", Psychosom. Med. 1:173, 1939.
4. _____: "Psychoanalytic Study in a Case of Essential Hypertension", Psychosom. Med. 1:139, 1939.
5. _____: "Experimental- Approach in Psychosomatics", Psychosom. Med.- 3:127, 1941.
6. _____: "A Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder", Proceedings of the Psychotherapeutic Council: 1944-1946.
7. _____: "Fundamental Concepts of Psychosomatic Research" Studies in Psychosomatic Medicine. Ronald Press Company, New York, 1948.
- 7a. _____: Psychosomatic Medicine. W.W.Norton & Co., Inc., New York, 1950.
8. _____: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. Psychosom. Med. Monographs, Vol. IV, National Research Council Washington, D.C., 1951.
9. _____: Psychoanalysis and Psychotherapy W.W.Norton & Co., Inc., New York, 1956.
10. Alexander, F., et al.: "Influences of Psychologic Factors upon Gastrointestinal Disturbances: A Symposium", Psychoanalyt. Quart. 3:501, 1934.

11. Alexander y Szasz Th.S: "The Psychosomatic Approach in Medicine", Dynamic Psychiatry, (Edit. F. Alexander) The University of Chicago - Press, Chicago, 1952.
12. Alexander, George, H.: "Psychotherapy and the Psychotherapist, New Orientations", Psychosom. Med. 2:143, 1940.
13. Bain, A.: Mind And Body. D. Appleton & CO. New York, 1880.
14. Balz, A.G.: Descartes and the Modern Mind. Yale University Press, New Haven, 1952.
15. Baker, H.: "Psychosomatic Disease", Practitioner. 177² :541, 1956.
16. Barilari M.J. : Medicina Psicossomática. Buenos Aires, 1953.
17. Bastians, J. y Groen, J.: "Psychogenesis and Psychotherapy of Bronchial Asthma", Modern Trends in Psychosomatic Medicine, (Edit. por D.O'Neil) Paul B. Hoeber, New York, 1955.
18. Beers, E.: Mind as a Cause And Cure of Disease. (Publicado por el autor), Chicago, 1914.
19. Benedek, Th.: "Sexual Functions in Women and their Disturbances", American Handbook of Psychiatry, (Edit. Silvano Arieti) Vol. I, Capitulo 37, Basic Books, Inc., New York, 1959.
20. _____: "The Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother-Child", Am. J. Orthopsychiat. 19:642, 1949.
21. _____: "The Functions of the Sexual Apparatus and their Disturbances", En F. Alexander Psychosomatic Medicine, W.W. Norton & Co., Inc., New York, 1950.
22. Benedek Th., y Rubinstein, B.: The Sexual Cycle in Women. Psychosom. Med. Monographs, Vol. III, National Research Council, Washington, D.C., 1942.

23. Bibney, D.: The Psychology and the Ethics of Spinoza. Yale University Press, Now Haven, 1946.
24. Bockus, H.L.: "Functional Disorders: Gastrointestinal Aspects", Advances in Medicine and Surgery. University of Pennsylvania, W.B. Saunders & Co., Inc., Phila., 1952.
25. Brehier, E.: Historia de la Filosofia, Vol. I, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1944.
26. Brown, W.: Mind and Personality. University of London Press, London, 1926.
27. Campbell C.M.: "Emotional Factors in Health and Disease", Transactions of Studies of the College of Physicians of Philadelphia, 1: 302, 1938-1939.
28. _____: "The Influence of Emotional State on the Function of the Alimentary Canal", Am. J. Med. Sc. 137: 480, 1909.
29. Cannon, W.B.: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. (Segunda Edición) D. Appleton & Co., Inc., New York, 1920.
30. _____: The Wisdom of the Body. W.W. Norton & Co., Inc., New York, 1932.
31. Carballo, J.R.: Patología Psicosomática. Editorial Montalvo, (Segunda Edición), Madrid, 1950.
32. Caughey, J.L.: "Psychosomatic Medicine". The Practitioner Library of Medicine and Surgery, D. Appleton & Co., New York.
33. Cooke, W.: Mind and the Emotions. Longman & Co., London 1839.
34. Cutten, G.B.: Three Thousand Years of Mental Healing. Charles Scribner's Sons, New York, 1911.

35. Clapp J.G.: Locke's Conception of the Mind. Thesis, 1937.
36. Daniels G.E.: "Brief Psychotherapy in Diabetes Mellitus", Proceedings of the Psychotherapeutic Council, Chicago, 1944-1946.
37. Darves, L.G.: "Discussion", The Psychoanalytic Concept of Psychosomatic Medicine (Edit, F. Deutsch) Int, Univ. Press, New York, 1953.
38. Descartes, R.: Discurso del Método. Espasa Calpe, Argentina S.A., (Novena Ed.) Buenos Aires, 1951.
39. Deutsch, F.: "The Choice of Organ in Organ Neurosis", Int. J. of Psychoanal. 20:207, 1939.
40. _____: "The Associative Anamnesias", Psychoanalyt. Quart. 8:354, 1939.
41. _____: "The Production of Somatic Disease by Emotional Disturbance", Association for Research in Nervous and Mental Disease. 29:35, 1939.
42. _____: "Thus Speaks the Body", Acta Medica Orientalia. 9:199, 1950.
43. _____: "Thus Speakes the Body", Acta Medica Orientalia. 10:67, 1951.
44. _____: "Discussion", Psychoanalytic Concept of Psychosomatic Medicine. (Edit, R. Deutsch) International University Press, New York, 1953.
45. _____: "The Riddle of the Mind-Body Correlations", On the Mysteriouse Leap from the Mind to the Body. (Edit, F. Dautsch) International University Press, New York, 1959.
46. Deutsch, F., Kaufman R. y Blumgart, H.L.: "Present Methods of Teaching", Psychosom. Med. 2:138, 1940.

47. Dorfman W.: "Psychiatry and Medicine-Can they be Better Integrated", Psychosomatics, 1:7, 1961.
48. Dunbar, F.: Emotions and Bodily Changes. Columbia University Press, New York, 1935.
49. _____: "Introductory Statement", Psychosom. Med. 1:1, 1939.
50. _____: "The Bearing of Emotional Factors on Social Health Programs Dealing with Economic Disability", Publication of the American Association for the Advancement of Science. 9:421, 1939.
51. _____: "Character and Symptom Formation", Psychoanal. Quart. 8:87, 1939.
52. _____: Psychosomatic Diagnosis. Paul B. Hoeber, Inc., Medical department of Harper and Brothers., New York, 1943.
53. _____: "Psychosomatic Medicine", Psychoanalysis Today. (Edit Sandor Lorand) International University Press, New York, 1944.
54. English, O.S.: "Therapeutic Approach to Psychosomatic Problems", Psychoanalysis Today. (Edit. Sandor Lorand) International University Press, New York, 1944.
55. Entralgo, P.: Mind and Body. P.J. Kennedy & Sons, New York, 1956.
56. Ferenczi, S.: "Freud's Influence in Medicine", Psychoanalysis Today. (Edit. S. Lorand) International University Press, New York, 1944.
- 56a. _____: "Disease or Patho-Neurosis", Fürther Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis. Capítulo V, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London, 1926
57. Fletcher, R.: The Mind on the Body. Longman & Co., London, 1933.
58. Fournier, J.C.M.: "Las Hormonas", Tratado de Endocrinolo Médica. Vol. I, Editorial Guillermo Kraft, Buenos Aires, 1950.

59. Frank, L.K.: "Introduction to the Conference on Psychosomatic Disturbances in Relation to Personnel Selection", Annals of the New York Academy of Sciences. 4:541. 1943.
60. Frazer, J.G.: La Rama Dorada. Fondo de Cultura Económica, (Tercera Edición) México, D.F., 1956.
61. French, Th.M.: "Brief Psychotherapy in Bronchial Asthma", Proceedings of the Psychotherapy Council, 1944-1946.
62. French, Th.M. y Alexander F.: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. Psychosom. Med. Monographs, Vol. IV, National Research Council, Washington, D.C., 1941.
63. Fromm Reichmann, F.: "Contributions to the Psychogenesis of Migraine", Psychoanalyt. Rev. 24:26, 1937.
64. Frey, J.: "The Management of Psychosomatic Disorder in General Practice", Practitioner. 177²:554, 1956.
65. Fulton, J.F.: Fisiología del Sistema Nervioso. Editorial Atlante, S.A., México, D.F., 1952.
66. Gaviola, E.: "The Impossibility of Interaction Between Mind and Matter", Philosophy of Science. 3:121, 1936.
67. Gerard, M.W.: "Genesis of Psychosomatic Symptoms in Infancy", The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. (Edit. F. Deutsch) International University Press, New York. 1953.
68. Goldberg, E.M.: Family Influences and Psychosomatic Illness. Tavistock Publications Limited, 1958.
69. Grinker, R.R.: "Hypothalamic Functions in Psychosomatic Interrelations", Psychosom. Med. 1:19, 1939.

70. _____: "Some Current Trends and Hypothesis of Psychosomatic Research", The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis, (Edit. F. Deutsch) International University Press, New York, 1933.
71. _____: Psychosomatic Research, Grove Press, Inc., New York, 1961.
72. Grinker, R.R. y Robbins, F.O.: The Psychosomatic Case Book. The Blakiston Co., New York, 1954.
73. Groen, J. y Van Der Valk, J.M.: "Psychosomatic Aspects of Ulcerative Colitis", The Practitioner. 177²:572, 1956.
74. Gutheil, E.A.: "Sexual Dysfunctions in Men", American Handbook of Psychiatry. (Edit. Silvano Arieti) Vol. I, Capitulo 36, Basic Book, New York, 1959.
75. Halliday, J.L.: Psychosocial Medicine. W.W. Norton, & Co., New York 1948.
76. _____: "Concept of Psychosomatic Affection", Contribution toward Medical Psychology (Edit. A. Weider) The Ronald Press Co. New York. 1953.
77. Hambling, J.: "Essential Hypertension", The Nature of Stress. Society for Psychosomatic Research, Hutchinson Medical Publications, London, 1959
78. Hardwick, Ch.: "Indigestion as a Psychosomatic Manifestation", - The Practitioner 177²:585, 1956.
79. Heidebreder, E.: Seven Psychologies. D. Appleton Co., New York, 1933.
80. Heide Carel Van Der.: "A study of Mechanism in two Cases of Peptic Ulcer", Psychosom. Med. 2:224, 1940.

81. Hendrick I.: "Discussion", The Psychoanalytic Concept of Psychosomatic Medicine. (Edit. F. Deutsch) International University Press, Inc., New York, 1961.
82. Hertzman J.: "Casework in the Psychosomatic Approach", J. of Social Casework. 27:229, 1946.
83. Hollender, M.H. y Robbins, F.P.: "The Psychosomatic Approach to Medicine", Practice of Medicine. 10:859. 1959.
84. Hopkins, Ph.: "The General Practitioner and the Psychosomatic Approach", Modern Trends in Psychosomatic Medicine. (Edit. D.O'Neil) Paul B. Hoeber, New York, 1955.
85. Jelliffe, S.E.: Sketches in Psychosomatic Medicine, Nervous and Mental Disease Monographs. 65, 1939.
86. _____: "Psychoanalysis and Internal Medicine", Psychoanalysis Today, (Edit. S. Lorand) International University Press, New York, 1944.
87. Jennings, P.H.: "Psychosomatic Conditions as Related to Child Health", J. of Social Casework. 28:297, 1947.
88. Joad, C.E.M.: Mind and Matter. Nisbet & Co., London, 1925.
89. Johnson, A., Shapiro, L.B. y Alexander, F.: "Preliminary Report of Psychosomatic Study of a Rheumatoid Arthritis", Psychosom. Med. 9:295, 1947.
90. Jones, W.H.S.: "Philosophy and Medicine in Ancient Greece", Supplements to the Bulletin of the history of Medicine. The John Hopkins Press, Baltimore, 879. 1946.
91. Kaldberg, A. y O'Neil.: "Rorschach Pattern in Duodenal Ulcer", - J. Ment. Sci. 96:190. 1950.

92. Kanner, L.: "The Evidence for Body-Mind Relationship Apported by the Phenomena of Psychotherapeutic Experiencies", Association for Research in Nerv. and Mental Diseases, Vol. XIX., Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1939.
93. Karush, A., Hiat, R., Daniels, R.B.: "A Study on Patients with Ulcerative Colitis", Psychosom Med. 17:2; 1955.
94. Kennedy, F.: "The Interrelationship of Mind and Body". Association for Research in Nervous and Mental Disease. The Williams and Wilkins Co., 1939.
95. Kety, S.S.: "Biologic Basic for Psychosomatic Diagnosis", Advances in Medicine and Surgery, University of Pennsylvania Graduate School of Medicine, W.B. Co., Phila., 393, 1952.
96. Kolb, L.C.: "Disturbances of the Body Image", American Handbook of Psychiatry. (Edit. Silvano Arieti) Vol. I. Capit, 38 International University Press, New York, 1953.
97. Kretschmer, E. Physique and Character, (Traducido al Inglés por J.H. Spott) Paul & Kegan, Trench Tribner, London, 1925.
98. Kubie, L.S.: "The Problem of Specificity in the Psychosomatic Process", The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. (Edit. F. Deutsch) International University Press, New York, 1953.
99. Kunlenberk H.: "The Problem of Brain Consciousness", Confinia Neurologica, Suppl. 21.68. 1961
100. La Peña, G. Ensayo sobre la Historia de la Filosofia. Vol. II y III. Imprenta de Navas Madrid. 1807.
101. Lea H. Ch.: Material Toward a History of Witchcraft. Thomas Yoseff, New York, 1952.

102. Lidz Th.: "General Concepts of Psychosomatic Medicine", American Handbook of Psychiatry, (Edit. Silvano Arieti) Vol. I, Capítulo 32, Basic Books, Inc., New York, 1959.
103. Lidz, Th. y Rubinstein R.: "Psychology of Gastrointestinal Disorders", American Handbook of Psychiatry (Edit. Silvano Arieti) Vol. I, Capítulo 34, Basic Books, Inc., 1959.
104. Lombroso C.: Crime, Its Causes and Remedies. Little, Brown & Co., Boston, 1911.
105. Margolin, S.G. "Genetic and Dynamic Psychophysiological Determinants of Pathophysiological Process", The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis, (Edit. F. Deutsch) International University Press, New York, 1953.
106. Margolin S.G. et al.: "Variations of Gastric Functions During Conscious and Inconscious Conflict States", Proc. Association for Research in Nervous and Mental Diseases. 29:656, 1950.
107. Margolis, H.M.: "The Psychosomatic Approach to Medical Diagnosis and Treatment", J. of Social Casework 29:291, 1946.
108. Mas de Ayala, I.: Psique y Soma en las Enfermedades. El Ateneo, (Segunda Edición) Buenos Aires, 1950.
109. Masserman J.H.: Dynamic Psychiatry. W.B. Saunders, Co., Phila, 1955.
110. Matte, I.: Lo Psíquico y la Naturaleza Humana. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1954.
111. Maudsley H.: Body and Mind. D. Appleton and Co. New York, 1879.
112. Manninger K.A.: "Purposive Accidents as an Expression of Self Destruction Tendencies", Int. J. Psychoanal. 17:6, 1936

113. _____: The Human Mind. Alfred A.A. New York, 1937.
114. _____: Man Against Himself. Harcourt Brace and Co., New York, 1938.
- 114a. Miller H. y Baruch, D.G.: The Practice of Psychosomatic Medicine, Mc Graw-Hill Book & Co., New York, 1956.
115. Mirshy, L.A. "Physiologic, Psychologic and Social Determinants of Psychosomatic Medicine", Dis of the Nerv. System, 21:50, 1956.
116. Mittelman, B.: "Psychosomatics" Encyclopedia of Psychology. (Edit. Ph.L. Harriman) Philosophical Library, New York, 678, 1946.
117. Mittelman B. y Wolff, H.G., y Scharff, M.P.: "Gastroduodenal Functions, Experimental Studies on Patients with Gastritis, Duodenitis and Peptic Ulcer", Psychosom Med. 4:5, 1942.
118. Monsour, K.J.: "Migraine: Dynamics and Choice of Symptom", Psychanalyt. Quart. 26:476, 1957.
119. _____: "Asthma and the Fear of Death", Psychanal. Quart. 29:56, 1960.
120. Moon, R.O. Hippocrates. Longmans, Green and Co., New York, 1923.
121. _____: Medicine and Mysticism. Longmans, Green and Co., New York. 1934.
122. Moore G.: The Power of the Soul over the Body. Harper and Brothers, New York, 1847.
123. Moschowitz, E.: "The Psychogenic Origin of Organic Diseases", The New England J. of Medicine. 212, 249, 1945.
124. Moses, L.: "Psychodynamic and Electroencephalographic Factors in Duodenal Ulcer", Psychosom. Med. 8:405, 1946.
125. Mott, F.: "Body and Mind: The Origin of Dualism", Ment. Hygiene.

6:97,1922.

126. Munn, N.L.: Psychology. Houghton, Mufflin Co., New York, 1946.

127. Murray, J.B.: Some Common Psychosomatic Manifestations. Oxford University Press, London, 1949.

128. Orniston, G.: "Psychosomatic Disease in Children", The Practitioner. 177²: 564, 1956.

129. Parnell, R.W.: "Constitutional Aspects of Psychosomatic Medicine", Modern Trends in Psychosomatic Medicine (Edit. D.O'Neil) Paul B. Hoeber, Harper and Brothers, New York, 1955.

130. Peterson, F.: Mind, Religion and Medicine. H.K. Lewis and Co. London, 1929.

131. Phillips, W.: "The Diagnosis of Psychosomatic Disease", The Practitioner. 177² : 545, 1956.

132. Piotrowsky, Z.A.: "On the Rorschach Method and its Applications in Organic Disturbances of the Central Nervous System", Rorschach Research Exchange. 1: 23, 1936, 1937.

133. Reiser M.F. y Bakst H.: "Psychology of Cardiovascular Disorders", American Handbook of Psychiatry. (Edit, Silvano Arieti) Vol. I, Capítulo 33, Basic Books, New York, 1959.

134. Richmond, J.B. y Lustman, S.L.: "Atomic Function in the Neomate. I. - Implications for Psychosomatic Theory", Psychosom. Med. 17: 269, 1955.

135. Ritter, W.E.: The Unity of the Organism and Organismal Concepts of Life. Publicado por R. Badger, Boston, 1919.

136. Robles, O.: Introducción a la Psicología Científica. Edit. Porrúa, S. A., México, D.F., 1951.

137. Ross, W.D. & McNaughton, F.S.: "Objective Personality Study in Migraine by Means of the Rorschach Method", Psychosom. Med. 7:73, 1945
138. Rusch, J.: "Chronic Disease and Psychological Invalidism", The American Society for Research in Psychosomatic Problems. New York, 1946.
139. _____: "Why are the Known Facts About Psychosomatic Medicine at the Present Time", J. of Social Casework. 28:291, 1947.
- 139a. Ruesch, J. & Prestwood, A.: "Communications and Bodily Disease: A Study of Vasopastic Condition", Life Stress and Bodily Disease. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1950
140. Ruesch, J. & Bownan, K.M.: "Personality and Chronic Illness", Contributions toward Medical Psychology, 1:398, 1953.
141. Saul, L.J.: "The Physiological Effects of Psychoanalytic Therapy", Association for Research in Nervous and Mental Disease. The William and Wilkins Co., 1939.
142. _____: "Hostility in Cases of Essential Hypertension", Psychosom. Med. 1:153, 1939.
143. _____: "Physiological Effects of Emotional Tension", Personality and the Behavior Disorders. (Edit. Mc.W. Hunt) Vol. I, The Ronald Press Co., New York, 1944.
144. Shohfield, A.T.: The Force of the Mind. P. Blakiston's Son & Co., Phila. 1902.
145. Schr, M.: "Basic Problems of Psychosomatic Medicine". Elements of Psychoanalysis. 237, 1950.
146. Seguin, A.C.: Introduction to Psychosomatic Medicine. International University Press, New York, 1950.

158. Wachtel, C.S.: The Idea of Psychosomatic Medicine. Froben Press Inc., New York, 1951.
159. Weiner, H. et al.: "Etiology of Duodenal Ulcer: I Relations of S Specific Psychological Characteristics to Rate Gastric Secretion", Psychosom. Med. 19:1, 1952.
160. Weiss, E.: "Recent Advances in the Pathogenesis and Treatment of Hypertension: A Review", Psychosom. Med., 1:180, 1939.
161. _____: "Cardiovascular Lesion of Probable Psychosomatic Origin in Arterial Hypertension", Psychosom. Med. 2:203, 1940.
162. _____: "Brief Psychotherapy in Psychosomatic Disorders of the Gastrointestinal Tract", Proceedings of the Psychotherapeutic Council, Chicago, 1944-1946.
163. _____: "Psychosomatic Medicine", Oxford Medicine, 19:352, 1949.
164. Weiss, E. y English, O.S.: Psychosomatic Medicine. W.B. Saunders, Co., (Tercera Edición) Phila, 1957.
165. West, L.J.: "Psychodynamic Causality in Psychosomatic Research: Problems of Experimental Design", Psychiatric Research Reports. 6: 77, 1960.
166. White, W.A.: "An Introduction to the Study of the Mind", Nervous and Mental Disease Monograph, Series No. 38, 1924.
167. _____: "Medical Psychology", Nervous and Mental Disease Monographs Series No. 54, 1931.
168. Whitcorn, J.C.: "Physiological Changes in Emotional States, - Association for Research and Mental Disease, Vol. 19, 264, 1939.
169. Wightman W.P.: "Note on Descartes and Psychosomatic Medicine", British J. of Philosophy of Science. 3:234, 1956

170. Wilk, D.W.: Psychology Applied to Medicine. F.A. Davis, & Co., Phila, 1907.
171. Wittkower, E.D.: "Psychosomatic Medicine", Modern Practice in Psychological Medicine. Paul B. Hoeber, Inc., New York, 1949.
172. Wittkower, E.D. y White, K.L.: "Psychophysiological Aspects of Respiratory Disorders. American Handbook of Psychiatry. (Edit. S. Ariet) Capitulo 35, Basic Books, New York, 1959.
- 172a. Wolberg, L.: The Technique of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York, 1954.
173. Wolf, S. y Wolff, H.G.: Human Gastric Function: An Experimental Study of a Man and his Stomach. Oxford University Press, New York, 1947.
174. Wolf, S. y Wolff, H.G.: "Life Situacion, Emotions and Gastric Functions-A Summary", Contributions Toward Medical Psychology. 1:290, 1953.
175. Wolff, H.G. "Life Stress and Bodily Disease-A Formulation", Proc. Association for Research in Nervous and Mental Disease. 29: 1059. 1950.
176. _____: "Stress, Emotions and Bodily Disease", March of Medicine. Lectures to the Laity, 16:94, 1950, -1951.
177. _____: Headaches and other headpains. Oxford University Press, New York, 1948.
178. Wood, F.C.: "Functional Disorders: Cardiac Aspects", Advances in Medicine and Surgery. University of Pennsylvania, W.W. Saunders, Co., Phila. 1952.
179. Worcester, E., et al.: Religion and Medicine. Moffat Yard and

Co., New York, 1908.

180. Zilboorg, G.: "Psychosomatic Medicine", Modern Abnormal Psychology, Philosophical Library, 720, 1950.



147. Selye, H.: "The General Adaptation Syndrome Relationships to Neurology, Psychology and Psychopathology", Contributions toward Medical Psychology. 1:234, 1953.
148. Senrad, E. y Scharz, J.: "Disorders in Psychosis", Psychosom. Mod. 14: 314, 1951.
149. Sheldon, W. H.: "Constitutional Factors in Personality", Personality and the Behavior Disorders. (Edit. J. Mc. V. Hard.) Vol. 1, The Ronale Press Co., New York, 1944.
150. Signorelly A.: "Soul, Mind and Body", Sidelights from the Surgery de Serge Voronoff. Paller Publishing Co., London, 1939.
151. Sperling, : "Psychotherapeutic Techniques in Psychosomatic Medicine", Specialized Techniques in Psychotherapy. Basic Books Inc., New - York, 1953.
152. Strong, C. A.: Why the Mind Has a Body. The Masmillan Co., New - York, 1903.
153. Szasz, T. S.: "Physiologic and Psychodynamic Mechanisms in Constipation and Diarrhea, Psychosom. Med. 13:112, 1951.
154. _____: "Psychoanalysis and the Autonomic Nervous System", Psychoanal. Review. 39:115, 1952.
155. _____: "A Contribution to the Psychology of Bodily Feelings" Psychoanal. Quart. 26:25, 1957.
156. Treuting, T. F. y Ripley, H. S.: Life Situations, Emotions and Bronchial Asthma", J. Nerv. Ment. Dis. 108:380, 1948.
157. Todd, J. W.: "The Psychosomatic Concept in Medicine", Modern Trends in Psychosomatic Medicine. (Edit. Desmond O'Neil) Paul B. Hoeber, New York, 1955.