

14 870125  
2ej

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

RASGOS PSICOPATOLOGICOS CARACTERISTICOS EN UN GRUPO  
DE PACIENTES CON COLON IRRITABLE

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

GABRIELA GUITRON GUZMAN  
NELLY ARA ROCHA VALENCIA



## **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 está 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.

# I N D I C E

	PAGINAS
INTRODUCCION. . . . .	1
CAPITULO I	
MARCO HISTORICO DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA. . . . .	3
CAPITULO II	
MEDICINA PSICOSOMATICA . . . . .	13
CAPITULO III	
CUADRO CLINICO.	
a) DE TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS. . . . .	23
b) DE COLON IRRITABLE. . . . .	27
CAPITULO IV	
ETIOLOGIA:	
a) DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS . . . . .	31
b) DE COLON IRRITABLE. . . . .	31
CAPITULO V	
TRATAMIENTO.	
a) SINTOMATICO . . . . .	42
b) PSICOTERAPEUTICO . . . . .	43
CAPITULO VI	
METODOLOGIA.	
a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	51
b) HIPOTESIS . . . . .	51
c) METODO ESTADISTICO . . . . .	51
d) MATERIAL PSICOMETRICO . . . . .	52
e) MATERIAL HUMANO . . . . .	57
f) LIMITES DE ESTUDIO . . . . .	57
g) DEFINICIONES OPERACIONALES . . . . .	
CAPITULO VII	
RESULTADOS. . . . .	59
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES. . . . .	65
CAPITULO IX	
RECOMENDACIONES. . . . .	67
GLOSARIO. . . . .	68
BIBLIOGRAFIA. . . . .	70

## INTRODUCCION

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

Todos los seres humanos son semejantes en cuanto a -- que son susceptibles de experimentar las mismas emociones entre sí, sin embargo varían en cuanto a la naturaleza de los estímulos que suscitan en ellos dicha emoción, así como en la clase, intensidad y duración de la respuesta emotiva y en cuanto a la capacidad de expresar, suprimir o reprimir sus emociones las cuales pueden ejercer influencia para que se produzca una alteración orgánica. Dicha alteración aparte de tener como factor etiológico determinante el aspecto psicológico también puede estar combinada con agentes físicos, químicos o biológicos.

Cuando frente a trastornos de intestino grueso, se -- han descartado todas las etiologías posibles, entonces se concluirá que se trata de un Síndrome de Colon Irritable, también llamado colitis espástica, colon espástico o colitis nerviosa.

Esta es una enfermedad funcional en la cual no hay alteración estructural, en la que se exagera o deforma la actividad normal del intestino grueso lo que produce constipación y/o diarrea y/o dolor abdominal.

La etiología de este padecimiento la mayoría de las veces es de tipo emocional y se ha visto que en pocos casos es debido a desórdenes alimenticios.

Como hemos dicho anteriormente las manifestaciones de stress psíquico acompañan frecuentemente al colon irritable y como síntomas concomitantes pueden incluirse entre estas manifestaciones: nerviosismo, hipocondría, insomnio, fatiga y cefalea.

Se ha observado en la consulta de Gastroenterología -- que un gran número de pacientes que acuden a ésta, padecen del Síndrome de Colon Irritable.

Es por esto nuestro interés en el tema, ya que deseamos probar mediante la aplicación del inventario Multifásico de la Personalidad el objetivo de esta Tesis, que es el determinar si existen rasgos psicopatológicos en los pacientes que sufren del Síndrome de Colon Irritable a diferencia de los que sufren cualquier otra enfermedad gastrointestinal de origen no emotivo.

Para lograr dicha expectativa trabajamos con dos grupos, cuyas muestras fueron tomadas de diferentes centros de Gastroenterología particulares de consulta externa ex--

clusivamente de la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Tomamos 80 individuos diagnosticados por un médico Gastroenterólogo como pacientes con colon irritable, los cuales formaron el grupo experimental; y 80 pacientes seleccionados -- por padecer otros trastornos gastrointestinales en donde la causa no fué emotiva. En cada grupo de 80 pacientes el 50% de éstos fueron hombres y el otro 50% mujeres. Ambos grupos pertenecientes a diversas profesiones u ocupaciones, de cualquier estado civil y provenientes de un medio socioeconómico medio o alto. Sin embargo se excluyeron a mujeres embarazadas y a sujetos que padecieran alguna enfermedad crónica o algún impedimento físico.

**C A P I T U L O   I**

**MARCO HISTORICO DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA**

## MARCO HISTORICO.

Desde hace miles de años se ha considerado que las enfermedades físicas reales pueden resultar de factores emocionales.

Uno de los principales problemas filosóficos y prácticos a los que enfrentaron en la antigüedad, fué el aceptar que el individuo poseía un aspecto material y otro aspecto no físico sujeto a influencia corruptora, es decir que el hombre estaba dotado de cuerpo y alma.

En la Grecia Clásica este problema ya estaba planteado, y aunque Sócrates decía: "Así como no se puede curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, no se puede curar el cuerpo sin actuar sobre el alma"(1); Hipócrates no lo aceptaba así ya que él consideraba al individuo como un ser unitario, sin embargo clasificó los modos habituales de reacción emocional de los individuos, "Los Temperamentos" y los relacionó con su constitución física dividiéndolos en "Habitus Físico" y "Habitus Apoplético". A él se le atribuye la distinción que más tarde popularizó Galeno de los tipos flemático, colérico, sanguíneo y melancólico, relacionado con los humores flema, bilis, sangre y bilis negra.

Por otra parte Platón, aunque admirador de Hipócrates, consideraba en su filosofía que mente y materia tenían existencias separadas y decía que "Las enfermedades mentales se atribuyen a conflictos en el seno de la mente entre el alma racional, que reside en el cerebro y dirige las actividades intelectuales, y el alma irracional que contiene los efectos localizados en partes diversas del cuerpo" (2); también decía que un grave error que se cometía en el tratamiento de las enfermedades era que existieran médicos para el cuerpo y médicos para el alma, cuando éstas dos iban íntimamente unidas en un todo y cuando este todo estaba enfermo no podía existir una parte de éste sana.

Más tarde ya en la Edad Media, el hombre fué conceptualmente dividido en dos campos distintos e irreductibles: el de las operaciones del espíritu y el de las operaciones del cuerpo. El estudio de la mente quedó en el campo de los intereses del clérigo y del filósofo especulativo, y el médico se limitó al estudio de las operaciones corporales. Esto trajo como consecuencia una separación total --

(1) Kaplan, Tratado de Psiquiatría, Pág. 1790.

(2) Melvin Zax-Emory L. Cowen, Psicopatología, Pág. 208.



de la psicología y la medicina, cuyas consecuencias fueron notorias en el desarrollo de ambas; por una parte, la psicología desligada del resto de las ciencias naturales no participó del desarrollo de ellas y el esfuerzo de sus estudios se desvió hacia las especulaciones metafísicas. Por otra parte el médico dedicado solo al estudio del cuerpo pronto echó al olvido las concepciones psicológicas preconizadas por los médicos sacerdotes de la Antigua Grecia.

En consecuencia, la Psicopatología se vio gravemente invadida durante varios siglos por explicaciones demonológicas en nada superiores a los conceptos mágicos de los pueblos primitivos, por lo tanto durante la primera parte de la edad media el tratamiento preferido fué la oración, el exorcismo, el uso de reliquias y untos sagrados así como el insulto al demonio aplicándole letanias y amenazas. Sin embargo entre los primeros cristianos hubo quienes con celo y generosidad se ocuparon de los enfermos mentales, un ejemplo de éstos fueron: San Basilio (329-280 d.c.), que estableció un monasterio en Cesárea, donde a los enfermos mentales se les daba un tratamiento humano. San Jerónimo (343-420 d.c.), estableció en la regla de su congregación que los enfermos mentales recibieran la misma atención que los físicamente enfermos.

Pero conforme se acentuó la tendencia a interpretar teológicamente las enfermedades mentales se llegó a pensar que la crueldad para con los enfermos mentales era una forma de castigar a los demonios residentes en ellos, de ahí que cuando los métodos suaves resultaran ineficaces se recurriera a métodos más drásticos tales como los azotes, hambre, cadenas, inmersión en agua fría y otras torturas.

Durante la última parte del siglo XV las creencias relativas a la posesión demoníaca alcanzaron un desarrollo que condujo a uno de los aspectos más crueles de la historia de la humanidad.

La última parte del siglo XV, así como durante el XVI y XVII, son épocas de transición durante las cuales el Humanismo, el Racionalismo, la Reforma Religiosa y el desenvolvimiento de la ciencia natural profundizaron el orden medieval y prepararon la cosmología moderna.

Al llegar al Renacimiento se desarrolló una nueva orientación hacia la libertad, que en la práctica se tradujo en oportunidades para el hombre ordinario, siempre y cuando fuera talentoso y audaz, para ocupar un lugar al lado de la vieja nobleza feudal.

En estos tiempos hubieron grandes avances tales como-

los estudios de Newton y Copérnico así como de Paracelso el cual afirmaba que las enfermedades mentales pueden tener -- causas psicológicas y recomendó en un tratamiento el uso -- del "Magnetismo Corporal". Aunque rechazó las teorías demónológicas, estaba convencido de que la luna y otros astros ejercen sobre el cerebro una influencia sobrenatural, de él proviene el término "lunáticos" para referirse a los enfermos mentales. Gradualmente las ideas demoniológicas perdieron fuerza, como consecuencia los enfermos vistos ya como tales fueron sacados de los monasterios y de las prisiones y tratados en asilos especiales.

El primer asilo para enfermos mentales en Europa se fundó en Valencia en 1409; pero el más famoso fué el de Santa María de Bethlehem fundado en Londres por Enrique VIII -- en 1547 y se caracterizó por sus condiciones deplorables -- así como por exhibir al público a los enfermos únicamente -- con fines de lucro.

En 1556 el hospital de San Hipólito fué establecido -- en México por Bernardino de Alvarez, que además fundó una -- orden religiosa, la de los "Hipólitos", dedicada al cuidado de los enfermos mentales; fué el primer hospital para la -- atención de trastornos de su especie que se estableció en -- América. El primer hospital dedicado exclusivamente a los -- enfermos mentales en Estados Unidos fué establecido en -- Williamsburg, Virginia en 1773.

René Descartes, científico eminente nombrado Padre de la Psicología Fisiológica, aceptó el dualismo de mente y -- cuerpo ya que consideraba que el alma poseía substancias cu ya actuación era totalmente libre y el cuerpo en cambio -- constaba de substancias que funcionaban según principios me cánicos, llegando a la conclusión de que estas dos substancias actuaban en forma recíproca a través de la glándula piNeal, de tal forma que la mente podía afectar al cuerpo y -- éste podía afectar a la mente.

También G.W. Leibnitz aceptaba la dualidad de mente y cuerpo comparando éstos como dos relojes que una vez que se les da cuerda seguirán su curso para siempre y podrán concordar, pero no porque estén en alguna forma relacionado -- uno con otro, de tal modo que mente y cuerpo no se afectarían directamente pudiendo concordar ya que sus cursos son -- paralelos.

Leibnitz teorizaba acerca de fenómenos psicológicos -- básicos tales como la conciencia y postulaba que la substancia elemental en todo ser es la "Mónada", la cual no puede crearse, cambiarse o destruirse pero sí desarrollarse y una vez en marcha seguirá su curso para siempre.

Conforme la actitud científica se fue abriendo paso, se hizo posible el hacer ver que la locura se debe a causas naturales. Fué Felipe Pinel (1745-1826) Director del hospital de Bisure en París quién en el año de 1792 gracias a -- sus arduos estudios logró cambiar el régimen de los hospitales para enfermos mentales y logró que éstos circularan libremente en los patios, que se les alimentara mejor y se les tratara con suavidad. Otros sucesores de Pinel fueron Esquirol (1772-1840) y William Tuke (1732-1822) quienes continuaron su obra haciéndola extensiva a otras ciudades. El trabajo de Pinel y de Tuke en Europa se reflejó en América en el de Benjamín Rush (1745-1813), quien además de hacer la reforma del hospital de Pensylvania publicó uno de los primeros textos de Psiquiatría el cual era una mezcla de -- astrología y de pensamiento científico, pero a pesar de esto, puede considerarse una figura representativa de la transición hacia la psiquiatría y la psicología médicas modernas.

No puede dejar de mencionarse a Dorote Dix (1802-1887) quien luchó durante cuarenta años en contra de los crueles regímenes hospitalarios de Norteamérica logrando reformas legislativas orientadas hacia la protección del enfermo mental.

En el siglo XIX hubieron grandes avances para la psicología y surgieron varios enfoques acerca de ésta. En la primera mitad del siglo nace como una rama de la Fisiología, la Psicología experimental la cual aplica los métodos que dieron tan buen resultado en ciencias como la Física y la Biología al estudio de funciones mentales aisladas como la percepción, memoria, etc., que son meramente subjetivas. Sin embargo los experimentos psicológicos llevados a cabo en laboratorio han contribuido poco al problema fundamental de la psicología; el de los motivos de la conducta, cuya solución es la clave para poder prever las acciones y reacciones de una persona en situaciones concretas de la vida, muy distintas a las creadas en el laboratorio. Algunos de los principales exponentes de esta corriente son Wilhelm Wundt profesor de la Universidad de Leipzig quien dedicó -- parte de su vida a la investigación en laboratorio; pero -- fué John Watson en 1924 quien continuando las ideas de -- Hobbes, Berkeley y Hume e incorporando las formulaciones de Sechenov y Pablov propuso la fundación de una psicología objetiva o "Psicología del Comportamiento en la cual se desechaban los conceptos de conciencia, voluntad, instinto, -- etc., y enfocaba para su estudio aquello que es susceptible de medirse, en pocas palabras se toma en cuenta a la conducta como un conjunto de reflejos incondicionados innatos modificados por la acumulación posterior de reflejos condicionados sin tomar en cuenta que la conducta puede ser influi-

da por variadas motivaciones y que existen marcadas diferencias individuales.

En 1818 Heinroth (1773-1843) introdujo el término - "Psicosomático" pues atribuye una mayor preponderancia del factor psicológico sobre el soma a diferencia de Jacobi - quien en 1828 creó el término "Somatopsíquico" para subrayar la predominancia de lo corporal en la génesis de algunas enfermedades.

Hacia la misma época la psiquiatría emergía de su estado precientífico y, provenientes del campo de la medicina numerosas descripciones e intentos de clasificación de las perturbaciones mentales vieron la luz.

Esta etapa taxonómica y descriptiva de la psiquiatría tuvo su mejor representante en Emilio Kraepelin (1855-1926) quien llevó a cabo sus trabajos en los grandes hospitales de enfermos mentales y elaboró una clasificación de las enfermedades mentales que fué más o menos aceptada y que aún constituye la base de la mayor parte de la clasificación en uso; de aquí que cuando los estudios anatomopatológicos mostraban lesiones cerebrales que explicarían los síntomas, lo cual ocurría señaladamente en los casos diagnosticados como esquizofrenia, psicosis manícodepresiva y neurosis; - Kraepelin proponía como explicaciones etiológicas cambios metabólicos, desórdenes sistémicos de la economía corporal o bien defectos hereditarios.

En 1885 Charcot realizó una serie de estudios de los cuales concluyó que los síntomas de la histeria (parálisis, ceguera, afonías, etc.), eran susceptibles de curarse por medio de la hipnosis; por primera vez la medicina registraba oficialmente que los trastornos producidos por causas psicológicas podían desaparecer por los mismos medios psicológicos o psicoterapia. También creó una Sociedad dedicada al estudio de las relaciones de la fisiología, la psicología y la Patología, ahí estudió el papel de la emoción en diversos padecimientos viscerales (espasmos vasomotores diversos, gastralgias, vómitos, poliuria, amenorrea, etc.), - dermatografismo, neurodermatitis, anorexia nerviosa, etc.

Estas investigaciones sirvieron de punto de partida a Sigmund Freud (1856-1939) quien una buena parte de sus estudios los dedicó a la "histeria" aplicando como técnicas no solo la hipnosis sino también las "asociaciones libres del pensamiento", ésta última técnica ha sido hasta la fecha -- utilizada por algunos terapeutas para comprender los procesos mentales normales y sus desviaciones patológicas.

Freud dedujo de las pacientes histéricas que las ten-

dencias reprimidas eran impulsos de naturaleza sexual cuyos orígenes podían ser encontrados en la infancia del sujeto. Introdujo términos como inconsciente, represión y mecanismos de defensa. Del inconsciente afirmó que "consta de tendencias emocionales que han sido reprimidas, es decir que están activamente excluidas de la conciencia del sujeto por que de hacerse conscientes generarían angustia, culpabilidad o vergüenza en proporciones tales, que serían disruptivas para el funcionamiento de la personalidad" (3); formuló una de sus tesis de mayor importancia en su doctrina la cual basó en el principio de que el equilibrio mental de un individuo depende en gran medida del conjunto de circunstancias que lo rodean durante su tierna infancia especialmente las tocantes a sus padres, amigos de la familia y compañeros de juego.

A pesar de que muchas de sus concepciones originales han sido definitivamente superadas o sustituidas, Sigmund Freud aportó descubrimientos que han sido muy productivos en el campo de la psicología, medicina y en investigaciones psicosomáticas.

Otra corriente que dejó una onda huella fue la corriente Gestáltica, siendo sus principales exponentes Wolfgang Kohler, Kurt Koffka y Max Wertheimer, los cuales sustentaron en dicha teoría que la experiencia total de la conducta representa más que la suma de sus partes y estudiaron la percepción y la memoria a través de la introspección y observación. Básicamente esta terapia es utilizable para aquellas personas que insatisfechas con su forma de ser, se muestran dispuestas a realizar un esfuerzo por ser distintas o por vivir más satisfechas con esa forma de ser ya que facilita en general el descubrimiento, enfrentamiento y resolución de los principales conflictos del paciente en un tiempo a menudo breve. "proporciona técnicas de gran eficacia para manejar las conductas neuróticas y autodestructivas, así como para movilizar y reencaminar la energía humana hacia un desarrollo autónomo y creativo". (4).

La hipótesis básica de este enfoque terapéutico es -- que "los pacientes pueden abordar en forma apropiada sus problemas vitales..., siempre y cuando sepan quienes son ellos mismos y puedan poner en acción todas sus capacidades para resolverlos. Nuestra tarea consiste en desbloquear su toma de conciencia, ayudándolos a relajar sus energías re-troflexionadas, a recuperar la sensibilidad, a asimilar los introyectos y pasar de la proyección a la expresión directa" (5). En esta forma es posible combatir las enfermedades psicosomáticas.

(3) Ramón de la Fuente Muñiz, Psicología Médica, pág. 278.

(4) Dr. Mariano Díez Benavidez, Método Transaccional Gestáltico, Pág. 114

(5) Idem, pág. 116

Por otra parte con Stainbrook, médico organicista, se empiezan a estudiar los efectos de las funciones fisiológicas que traen consigo las emociones fuertes. Entre otros observaron como el miedo influye en trastornos como enuresis, diarrea y descargas seminales, y como el enojo aumentaba la circulación en tanto que el pesar la reducía. Se creía que el cáncer de mama era causado por un pesar, el cual inhibía las secreciones provocando fiebre irritativa y por último un tubérculo cirroso.

En relación a los efectos que pueden causar las emociones, Maudsley, también médico organicista, afirmaba que "si la emoción no se liberaba en un ejercicio físico o en una actividad mental adecuada, actuaba sobre los órganos alterando su funcionamiento", (6).

Y según Adolfo Meyer, médico psicoanalítico, (quien acuñó el término psicobiología en 1940), "el concepto relativo a la enfermedad constituía un capítulo de la evolución biográfica del individuo; abogó así mismo por la integración de las influencias del medio ambiente en el estudio de la enfermedad mental, opinión que ha inspirado buena parte de la moderna psiquiatría social" (7).

Durante este siglo se publicaron libros como los de Falconer "A dissertation on the influence of the Passions on Disorders of the body (1796)"; "Tuke, Illustrations of the Influence of the Body (1872)" y the Creighton, Illustrations of Unconscious Memory in Disease, Including a Theory of Alternatives (1886).

Con respecto al aparato gastrointestinal destaca la obra de William Beaumont en donde menciona por ejemplo que el enojo o el miedo limitan las secreciones intestinales haciendo que el intestino se pusiera rojo y seco y por consiguiente de un aspecto poco sano.

La experimentación con animales también ha sido empleada en Rusia para establecer factores etiológicos importantes y para el tratamiento de desórdenes psicósomáticos, estudios que después se prueban en humanos. En lo que se refiere a las terapias, los rusos han utilizado por ejemplo la terapia de sueño para tratar problemas como úlceras gástricas, hipertensión y diferentes condiciones dermatológicas. La terapia del Reflejo condicionado la han utilizado para el tratamiento de enuresis y alcoholismo. La Psicoterapia basada en la teoría Pabloviana la cual considera al habla como un segundo sistema de señales, se aplica en la práctica de resolución de problemas, reeducación e hipnoterapia.

(6) B. Luban-Plozza. El enfermo psicósomático y el médico práctico Pág.16

(7) Dr. Mariano Díez B., Método Transaccional Gestáltico, Pág. 22.

En más recientes estudios elaborados por Halliday, -- Rennie y Srole en el proyecto Midtown Manhattan, alrededor de 1960 en Estados Unidos, se pudo comprobar que la clase sociocultural baja tiende a sufrir más alteraciones de tipo psicossomático ya que se enfrentan a un gran estress debido a que se exponen con mayor frecuencia a los agentes nocivos externos, tienen menos posibilidades de asistir al médico, encontrándose también en una situación crónicamente sometida desde el punto de vista educativo y cultural, por lo tanto viven -- constantemente estimulaciones emocionales adversas.

Ya en 1968 el "Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders de la American Psychiatric Association" definió el término "Trastorno Psicofisiológico Autóndmico y visceral" -- como a continuación presentamos: Este grupo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos que son provocados por factores emocionales e implican a un solo sistema de órganos, generalmente sometido a inervación vegetativa. Los cambios fisiológicos son los mismos que acostumbran acompañar a ciertos -- estados emocionales, pero en estos trastornos los cambios son más intensos y sostenidos. El individuo no puede mantener un control consciente de este estado emocional.

Respecto a esto se han hecho estudios alrededor de -- 1978, en los cuales se deduce que cuanto más rígida sea una personalidad, en el sentido de no expresar dúctilmente sus estados emotivos tenderá a responder con mayor tensión muscular. Entre estos estudios destaca la personalidad detectable en pacientes afectados de reumatismo psicógeno, en los cuales su cuadro clínico se define por el dolor muscular y por la in capacidad de vivir relajadamente las situaciones emotivas -- (Valdés 1978).

El mismo trabajo de Shipan y colaboradores es ilustrativo: los mayores valores de tensión muscular se alcanzaron -- en los experimentos en los que se solicitaba autocontrol voluntario y en las situaciones que sometían al sujeto a estimulación perturbadora. En todos los casos las personalidades -- se caracterizaban por presentar tendencias depresivas, rasgos obsesivos y esquizoides, e incapacidad consiguiente para la expresión abierta de las emociones. (Shipman, 1970; Pitchot, -- 1972; Corominas, Marcos y Valdés, 1978). (8).

La más reciente publicación del Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders de la American Psychiatric Association define el término Trastorno por somatización en -- el año 1983 como sigue: "Los rasgos esenciales de este grupo-

de trastornos son síntomas físicos que sugieren una alteración física, en las que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos.

Entre otros estudios hechos aquí en México podemos mencionar los llevados a cabo por el Dr. Guevara en relación al síndrome de colon irritable en el cual señala que el 70% de los pacientes con padecimientos gastrointestinales presentan trastornos funcionales digestivos (equiparable al colon irritable).

El Dr. Labastida, haciendo el mismo estudio, encontró una frecuencia de 20.4% y señala que para una serie de 100 pacientes que sufran de colon irritable, el 96% de ellos presentaban también alguna alteración emocional de importancia. Otro estudio, practicado con el propósito de establecer esta relación entre los factores emocionales y colon irritable, encontró que 72% de los pacientes con este síndrome presentaron manifestaciones graves de depresión, angustia, ansiedad, histeria y otros síntomas neuróticos y psicóticos, en tanto que sólo 18% de los controles sanos tuvieron alteraciones similares.

Otros grandes investigadores en este terreno son el Dr. Hinitz, el cual aportó notables trabajos en 1978; el Dr. Ramírez Mata en 1976 y el Dr. Arrubarena en 1979.

Por otra parte en nuestra Universidad Autónoma de Guadalajara se llevó a cabo muy recientemente una investigación relacionada con enfermedad psicósomática.

Se trata de un estudio comparativo que se hizo para buscar rasgos psicopatológicos en pacientes con enfermedades cardíacas a diferencia de pacientes con otro tipo de enfermedades. (9). Para este estudio se utilizó el Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI), el cual arrojó los siguientes datos: Los pacientes cardíacos son personas con una alteración de su personalidad que se puede manifestar de diferentes maneras; siendo la principal los síntomas psicósomáticos, que es una manera que utilizan como escape a sus propios problemas, son desconfiados, inseguros, con baja tolerancia a la frustración, tienen dificultades en sus relaciones interpersonales, incomprensivos del mundo que los rodea, por lo que no pueden tener relaciones interpersonales adecuadas. Sus sínto

(9) Verónica E. Echegollen B.-Gyzka T. Díaz T. - Naila I. Díaz T.  
Tesis: "Detección de Rasgos Psicopatológicos en Pacientes de Cardiología, 1980".



mas psicósomáticos son como un ajuste a un mundo interno - de tensiones. Se encontró que muchos de los pacientes presentan problemas sexuales, debido a que por su enfermedad - se le reduce la actividad sexual y problemas familiares -- por la angustia y depresión que traen consigo los problemas cardiológicos.

C A P I T U L O   I I

M E D I C I N A   P S I C O S O M Á T I C A

## MEDICINA PSICOSOMÁTICA.

Antiguamente se consideraba la interrelación que había entre el soma y la psique, así algunos pueblos como el griego, egipcio, caldeo e hindú, veían al hombre como una unidad cuerpo alma creyendo así mismo en los efectos recíprocos que había entre psique y soma. Pero ha sido en estos últimos años en que ha cobrado un carácter más científico, pues empezaron a reconocer que las enfermedades tenían múltiples factores etiológicos, siendo de gran importancia el aspecto psicológico y sociocultural, esta nueva orientación condujo a que la medicina lograra un enfoque más integral: a una concepción del hombre como entidad total. Grinker hace hincapié en que "cada órgano interno y cada sistema se encuentra íntimamente integrado al resto de los órganos y los sistemas del cuerpo; que todos los órganos y los sistemas del cuerpo son el medio ambiente de cada órgano y sistema por separado, y que cada uno de éstos ayuda a componer el ambiente de cada uno de los otros órganos y sistemas internos. El organismo como un todo, comparte un ambiente total con otros seres humanos e interactúa con ellos en condiciones de estrés (10).

Dicho enfoque contribuyó a la orientación médica que se denomina medicina Psicosomática, que pretende hacer resaltar la importancia de los factores psíquicos en el origen de las enfermedades así como en su tratamiento.

No fué sino hasta este siglo XX en que surgió con fuerza la orientación psicosomática como una actitud científica, siendo en el año de 1939 en que se fundaron las primeras Sociedades de Medicina Psicosomática, para esto fué necesario que se llevaran a cabo investigaciones tanto en la rama de la medicina como de la psicología, estableciendo de ésta manera: que el organismo funciona como un todo y que existe unidad mente-cuerpo; que las emociones pueden ser inconscientes y ejercer un profundo efecto psicológico sobre el cuerpo; y que las emociones pueden ser estudiadas y medidas científicamente.

Así la principal premisa en que se basa la Medicina Psicosomática es "que las emociones pueden influir decisivamente en las funciones orgánicas (11)".

(10) Norman Cameron, Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad, - Pág. 685.

(11) Luban-Plozza, el Enfermo psicosomático y el médico práctico. Pág. 30.

Todos los hombres son semejantes en cuanto a que son susceptibles de experimentar las mismas emociones, pero varían en cuanto a la naturaleza de los eventos que suscitan en ellos la misma respuesta emocional, así como en cuanto a la clase, intensidad y duración de sus emociones en respuesta a un mínimo estímulo y en cuanto a la capacidad de expresión, supresión o represión de sus emociones; es a través de ellas que las situaciones externas, las personas y las ideas son susceptibles de ejercer una influencia para que se produzca una alteración en órganos o tejidos. Esta alteración aparte de tener como factor etiológico determinante el aspecto psicológico también puede estar combinada con agentes físicos, químicos o biológicos.

La psicogénesis de la alteración de los órganos se da por procesos que se inician en el más alto nivel de integración cerebral y se transmiten a los órganos a través de vías nerviosas y periféricas por mediación del sistema nervioso autónomo.

Hay algunas correlaciones populares que ejemplifican como las emociones influyen en el cuerpo, tales son las expresiones: "Le tengo atravesado", "se me frunce el estómago", "no lo puedo tragar", "se me frunce el corazón". También se conocen ciertas reacciones psicósomáticas que aparecen en una situación especialmente excitante o difícil, por ejemplo: las palpitaciones que provoca la vista del ser amado, el mareo tras un accidente de tráfico del que se ha salido ileso, la anorexia debido a la tristeza; Por lo general éstos síntomas desaparecen al cesar los estímulos provocadores de la emoción. Al respecto Alexander y Selenitsch (1966) señalan que "los fenómenos psicósomáticos son procesos en los que los primeros eslabones de una cadena de acontecimientos se perciben subjetivamente como emociones, en tanto que los eslabones siguientes se observan objetivamente como cambios en las funciones del organismo" (12).

Citaremos algunas definiciones que a nuestro parecer hacen la síntesis más precisa de lo que a Medicina Psicósomática se refiere:

El primer volumen del "Journal of Psychosomatic Medicine" de enero de 1939, define la medicina psicósomática como aquella actividad que estudia en su interacción los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones -

corporales normales y anormales, de forma que integra la terapia somática y la psicoterapia (Alexander, 1939) (13).

Mitscherlich opina que la medicina psicosomática es una doctrina relativa a "como el acontecer psíquico influye sobre los procesos corporales, convirtiéndolos en patológicos". (14).

En sentido amplio "el término psicosomático designa una actitud y un método que permiten abordar los problemas del hombre enfermo refiriéndose a sus aspectos biológicos y psicológicos que son complementarios y sólo se disocian mediante análisis". En un sentido más limitado "la medicina psicosomática es un sector de la patología general que agrupa - afecciones somáticas derivadas en cierto modo de factores -- emocionales pretéritos o presentes". (15).

"Denomínase Medicina Psicosomática o Antropología Médica a una tendencia dentro de la Medicina contemporánea a considerar al hombre en su totalidad. Para que la medicina realice plenamente su misión, la de curar al hombre, hay que -- considerarlo como humano y no tan solo como un complejo de -- reacciones fisicoquímicas, hay que verlo también en su vertiente psíquica y moral" (16).

Según Fenichel es "un estado en el cual ha desaparecido el contenido mental del afecto mientras que se mantienen los concomitantes físicos de aquél. (17).

El DSM III la define como "un grupo de trastornos con - síntomas físicos que sugieren una alteración física en los - que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos". (18).

Tenemos que todas las definiciones anteriores concuerdan en que los factores emocionales influyen predominantemente en la etiología de la enfermedad psicosomática.

El proceso de desarrollo de un trastorno psicosomático es inconsciente, pues el paciente no sabe que es lo que le está ocurriendo y aunque son trastornos maladaptativos realizan ciertas funciones como el de obtener una enfermedad fisiológica.

(13) Benjamin B. Wolman, Bases Orgánicas de la conducta, pág. 214.

(14) H. Hoff y Ringel, Probl. Grales. de la Medicina Psicosomática, Pág. 34.

(15) Antoine Porot, Diccionario de Psiquiatría, Tomo II, pág. 981.

(16) Dr. Mariano Díez B. Método Transaccional Gestáltico, Pág. 41.

(17) Benjamin B. Wolman, Bases Orgánicas de la conducta, pág. 213

(18) DSM III, Pág. 253.

ca real o aparente en lugar de una situación intolerante y en vez de volverse neurótica o psicótica la persona enferma físicamente, pues en la mayoría de las culturas es más aceptable una enfermedad física, mientras que se considera a la enfermedad neurótica como una debilidad inaceptable y a la psicosis como una locura. También le dan al paciente -- los privilegios otorgados a una persona enferma, sin el peligro de que se interfiriera con su libertad o se le rebaje su estima de sí misma, obtiene así una ganancia secundaria -- como la relación de una necesaria dependencia inconsciente con una figura paterna. Puede existir también la intensificación de una enfermedad física a causa de un desorden psicósomático, el paciente puede utilizar su enfermedad física como medio para obtener el interés, el afecto y el cuidado que ha estado necesitando de siempre pero que no pudo obtener mientras estuvo sano.

Quando la persona se ve sometida a un estrés y no -- existe una expresión o acción para descargar su energía producirá alteraciones fisiológicas, cuando esto sucede repetidas veces, los cambios viscerales sobrepasan los límites -- normales y el sistema orgánico permanece crónicamente irrevadado, es decir excitado, estableciéndose así un desorden psicósomático. Dentro de estos debemos distinguir las enfermedades psicósomáticas propiamente dichas y las reacciones psicósomáticas, éstas últimas se comprenden como reacciones somáticas agudas a dificultades actuales de orden -- psíquico, mientras que la enfermedad psicósomática es crónica.

A las perturbaciones psicósomáticas suele dividirse -- les en dos grandes grupos: trastornos psicósomáticos funcionales y las enfermedades psicósomáticas.

Los trastornos psicósomáticos funcionales o también -- llamados "neurosis de órganos"; son trastornos funcionales -- de distintos órganos, es decir no presentan lesión ni alteración orgánica, sólo son dolencias orgánicas provocadas por -- un estrés emocional. El estómago o el intestino por ejemplo, están sanos, sin presentar lesión ni alteración orgánica, pero hay hiperacidez gástrica o atonía intestinal; y además aparecen en forma intermitente.

Las enfermedades psicósomáticas en un sentido más estricto, son aquellas en las que hay alteración o lesión de -- los tejidos ocasionada por factores emocionales; aquí vamos a encontrar un conflicto crónico neurótico en la esfera psíquica.

Algunos autores suelen incluir dentro de las perturbaciones psicósomáticas a los trastornos psicógenos y a los -- trastornos somatosfísicos, los primeros son fenómenos psíquicos primarios como son síntomas de conversión, reacciones h

pocondriacas, reacciones a estados psicopatológicos. Y los trastornos somatoquímicos son reacciones psíquicas a enfermedades somáticas.

Existe una gran controversia respecto a si las enfermedades psicósomáticas se les debe considerar como una forma de neurosis; lo que si resulta obvio por la observación de la historia clínica del paciente psicósomático, es que si ven rasgos o comportamientos neuróticos que vienen desde la infancia.

Se ha visto que en la patogenia de las enfermedades -- psicósomáticas se dan ciertas características como un conflicto neurótico infantil, que da origen a los primeros síntomas neuróticos durante la infancia, los cuales poseen ya un matiz somático, ya en el adulto a causa de un factor desencadenante surge la enfermedad psicósomática que se mantiene constantemente en actividad por las emociones neuróticas surgidas de lo inconsciente, las cuales influyen sobre el órgano enfermo a través del sistema vegetativo, así la enfermedad muestra una tendencia a convertirse en crónica.

La escuela Americana rechaza la idea que se incluya a la medicina psicósomática dentro de las neurosis, y en Europa se inclinan a considerar dentro de la medicina psicósomática a los mecanismos neuróticos de conversión.

La especial importancia de la edad infantil en medicina psicósomática se basa en el hecho de que durante los primeros meses y años de la vida existe un enlace extraordinariamente íntimo entre los procesos psíquicos y los somáticos. A este respecto citaremos las siguientes palabras de Spitz: "Durante los primeros meses de la vida no están diferenciados aún entre sí el sistema psíquico y el somático. Aquello que se designa como psique hacia dicha época, se halla tan completamente mezclada con la persona física que -- por mi parte, preferiría designarla más bien con el término de somatopsique". (19). Se considera que las enfermedades psicósomáticas tienen su origen en la temprana infancia cuando se han observado sus primeras manifestaciones en esta etapa del desarrollo.

Ha sido descrita una primera reacción psicósomática -- que aparece inmediatamente después del nacimiento por Margaret Ribble (1937) y la designó como "coma del recién nacido", relacionándolo directamente con una actitud hostil y -

(19) Spitz R. The Psychogenic diseases en "the psychoanalytic study of the child", Vol. VI, London 1951.

de rechazo por parte de la madre. En esta enfermedad, los niños caen en una actitud estuporosa, luego en sueño comatoso, con respiración tipo Cheyne-Stokes; si se les logra sacarles del coma es imprescindible estimularles la boca para que puedan mamar. También el llamado "Cólico de los tres meses" en el que el niño comienza súbitamente a gritar a causa de dolores tipo cólico, se trata de una reacción psicossomática; Spitz, Levine y Bell han podido demostrar que en esta enfermedad se encuentra siempre una madre neuróticamente insegura y angustiada, que trasmite sus alteraciones al niño; la inseguridad que sufre le provoca un fuerte estado de tensión que se manifiesta por gritos intensos, pero al reaccionar la madre ante esta actitud del niño con ansiedad cree -- que el niño grita y llora porque tiene hambre, le hace deglutir más alimento, aumenta así el estado de tensión y desencadena más cólicos (20).

En cuando a las colitis infantiles Spurling nos dice -- que son casi siempre las madres neuróticamente pedantes, -- preocupadas e inseguras con respecto a las funciones anales, las que provocan mediante unos exagerados hábitos de entrenamiento para el aseo, reacciones somáticas emocionales en el intestino del niño, preparando así el terreno para una colitis a través de los trastornos funcionales que así se producen. (21).

Describiremos un modelo psicossomático de la formación de la enfermedad:

- 1.- Conflicto neurótico en la más temprana infancia -- (fase oral y anal).
- 2.- Expresión de las emociones a través del lenguaje -- de los órganos originando el "primer patrón reactivo psicossomático".
- 3.- Constitución predisponente (inferioridad de órganos) = "Salida al encuentro" por parte de los órganos.
- 4.- Desarrollo de un género o estilo de vida predominantemente determinado, el cual hace que un cierto órgano sea, de modo constante, centro de sobrecarga crónica.

(20) H. Hoff y E. Ringel, Problemas generales de la Medicina Psicossomática, Pág. 63.

(21) Idem. Pág. 65



- 5.- Situación traumática desencadenante = resurgimiento del patrón reactivo psicossomático formado durante la temprana infancia = aparición de la enfermedad psicossomática.

A continuación se presentan algunas tablas que ejemplifican algunos trastornos funcionales y enfermedades psicossomáticas tanto de personas adultas (tabla I y II), como de -  
infantes (tabla III).

T A B L A I

TRASTORNOS FUNCIONALES				
Tracto Gastrointestinal	Aparato Circulatorio	Aparato Respiratorio	Sistema Urogenital	Sistema Nervioso
<p>Espasmo a la deglución.</p> <p>Aerofagia.</p> <p>Vómitos funcionales.</p> <p>Estreñimiento crónico psicógeno.</p> <p>Diarrea "nerviosa".</p> <p>Colediscinesias</p> <p>Discinesias</p> <p>Proctalgiá fugaz</p>	<p>Taquicardia funcional</p> <p>Ciertas formas de arritmia.</p> <p>Síncopes vasovasgales.</p> <p>Pseudoangina de pecho.</p>	<p>Alteraciones psicógenas de la frecuencia y de la profundidad respiratorias.</p> <p>Tetania por hiperventilación.</p> <p>Broncoespasmos.</p>	<p>Alteraciones psicógenas de la diuresis (poliuria, oliguria, poliuriquisuria).</p> <p>Alteraciones de la menstruación (amenorrea, dismenorrea, oscilaciones del ciclo).</p> <p>Vaginismo.</p> <p>Impotencia Psicógena</p>	<p>Neurosis vegetativa.</p> <p>Jaqueca.</p> <p>Polidipsia neurótica.</p>

(22) \* H. Hoff y E. Ringel, Problemas generales de la medicina psicósomática, Pág. 54.

T A B L A I I

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS			
Tracto Gastrointestinal	Aparato Circulatorio	Aparato Respiratorio	Sistema Urogenital
Gastritis Úlcus gástrico Úlcus duodenal Úlcus Péptico Colitis mucosa Colitis espástica Colitis ulcerosa ¿Hemorroides?	Hipertensión Hipotonía Esclerosis - coronaria (enfermedad de los je-- fes de em-- presa).	Rinitis vaso- motriz. Bronquitis es- pástica. Asma Bronquial	Anexitis Flujo Vaginal Prostatitis.
Sistema Endocrino	Piel	Aparato Locomotor	Ojos
Hipertiroidismo Anorexia Nervio- sa. Obesidad. Vómitos del em- barazo. ¿Diabetes Mellit- us?	Psoriasis Urticaria Neuroderma- titis. Eczema	Reumatismo Lumbago Espondilartro- sis.	Glaucoma psicoso- mático. Blefaritis.

(23) H. Hoff y E. Ringel, Problemas generales de la medicina Psicosomática Pág. 55.

T A B L A I I I

TRASTORNOS FUNCIONALES INFANTILES	
Ingestión precipitada de alimento. Voracidad neurótica. Dificultad en la ingestión de alimentos. *Niños que escupen la comida*	Retención de heces. Excesivo número de deposiciones. Enuresis. Aerofagia.
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS INFANTILES	
Coma del recién nacido. Cólico de los tres meses. Gastritis. Úlcus gástrico y duodenal Colitis ulcerosa.	Neurodermitis Asma bronquial Anorexia nerviosa Hospitalismo.

(24) H. Hoff y E. Ringel, problemas generales de la medicina Psicosomática, Pág. 70

CAPITULO III

CUADRO CLINICO

## CUADRO CLINICO DE:

- a) TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS.
- b) SINDROME DE COLON IRRITABLE.

## a) CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS:

En los trastornos psicofisiológicos las emociones, particularmente la hostilidad, la angustia, el miedo y la tristeza desempeñan un papel muy importante en su etiología.

El término emoción se utiliza como equivalente de energía mental y se precisa que una emoción es una respuesta -- del organismo total a una situación externa o interna. En toda emoción se reconoce: un afecto, es decir, un estado -- privado o subjetivo experimentado conscientemente; un conjunto complejo de procesos bioquímicos y neuroendócrinos; -- que representan el aspecto fisiológico; y la exteriorización de ese estado subjetivo y fisiológico mediante pautas expresivas como cambios faciales, contracción de la musculatura, rubor, llanto y otros. (22).

Las emociones alteran el estado homeostático del individuo que se manifiesta por una serie de reacciones fisiológicas por ejemplo: aumento en la presión arterial, taquicardia, sudoración, dolor, etc., y si éstas son frecuentes o -- no se descargan el desequilibrio continúa, llegando a alterar algunos órganos y en caso extremo puede haber daño tisular. Los trastornos psicofisiológicos se llevan a cabo por mediación del sistema nervioso autónomo o vegetativo.

A este tipo de trastornos se les denomina en el DSM -- III "TRASTORNOS POR SOMATIZACION"(Clave 300.81), y se caracterizan porque los pacientes presentan un historial clínico en el que sobresalen quejas somáticas recurrentes y múltiples siendo estas de muchos años de duración, han buscado continua ayuda médica pero se encuentran con que aparentemente no son debidas a ninguna alteración física. Este -- trastorno empieza antes de los 30 años y tiene un curso crónico pero fluctuante (23).

(22) Ramón de la Fuente Mufiz, Psicología Médica, Pág. 276.

(23) DSM III, Pág. 253.

Las quejas se presentan frecuentemente de forma dramática, vaga o exagerada, o bien son parte de una historia médica compleja donde predominan los síntomas físicos y además el paciente rara vez se queja de su estado emocional. Por lo general reciben atención médica de varios profesionales - en ocasiones simultáneamente. Es muy frecuente que esté asociado el padecimiento con el estado de ánimo ansioso y deprimido. Según Von Uexkull existen ciertos síntomas concomitantes de los Síndromes funcionales como son: agitación interior, menor concentración, rápido agotamiento, humor depresivo, estados de ansiedad, trastornos del sueño (24).

Los síntomas generalmente empiezan en la década de los 10 a 20 años y rara vez posteriormente. Las alteraciones menstruales pueden ser uno de los síntomas más precoces en las mujeres, y en los preadolescentes y adolescentes pueden presentarse síntomas depresivos, cefaleas, dolores abdominales o una multitud de otros síntomas físicos.

En los trastornos psicofisiológicos la alteración es crónica y fluctuante, casi nunca transcurre más de un año -- sin algún tipo de atención médica, en estos pacientes es frecuente que se les intervenga quirúrgicamente con gran facilidad debido a las visitas constantes al médico y que padezcan trastornos por el abuso de sustancias; pueden experimentar largos períodos de incapacidad y amenazas e intentos suicidas. La vida de estas personas es por lo general caótica y complicada así como su historia médica. Se presenta con más frecuencia este tipo de trastornos en las mujeres que en los hombres.

Los sistemas u órganos comúnmente afectados son el gastrointestinal, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, endocrino, piel, reproductor y sexual.

El DSM III expone los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno por somatización:

- A.- Historia de síntomas físicos de varios años de duración, que empieza antes de los 30 años.
- B.- Queja al menos de 14 síntomas en las mujeres y 12 - en los hombres sobre los 37 síntomas enunciados a continuación.

Enfermizo: el paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos: dificultad para tragar, pérdida de la voz, sordera, visión doble, visión borrosa, ceguera, debilidad o pérdida de conciencia, pérdida de memoria, crisis o convulsiones, dificultad para andar, parálisis o debilidad muscular, retención o dificultad para la micción.

Síntomas gastrointestinales: dolores abdominales, - - náuseas, crisis de vómito, distensión, intolerancia respecto a una gran variedad de alimentos, diarrea.

Síntomas relativos al sistema reproductor femenino: - menstruación dolorosa, irregularidades menstruales, hemorragias excesivas, vómitos graves durante el embarazo que obligan a la hospitalización durante este período. Además la persona considera que sus síntomas son más frecuentes - o más graves que en la mayoría de las mujeres.

Síntomas psicosexuales: indiferencia sexual, falta de placer durante la relación sexual o dolor durante ella.

Dolor: dolor de espalda, de las articulaciones, de -- las extremidades, del área genital (distinto de durante el coito), dolor durante la micción, otros dolores (distintos de las jaquecas).

Síntomas cardiopulmonares: respiración superficial, - palpitaciones, dolores precordiales, mareos.

Para que el médico pueda obtener un diagnóstico más - preciso sobre la enfermedad psicósomática puede realizar - un estudio integral consistiendo en una anamnesis biográfica, entrevista a familiares del paciente, investigación -- psicodiagnóstica y psiquiátrica (incluyendo test psicológicos), estudio fisiológico y de las circunstancias sociales.

Así mismo cuando existe una patogenia psicósomática - además de presentarse reacciones y alteraciones orgánicas - se observarán acontecimientos psicodinámicos y psicopatológicos, y éstas reacciones por lo general ya se presentaban en la infancia.

Diagnóstico diferencial: se deben descartar los trastornos físicos que se presentan con síntomas somáticos, va gos, múltiples y confusos por ejemplo: hipertiroidismo, la porfiria, la esclerosis múltiple y el lupus eritematoso -- sistémico. El comienzo de múltiples síntomas físicos en - la última época de la vida es casi siempre debido a una enfermedad física.



La esquizofrenia con ideas delirantes somáticas múltiples debe ser diferenciada de las quejas no delirantes de los individuos que presentan trastornos por somatización.

El trastorno distímico y el trastorno por ansiedad generalizada no deben diagnosticarse en los individuos que tienen trastornos por somatización puesto que síntomas depresivos y ansiosos ligeros son muy frecuentes en este tipo de alteración. Por otro lado, una depresión mayor superpuesta debe diagnosticarse si existe un síndrome afectivo persistente y completo que pueda distinguirse claramente entre los trastornos que presenta el individuo.

En el trastorno por crisis de angustia existen también síntomas cardiopulmonares, pero éstos se presentan sólo en el contexto de angustia. Sin embargo, las crisis de angustia pueden coexistir con un trastorno por somatización en cuyo caso deben efectuarse ambos diagnósticos.

En el trastorno por conversión aparece uno o más síntomas de conversión en ausencia del cuadro clínico completo del trastorno por somatización. La principal diferencia entre la histeria de conversión y los trastornos por somatización consiste en que en la primera no supone ninguna alteración orgánica y se da por mediación del Sistema Nervioso Voluntario a diferencia de la enfermedad psicósomática en que el intermediario entre la psique y el soma es el Sistema Nervioso Autónomo, teniendo lugar primero bajo su influencia una alteración funcional del órgano y posteriormente una lesión orgánica. Por lo tanto las lesiones en las enfermedades psicósomáticas son irreversibles.

Cabe agregar que un síntoma histérico puede hacerse alteración orgánica, así por ejemplo, una parálisis de conversión puede originar por atrofia debido a la inactividad una lesión, pero esto ya sería manifestación secundaria de la parálisis de conversión.

## b) CUADRO CLINICO DEL SINDROME COLON IRRITABLE:

Se define el síndrome de colon irritable como un padecimiento funcional, sin defecto estructural alguno, el cual se presenta en forma crónica o recurrente y en el que se exagera o deforma la actividad normal del intestino grueso, lo que produce diarrea, estreñimiento o dolor abdominal (25). En la mayoría de los casos este trastorno fisiológico aparece como una respuesta a ciertos estados emocionales como angustia, depresión, resentimiento, etc.

Se utilizan como sinónimos menos aceptables de esta enfermedad los siguientes: colon espástico, colitis espástica, colitis mucosa, coloneurosis, trastorno funcional del colon, disinergia colónica y colitis nerviosa.

Está considerada como la alteración gastrointestinal más común en países desarrollados y que explica del 30% a 50% de todos los trastornos digestivos que se ven en la clínica o en la práctica privada. Esta alteración es menos frecuente en el negro puro en su ambiente natural y más prevalente en judíos y las razas del sur europeo, que han sido expuestas a los efectos de la civilización durante muchos siglos; se puede presentar a cualquier edad, aunque es más frecuente en la adolescencia tardía o en la juventud temprana; hay una mayor incidencia en las mujeres siendo la relación con el hombre de 2 a 1 ó de 3 a 1. (26) En la práctica médica se ha encontrado que este síndrome es responsable, más que cualquier otra cosa de que se extraigan apéndices sanos.

**Fisiopatología:** En estos pacientes existe una exaltación de la irritabilidad del mecanismo neuromuscular del intestino que se traduce en hipertonía con espasmos intermitentes o hiperperistaltismo o ambos. En sujetos normales en reposo apenas es posible descubrir ligera actividad del colon, pero en pacientes con colon irritable, dicha actividad es casi continua y acompañada de gran número de ondas sumamente complejas.

**Sintomatología:** Los síntomas clásicos del síndrome de colon irritable son estreñimiento, diarrea y dolor abdominal.

El estreñimiento o constipación es la eliminación poco frecuente de evacuaciones duras, en extremo pequeñas y secas. Los pacientes que padecen de estreñimiento generalmente defecan una o dos veces a la semana. A veces se presenta aumento de moco en las heces.

(25) Mervin H. Sleisenger, Tratado de Gastroenterología, Pág. 1156.

(26) Dr. Thomas P. Almy, Gastroenterología, Pág. 567.

La diarrea consiste en la emisión diaria de una o más evacuaciones sueltas y de pequeño volúmen; pueden ser blandas o líquidas, con o sin moco, pero nunca llevan sangre. - Una de las características de estos pacientes con colon - irritable es que la diarrea cede durante la noche.

El dolor abdominal se presenta en forma difusa y con una intensidad que va desde ligeros calambres hasta un dolor agudo de tipo cólico; con una duración que va desde algunos minutos hasta varias horas. Casi siempre disminuye o desaparece el dolor al expulsar gas, defecar o después de la administración de un enema.

En base a estos síntomas se describirán tres cuadros clínicos característicos:

a) Estreñimiento espástico: El síntoma principal en este cuadro es el dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo; suele haber estreñimiento con la característica de evacuaciones pequeñas; por lo general hay distensión, -- eliminación de gases y dispepsia concomitantes.

b) Diarrea indolora.

c) Diarrea alternada con constipación, con duración - muy variable de cada fase.

También pueden presentarse síntomas secundarios como: palpitaciones, acortamiento de la respiración, molestia precordial, fatiga con el ejercicio leve, sudación, bochorno, cefalea, hiperventilación, adinamia, anorexia, náuseas, dolores musculares, insomnio, nerviosismo, vértigo, - parestesia, prurito anal y vulvar, dismenorrea, poliuria, - que indica la alteración amplia del sistema neurovegetativo.

Existen algunas variantes del síndrome de colon irritable como es el estreñimiento de diez o doce días de duración o el dolor abdominal muy intenso. El llamado "síndrome del ángulo esplénico" caracterizado por acumulación de gases en el intestino con dolor en la parte inferior del tórax o el hombro izquierdo, se considera una variante del -- síndrome de Colon Irritable.

Diagnóstico: Se sospecha de la presencia de colon - irritable cuando el paciente presenta diarrea o constipación crónica acompañado de dolor a cualquier edad, pero - principalmente en gente joven, sujeta a tensión emotiva, -- además es un diagnóstico de exclusión, pues los exámenes de laboratorio, la endoscopia y las radiografías son normales; existiendo intolerancia a la lactosa. También se practican

exámenes de tiroides para descartar cualquier alteración de ésta.

Por exploración física se detectan tres características:

- 1.- El paciente no puede localizar con precisión el dolor abdominal.
- 2.- Se aprecia una sensibilidad anormal del colon; a menudo se palpa el ciego con una masa dura, repleta de gas; el colon descendente se percibe por palpación duro y lleno de heces o duro contraído, tubular y sensible.
- 3.- Con frecuencia la sensibilidad anormal del abdomen desaparece al ejercer presión persistente en contraste con el aumento de dolor consecutivo a la presión ininterrumpida en pacientes con enfermedades orgánicas del colon.

Diagnóstico diferencial: La diferencia entre los síntomas de conversión histérica y los trastornos psicofisiológicos radica en que la historia de conversión es simbólica e implica la representación espectacular de los conflictos emocionales específicos por medio de síntomas sensoriales y de la musculatura voluntaria; así una vez que ha sido desarrollado el síntoma, la angustia desaparece de la conciencia caracterizándose el estado emocional subsiguiente por una aparente calma, serenidad e incluso felicidad. Este estado de placidez fue denominado por el clínico francés Charcot como "La Belle indifference".

Por otra parte el mecanismo histérico no ejerce influencia sobre el músculo liso ni sobre la función de los órganos internos, solo cuando la musculatura es mixta o es triada por el contrario los trastornos psicofisiológicos suelen desorganizar la fisiología del músculo liso y se acompañan a menudo de gran tensión emocional.

Entre otros cuadros de confusión diagnóstica de colon irritable se encuentran la colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, carcinoma y enfermedad diverticular; las enfermedades por agentes microbianos: shigelosis, salmonelosis, amebiasis, giardiasis, estrangiloidiasis, esquistomiasis, deficiencia intestinal de lactosa; otras causas de dolor abdominal como oclusión intestinal, enfermedad de vesícula, hernia del hiato, angina de pecho, angina abdominal, porfiria y crisis tabéticas y pseudotabéticas; estreñimiento usual, impactación fecal, megacolon, hipotiroidismo, hiper

paratiroidismo, esclerodermia y drogas o medicamentos prescritos para estreñimiento; otras causas de diarrea como: - esteatorrea, resección intestinal, enfermedad de Addison, - enfermedad de Graves, síndrome carcinoide metastásico, y - efectos indeseables de la reserpina u otras drogas.

Pronóstico: El índice de mortalidad es nula en los pacientes con síndrome de colon irritable, pero dispone de - diverticulosis en años posteriores.

CAPITULO IV

ETIOLOGIA

## ETIOLOGIA DE:

A) TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS.

B) SINDROME DE COLON IRRITABLE.

## A) ETIOLOGIA DE TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS.

Uno de los puntos más discutidos en lo que respecta a medicina psicosomática se refiere a la etiología de los padecimientos psicosomáticos.

En dicha etiología se destacan los factores psicológicos, fisiológicos y ambientales que pretenden dar una explicación de las causas de los trastornos psicofisiológicos.

En base a esto los estudiosos de la medicina psicosomática han desarrollado teorías que describen el proceso de formación del padecimiento, de las cuales presentaremos las más sobresalientes.

## Teoría de la Conversión:

Es considerada como una extensión de la teoría psicoanalítica de la histeria según la teoría del instinto de Freud, cada emoción representa una descarga limitada de la carga de energía instintiva, si la descarga no es posible, parte de esta energía se reconvierte en la fantasía o en el pensamiento; si esta substitución no es suficiente o no resuelve el conflicto, la energía instintiva será reprimida desde la mente consciente y permanecerá en un estado de tensión o intentará hallar otros canales de descarga distintos y si esto tampoco es posible se produce un síntoma de conversión histérica.

Fueron Ferenczi (1926) y Garma (1950) los primeros teóricos que a partir del modelo de Freud han pretendido explicar el disfuncionamiento vegetativo; recurrieron al simbolismo observado entre los trastornos neuróticos de conversión, para dar a conocer síntomas psicosomáticos a los que denominaron "organoneurosis". Para ellos estos síntomas o manifestaciones orgánicas de los trastornos psicosomáticos al igual que en los síntomas histéricos se entendían como la exteriorización simbólica de un conjunto psíquico que la conciencia ha rechazado y reprimido; sin embargo Garma dió un paso más y postuló que "la regresión.. podía darse, no solo en la esfera de los fenómenos psíquicos sino también a nivel de los fenómenos fisiológicos. Por ejemplo, por medio de un mecanismo mental como puede -

ser la introyección, la ansiedad sobre una madre agresiva-internalizada a través de las fantasmas regresivas en la esfera psíquica, puede hallar su expresión simbólica a nivel de la funcionalidad gastro-intestinal". (27).

A esta teoría de conversión simbólica se le ha encontrado algunas objeciones como es el hecho de que el síntoma histérico aparece casi siempre en órganos en los que se ejerce un control consciente, en cambio los síntomas psicósomáticos que aparecen en órganos viscerales no se hallan conectados con los procesos corticales superiores y no se prestan a la expresión de ideas simbólicas.

#### Teoría de la especificidad de la Personalidad.

Esta teoría afirma que ciertas personalidades muestran una tendencia específica hacia determinadas enfermedades psicosomáticas.

A partir de exhaustivos estudios sobre enfermedades psicosomáticas Flanders Dunbar (1910-1945), llegó a la conclusión de que existía una correspondencia directa entre los tipos de personalidad y síntomas psicofisiológicos específicos, llegando así a establecer perfiles de personalidad en los cuales se describe el perfil psicológico de un individuo y el tipo específico de enfermedad a la cual es propenso. El perfil psicológico se refiere a modo de sentir, pensar y actuar característico de una persona y fue determinado por el estudio biográfico y estructural tomando en cuenta factores constitucionales y experienciales. En dicho perfil de personalidad describe por ejemplo el tipo de personalidad de los pacientes con esclerosis coronaria, la personalidad del ulceroso, del asmático, etc.

Dunbar creía además que "el exceso de energía psíquica que no podía descargarse a su nivel necesitaba de una inhibición constante y era precisamente esta hiperactividad de las conducciones nerviosas y hormonales, conectadas con las pautas reflejas de agresión y huida las que originaban las enfermedades psicosomáticas específicas" (28).

Algo semejante a la Teoría de Dunbar ha sido descrito por Friedman y Rosenman al describir la personalidad tipo "A", la cual es una persona inquieta y agresiva que le gusta competir y que tiene una intensa sensación de urgencia-

(27) B. Wolman, Manual de Psicología General. Pág. 217

(28) Idem. Pág. 217.



en cuanto a tener cosas hechas puesto que el tiempo es vivido por ella como algo que se escapa. Y consideraron que -- las personas tipo "A" son propensas a la oclusión coronaria y que poseen niveles elevados de triglicéridos y colestero<sup>l</sup> en plasma, también encontraron que presentaban una -- respuesta hiperinsulinémica a la sobrecarga de glucosa y en su orina se hallaron niveles elevados de noradrenalina.

Análogamente Bahnson y Bahnson señaló un tipo de personalidad con propensión al cáncer, la cual tiende a reprimir y negar el stress emocional.

Se le ha considerado a esta teoría poco satisfactoria ya que se trata de un método descriptivo que intenta establecer una correlación estática; además se ha visto que no existe una total correspondencia entre tipos específicos de personalidad y trastornos psicofisiológicos específicos. Por otra parte el concepto de personalidad es muy complejo y puede ser abordado desde múltiples vertientes.

Teoría de la enfermedad Psicosomática como respuesta a un conflicto:

Esta teoría tiene como máximo exponente a Franz Alexander, al cual se le ha considerado uno de los pilares más fuertes de la medicina psicosomática.

Propuso que cada trastorno psicosomático podía ser el reflejo de un tipo específico de conflicto inconsciente, el cual no aparecía solamente en un tipo de personalidad sino en muchos tipos distintos. Consideraba que si se observaba alguna relación entre el tipo de personalidad y el trastorno psicosomático se debía a un tercer factor que mediaba entre ellos, éste es el estilo de vida del individuo.

Para Alexander la relación existente entre el órgano y las dificultades psicológicas específicas no reflejaban ni un proceso simbólico de conversión ni un estilo de personalidad sino más bien la presencia de un conflicto emocional específico y decía que "a cada estado emocional corresponde un síndrome específico de cambios fisiológicos del mismo modo que si tenemos tristeza lloramos y si nos sentimos alegres reímos, nuestros órganos y sistemas responden también en forma específica a nuestras emociones." (29). El decía que los órganos son específicamente estimulados por distintos estados emocionales y da importancia a la relación existente entre una emoción y la función de un órgano.

### Teoría de la Debilidad Somática:

Al exponer la teoría de la relación específica entre emociones y síntomas psicósomáticos, Alexander reconoció la existencia de circunstancias en las que unos factores puramente somáticos podían desarrollar una enfermedad física.

Admitió también la posibilidad de que los factores -- emocionales que se encontraban típicamente en una persona con algún trastorno específico como por ejemplo: el síndrome de colon irritable aparecían en otras personas que no presentaban el trastorno. Ante esto sugirió la existencia de factores somáticos locales o generales que hasta entonces no se habían definido, pero solo al aunarse los factores emocionales con dichos factores somáticos se explica la formación de la enfermedad.

De aquí surge la idea de que ciertos órganos o sistemas pueden ser particularmente vulnerables a trastornar su funcionamiento en ciertos individuos. Alexander consideraba que la aparición de un conflicto emocional que modificaba la actividad normal de un órgano específico, requería de cierta vulnerabilidad en la persona para el desarrollo de un síntoma psicósomático.

Una variante de esta Teoría la propuso Wolff (1950); él consideraba que cada individuo reacciona a la tensión generalizada con una respuesta somática característica de acuerdo a su carga hereditaria. De esta forma una persona reacciona ante la tensión de forma análoga a la reacción de su familia pero distinto a la forma de reacción de otras familias. Wolff determina tres aspectos centrales en su teoría: 1) Una persona puede reaccionar de la misma forma a distintas clases de tensión. 2) El tipo de reacción a la tensión de un individuo, es la reacción típica característica de su familia. 3) En personas distintas cuando la tensión les produce cambios físicos similares reaccionan emocionalmente en forma similar.

Fue Adler el primer discípulo de Freud quien por primera vez habló sobre el papel de "las inferioridades orgánicas" en las enfermedades psicológicas; pero Adler no se ocupó concretamente de las dolencias psicósomáticas sino del concepto de debilidad corporal.

### Teoría de la regresión:

Michalls (1944) fué el primero en proponer que los --- síntomas psicósomáticos se desarrollan porque la víctima -- retrocede a un modo de conducta y a una actividad corporal- típica de períodos anteriores de la vida.

Posteriormente, esta teoría tuvo sus seguidores; Morgo lin (1953) apoya elocuentemente el criterio de que las en- fermedades psicofisiológicas deben entenderse mejor como re- gresiones a formas infantiles de actividad fisiológica. -- Considera el síntoma psicósomático como consecuencia de la- persistencia de una respuesta de enfrentamiento que general- mente es fisiológicamente inmadura, aunque adecuada para la infancia, resulta inapropiada para hacer frente a situacio- nes conflictivas en un adulto.

Alexander por su parte recurrió al concepto de "regre- sión" afirmando que los pacientes psicósomáticos experimen- taron conflictos traumáticos en la infancia quedando "fija- dos" y que persisten y son reactivados en el presente. Con ésto Alexander dió a entender que cuando en la edad adulta- se reactivan estos "fijados" conflictos inconscientes se po- nen en movimiento las "inmaduras" defensas psicológicas del paciente y además activa la misma reacción fisiológica que- se produjo al presentarse el conflicto por primera vez en - la infancia.

Szasz (1952), hablaba de regresión, pero desde otro -- punto de vista; consideraba que los problemas psicósomáti- cos eran producto de una inervación regresiva; señaló que - el sistema parasimpático es fisiológicamente anterior al -- simpático, por lo tanto al presentarse una hiperactividad - en una parte del intestino nervioso, significa una regre- sión o retroceso que busca la adaptación al conflicto. De- acuerdo con esta posición considera de Síndromes que se en- cuentran en la medicina clínica como casos de excitación -- crónica del sistema parasimpático.

Grinker piensa que en ocasiones como ocurre en estados de gran pánico el adulto puede usar regresivamente patrones infantiles los cuales son reacciones estereotipadas en que- participan todos los órganos y sistemas, como ejemplo de és- tas son cambios circulatorios periféricos, llanto, vómito, - movimientos musculares desordenados, tartamudez y posturas- infantiles.

### Efectos psicossomáticos como función del aprendizaje:

Miller (1969) resumió una serie de estudios en los -- que demuestra que una diversidad de relaciones viscerales pueden aprenderse directamente. Un requisito esencial es que la respuesta tenga lugar y sea reforzada en una situación de aprendizaje instrumental o de condicionamiento operante. Otros estudios de Miller se refieren al aprendizaje específico de respuestas viscerales implícitas en síntomas psicossomáticos, tales como fluctuación de la velocidad cardíaca, contracciones intestinales y actividad renal. Estas respuestas se han considerado como condicionables -- únicamente mediante el paradigma Pavloviano Clásico, en el que un estímulo incondicionado capaz de producir la respuesta, la provoca inicialmente; a continuación la respuesta se fija a un nuevo estímulo presentado en asociación -- temporal estrecha con el estímulo original y es así, en -- cierto modo aprendido.

Consideran que los síntomas psicossomáticos se desarrollan a partir de un estado afectivo que actúa como estímulo no condicionado para una reacción fisiológica. También Miller dice que los síntomas psicossomáticos pueden producirse cuando una respuesta fisiológica que tiene lugar espontáneamente es seguida por uno cualquiera de una diversidad de refuerzos, sugiriendo que las recompensas descritas a menudo como ganancias secundarias proporcionan esta clase de refuerzos. Este punto de vista sugiere posibilidades para el tratamiento de los síntomas psicossomáticos, -- por ejemplo mediante el empleo de técnicas de modificación de conducta.

Según Ruesch los pacientes psicossomáticos son personas inmaduras con problemas de comunicación que no han -- aprendido a transmitir sus pensamientos y sentimientos verbalmente utilizando en ocasiones y debido al stress, primitivas formas corporales de comunicación lo que los lleva a utilizar un simbolismo psicossomático como un medio de comunicar a los demás sus conflictos y necesidades psicológicas.

Grinker afirma que tanto el desarrollo fisiológico como el psicológico ocurren simultáneamente. Habla acerca -- de que la actividad visceral está sujeta a un proceso de aprendizaje el cual dependerá en parte de condiciones congénitas hereditarias las que se ven influidas por factores que operan desde la gestación, así como la influencia de -- la madre durante los primeros años de vida.

Pérdida de objeto y enfermedad somática.

Para la escuela de Rochester la cual está representa-

da por Engel, Schmale y Greene el factor precipitante de - la enfermedad psicósomática es la pérdida de objeto. En - esta teoría se describe el sentimiento de "renuncia" que - resulta de una situación que implica una pérdida de objeto real o temida y también otras fases de tensión psíquica -- abrumadora. Ante esta pérdida de objeto puede presentarse una personalidad inapetente y desesperada.

Estos estados presentan concomitantes fisiológicas, - las cuales no han sido comprendidas totalmente; incluyen: - reducción de actividad motora general, postura decaída y - desinterés general por parte de la persona, acerca de lo - que ocurre a su alrededor. Las actividades motora y secre - toria del intestino se reducen y la mucosa del estómago y - del colon se pone pálida y podrá producirse pérdida de pe - so.

Para Engel el estado de renuncia es patogenio, ya que considera que una pérdida grave puede producir hundimiento y decadencia física, susceptibles a terminar en la muerte. También concibe el efecto de la falta de esperanza como -- anulador de la capacidad natural de resistir a las enferme - dades, dejando así a la persona vulnerable a una diversi - dad de tensiones algunas de ellas ya presentes y otras a - las que se enfrentará en estado de susceptibilidad.

#### La teoría cerebral de la emoción:

En 1649 Descartes había expresado en el "tratado de - las pasiones" la idea de que una pequeña porción, impar y - mediana del cerebro, la epífisis o glándula pineal, consti - tuya el principal asiento de la relación psicofisiológica - porque a ese nivel del "alma" (conservando su terminolo - gía), entraba en relación con "los espíritus animales, de - quienes recibía información y a los cuales transmitía órde - nes" (30).

Cannon sostenía que la emoción resulta de la interac - ción de la corteza y el tálamo y comprobó experimentalmen - te el síndrome neurovegetativo de la emoción que traduce - una excitación duradera del simpático y una hipersecreción de adrenalina y concluyó que los centros de la expresión - emocional radicaban en el tálamo.

Y agregaba "La emoción es a la vez una manifestación - exterior, un comportamiento, una expresión y una experien - cia interior, una manera de ser afectado, una afección. -

"De la experimentación han llegado a afirmar que "la emoción es un fenómeno cerebral, no solo en cuanto expresión, sino en cuanto afección" (31).

Situado en la unión de los sistemas nervioso de la vida vegetativa y la vida de relación, en estrecha conexión con la hipófisis y, por ella, con todo el sistema endócrino el diencéfalo tiene un papel esencial en la regulación de las funciones psíquicas y sobre todo en la función afectiva.

En la URSS se le conoce a la medicina psicosomática como medicina corticovisceral y fue el método reflexológico de Pavlov el que dió pautas tanto para la inducción del stress como para la medida de las emociones como correlatos del stress físico. El principal interés de la investigación corticovisceral reside principalmente en cómo se producen los disfuncionamientos psicofisiológicos y no en el por qué o en el quién. De este modo se exploran los mecanismos neurofisiológicos y endocrinos.

#### ASPECTOS PSICODINAMICOS.

Sabido es que el paciente psicosomático reacciona al stress con cambios vegetativos y autónomos primitivos a nivel fisiológico y que así como un paciente puede utilizar un tejido para canalizar dicho stress otro paciente podrá utilizar otro órgano o sistema particular. Respecto a este gran número de investigadores concuerdan en la idea de que la fuente más estimulante en el parasimpático en los pacientes con colitis es la tensión emocional y se encontrarán ciertos rasgos de personalidad que favorecerán en el desarrollo de dicha tensión como son: carácter sensible, conciencia y dependiente de las opiniones de los demás; a menudo presentan ansiedad cuando experimentan cualquier amenaza a su ego, y muy especialmente en situaciones en las que consideran que sus actos pueden ser sujetos a críticas; es frecuente que experimenten sentimientos de culpa y fácilmente pueden desarrollar grados extremos de resentimiento.

En conclusión la ansiedad, culpa y el resentimiento son rasgos que caracterizan al paciente con colitis, éstos pacientes suelen ser rígidos, obsesivos en su manera de pensar y con tendencia a preocuparse constantemente por sus problemas. En el plano familiar del paciente con colitis podemos encontrar madres frustradoras, sometedoras, obsesivas y padres ausentes de carácter débil y de sometimiento a su mujer.

En el Síndrome de Colon Irritable existen dos conductas intestinales opuestas pero con raíces psicológicas semejantes: la tendencia a la diarrea y el estreñimiento o retención del excremento. Los estudiosos en la materia afirman que "la diarrea es específicamente un síntoma de respuesta a la angustia, en cambio los retentivos manejan mucho mejor sus síntomas y tratan de ocultarlo pese a la intensidad con que retienen en algunos casos" (31). En este caso se trata exclusivamente de la participación de un segmento corporal en la respuesta del individuo frente a la agresión.

Un gran número de psicólogos afirman que "Los desórdenes psicósomáticos constituyen regresiones profundas a una fase del desarrollo del ego casi indiferenciada. Tal acuerdo tiene como base el carácter fisiológico primitivo de la reacción psicósomática (32). Pero dicha regresión no será igual a un regreso a la infancia ya que el paciente a pesar de dicha regresión fisiológica sigue conservando su sistema de ego sumamente organizado, un superego con su ideal de ego, sistemas defensivos inmensamente complejos y una riqueza enorme de pensamiento de procesos secundarios.

Brinker afirma que el paciente "maneja una tensión y una ansiedad excesivas de modos primitivos que perturban y dañan las estructuras viscerales, se cree que la forma exacta de estos modos primitivos que se diferencian según el adulto, estuvo determinada por las experiencias tenidas por las personas en sus dos primeros años de vida" (33).

Por otra parte Schur une la incapacidad que poseen los pacientes psicósomáticos para encontrar salida adecuada a sus tensiones con su regresión a procesos primarios, que dicho paciente no puede reconocer y que no podía expresar adecuadamente incluso aunque los reconociera. Este autor utiliza los conceptos de somatización, desomatización y re-somatización para describir lo que ocurre en la regresión psicósomática expresándose así "Cuando pasa el infante normal a ser niño normal, desomatiza gran parte de sus experiencias y conductas. Se diferencia de las anteriores experiencias y expresiones globales y busca patrones más maduros que incluyen la simbolización de procesos secundarios, la coordinación motora, el pensamiento y la comunicación. Progresivamente se van neutralizando las energías lívidinosas y agresivas y se las sujeta al control del ego para emplearlas en el proceso secundario. Las fantasías y los sue-

(31) Mario Rebollo, Gastroenterología, Pág. 377.

(32) Norman Cameron, Desarrollo y Psicopatología de la personalidad, Pág. 683.

(33) Idem, Pág. 685.

nos primitivos de la primera niñez se van viendo desplazados gradualmente en las organizaciones pre-conscientes y conscientes por un pensamiento lógico y por expresiones emocionales controladas y diferenciadas, se puede llamar a tal proceso "desomatización progresiva". Cuando cae en la regresión, el paciente psicósomático invierte en parte el proceso. Se des hace parcialmente el trabajo de desomatización que permite pasar de modo normal de la fase de tormentas emocionales al establecimiento de un pensamiento de proceso secundario y a una diferenciación emocional. El paciente vuelve a expresar sus estreses, frustraciones, su sexualidad, sus necesidades dependientes o su rabia de modo directo, mediante la hiperactividad autónoma y visceral. Estamos ante una resomatización de la expresión emocional que de persistir, provocará en los tejidos daños crecientes e irreversibles" (34).

#### Teoría de la Inespecificidad.

La teoría de la inespecificidad sostiene que todas -- las causas de estrés psicogénico ya sean conflictos intrapsíquico (como la represión de hostilidades infantiles) o -- acontecimientos externos reales producen reacciones fisiológicas difusas y si estas reacciones se prolongan o repiten con frecuencia podrá aparecer una o varias dolencias psicósomáticas, las cuales no podrán ser previstas en relación a -- las causas psicológicas desencadenantes ya que estímulos -- psicológicos diferentes pueden producir la misma respuesta -- vegetativa.

H. Wolff y H. Selye principales adherentes a este punto de vista afirman que "las enfermedades psicósomáticas son esencialmente enfermedades de adaptación causadas por situaciones de apremio". (35). La selección de órganos es explicada ya sea por factores constitucionales o bien por vulnerabilidad selectiva según Grinker o bien por vulnerabilidad específica según Ruesch, en la cual predominan factores de condicionamiento socio-cultural.

Han observado un gran incremento en los últimos años en los padecimientos psicósomáticos, lo que han intentado -- atribuir la responsabilidad a las condiciones de vida civilizada a la que se ve hoy sometida la humanidad. Así mismo -- han notado que ciertas formas de neurosis sobre todo las obsesivas e histeria, han disminuído, mientras otras aumentan, y entre ellas las enfermedades psicósomáticas. Este cambio de sintomatología neurótica llama la atención de que desde -- el punto de vista de la patogenia, se haya en retroceso aquellas formas en las que la neurotización se verifica predomi-

(34) Norman Cameron, Desarrollo y Psicopatología, Pág. 686.

(35) Ramón de la Fuente Muñiz, Psicología médica, Pág. 292.



nantemente a través del padre, mientras que van en aumento -- aquellas otras que se remontan a las primeras etapas de la vi da en las que la madre desempeña un papel decisivo.

CAPITULO V  
TRATAMIENTO

## TRATAMIENTO.

a) SINTOMATICO.

b) PSICOTERAPEUTICO.

a) TRATAMIENTO SINTOMATICO:

El tratamiento sintomático del síndrome de Colon Irritable a diferencia de otros tratamientos, necesita por parte del médico especialista gastroenterólogo, de una relación en donde predomine la confianza ya que será necesario aclararle al paciente que su enfermedad no es puramente orgánica sino que se trata de un padecimiento funcional. De esta forma mediante la colaboración del paciente, el médico podrá realizar un análisis de las posibles causas del Síndrome de Colon Irritable logrando así el tratamiento adecuado para el paciente.

No existe un tratamiento específico para el paciente que padece este síndrome, sino que se prescribirá de acuerdo a la sintomatología que presente.

La dieta es el factor más fácil de controlar y será de gran ayuda para aminorar los síntomas, por lo tanto es necesario enseñar al paciente como debe controlar sus síntomas por medio de la dieta.

En los pacientes que sufren de constipación la dieta inicial tiene por objeto disminuir la distensión del músculo liso del intestino por lo tanto se requiere de una dieta pobre en alimentos fibrosos. "Además el paciente debe comer tres platos diarios de frutas cocidas y tres de verduras cocidas, alternando su proporción de acuerdo con sus gustos siempre que consuma la cantidad total. Es también útil que tome en la mañana al lavarse un vaso de agua caliente con jugo de naranja a partes iguales y que ingiera después durante el día 11 vasos más de agua, tres o cuatro de los cuales deben ser calientes, debiendo anotar el número de vasos que toma." (36). Es necesario que el paciente siga este régimen con el mayor cuidado cuando menos durante tres meses. Es también importante recomendar la práctica de ejercicios diarios, sobre todo si se trata de pacientes sedentarios.

"Si los síntomas persisten será necesario aplicar un enema compuesto de 250 a 500 ml. de agua y una cucharada de sal o bien un supositorio de glicerina. Los mejores medicamentos son los espasmolíticos y los sedantes. Entre los primeros están los clásicos: tintura de belladona (10 a 15 gotas

3 a 4 veces al día) y sulfato de atropina (0,1 a 0,5 mg. 3 a 4 veces por día oral, ó 1 mg. subcutáneo) y los modernos los anticolinérgicos (Banthine, prantal, Antrenyl, Pamine, Pathilon, etc., y los derivados sintéticos de la atropina- (Trasentina, Syntropan). Entre los sedantes se recomienda el Fenobarbital (0,015 a 0.03 g.), el Seconal (0,09 g), el Doridan (0,5 a 1 gr). También se han usado los nuevos - - tranquilizantes: Atarax, Militown, Trilafón, etc." (37).

En el tratamiento de la diarrea se deberá prescribir una dieta pobre en frutas y verduras eligiendo un régimen entre los cereales, huevos, carne, quesos y alimentos proteicos en general. "Además del régimen dietético proceda a prescribir a estos enfermos Clorhidrato de Difenoxilato, en dosis de 2.5 a 5 mg. 4 veces al día, o si esta droga no resulta eficaz, 15 mg. de Codefina 3 ó 4 veces al día. Muchos pacientes advierten que la ingestión de estas drogas en la mañana al levantarse evita la diarrea durante todo el día." (38).

En ocasiones el paciente que sufre de Colon Irritable, se presenta a consulta con el médico Gastroenterólogo en estado de angustia por lo que es aceptable que se prescriban los tranquilizantes ya antes mencionados; e incluso ve si el paciente confia sus conflictos al médico, éste -- tratará de motivarlo para que si es posible mejore el ambiente agresor en el que se encuentra y cambie también sus actitudes hacia él mismo.

En algunos casos se ha visto que esta forma terapéutica de apoyo administrada por el Médico Gastroenterólogo, - es suficiente para que el paciente supere los síntomas de Colon Irritable pero existen casos más severos en donde -- hay necesidad de canalizar al paciente a un médico Psiquiatra o a un Psicólogo para un tratamiento más profundo.

#### b) TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.

Existe una gran variedad de Psicoterapias para el mejoramiento del Colon Irritable por lo cual veremos a continuación varios tipos de ellas.

Según el Dr. Mariano Diez Benavides "Una de las grandes metas que se plantea la Medicina Psicósomática es inducir al paciente a un cambio en su actitud hacia el medio ambiente lo que le ayudará a alcanzar la salud en forma --

(37) Dr. Howard M. Spiro, Gastroenterología Clínica Pág. 233.

(38) Dr. Howard M. Spiro, Gastroenterología Clínica Pág. 574

más rápida e integral. Es por esto que su objetivo consiste en curar el síntoma reconocido utilizando el método de la liberación de su ser con el fin de que el individuo se sienta libre para elegir y crear nuevas opciones.

En pocas palabras este tratamiento le reduce al paciente que sufre de Colon Irritable el costo de su tratamiento y su duración, asegurando un cambio de actitud lo que le ayudará a superar más rápidamente sus síntomas; algo de gran importancia es que enfrenta al paciente al hecho de que es responsable de lo que le ocurra en el futuro sin importar el pasado permitiéndole establecer el dominio de sí mismo.

El Dr. Solomón recomienda antes de dar un diagnóstico, "hacer un estudio minucioso al paciente que sufra de Colon Irritable ya que sus trastornos pueden ser de etiologías diversas tales como factores constitucionales, genéticos, físicos, ambientales o emocionales.

Así mismo recomienda hacer una historia clínica, psiquiátrica y social completa, incluyendo los antecedentes de ocupación, culturales, domésticos, estado económico, enfermedades orgánicas así como la evaluación psicológica que deberá incluir la formulación de un diagnóstico psiquiátrico, la identificación de conflictos subyacentes y un cálculo de la madurez y fuerza emocionales, ya que la ansiedad y la depresión se hallan entre las causas desencadenantes más frecuentes de malestar somático". (39).

Ahora bien, sabido es que ninguna enfermedad auténticamente psicósomática se cura tratando de modo exclusivo el aspecto corporal aunque desde luego será posible curar determinados síntomas, los cuales al no resolverse la actitud psíquica errónea correrán el riesgo de volver a presentarse.

Claro está que tampoco se puede aliviar por medio de tratamiento exclusivamente psicoterapéutico sino que es necesario la combinación de psicoterapia y de somatoterapia lo cual forma parte del tratamiento eficaz.

La atención terapéutica del paciente con Colon Irritable deberá entonces dirigirse en primer lugar a remediar la sintomatología somática asociada al trastorno mediante un tratamiento adecuado pudiendo llegar a procedimientos quirúrgicos; una vez controlada la enfermedad física el terapeuta tratará de disminuir el stress del paciente así como sus hábitos y actitudes perjudiciales.

(39) Dr. Solomón, Manual de Psiquiatría, Pág. 148.

Se puede observar en el paciente con Colon Irritable y en pacientes con alguna enfermedad psicósomática en general, que existe resistencia contra la psicoterapia ya que le es cómodo aceptar como etiología de su enfermedad causas exteriores tales como inflamaciones, variaciones de temperatura, etc. Pero no reconoce como causas a las emociones patógenas ya que se siente en cierto modo auto-responsable de su enfermedad y se revela en contra de ello mientras que las -- primeras causas citadas sobrevienen como una fatalidad desde el exterior. Incluso cuando el paciente ha aceptado someterse a psicoterapia es difícil vencer dicha resistencia por lo que el tratamiento deberá ser muy prudente al tratar las emociones o conflictos que al paciente le causan angustia ya -- que éste teme a dicho enfrentamiento, por lo que prefiere -- mostrarse dispuesto a sufrir considerablemente el malestar físico. Debido a esto el enfrentarse demasiado aprisa a -- aquellos sentimientos ocultos traería como consecuencia una crisis terrible para el paciente.

El momento preciso para convencer al paciente de la necesidad de practicarse psicoterapia es aquel en el que las molestias y los síntomas orgánicos llegan a un punto álgido.

Debido a lo mencionado anteriormente el enfermo psicósomático necesita de técnicas de apoyo sobre todo en los primeros estadios del tratamiento con motivo de reducir la tensión acumulada, para esto puede ser de gran ayuda la utilización de tranquilizantes psicofarmacológicos para suavizar la respuesta a los desencadenantes de la tensión así como tratar de que el paciente eluda aquellas situaciones cotidianas que le causan tensión.

Es también de gran ayuda utilizar técnicas de modificación del comportamiento y de reorientación fenomenológica que puede ser utilizada para extinguir actitudes y hábitos que han generado tensiones y para formar otras nuevas -- que puedan eludir aquellas, facilitar sus descargas o hacerles frente.

Miller sugiere un tipo de tratamiento conductista en el cual se utilizan técnicas de modificación de conducta que pueden ser útiles para cambiar respuestas viscerales perjudiciales por otras beneficiosas.

Dichos estudios de condicionamiento visceral se han centrado en el sujeto animal y actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones con seres humanos sobre el control de las funciones autónomas basadas en su mayoría en la "Retroalimentación Biológica" (40) la cual se lleva a ca-

bo mediante distintas técnicas por medio de las cuales se -  
 dá a conocer al paciente el funcionamiento en curso de uno-  
 de sus sistemas fisiológicos para ayudar a éste a estable-  
 cer el control sobre funciones fisiológicas de las que ante-  
 riormente se creía que eran totalmente involuntarias, lo --  
 cual vendría siendo una especie de condicionamiento operante  
 en el cual por ejemplo el simple caso de saber que dicho  
 paciente puede controlar una respuesta fisiológica de la --  
 que antes no se daba cuenta puede servirle de reforzador pa-  
 ra continuar haciéndolo.

Algunos investigadores han concluido que personas con  
 síntomas psicósomáticos han aprendido a reaccionar a la ten-  
 sión por medio de la canalización de su energía en gastos -  
 concretos de ésta, que aunque inadvertida, dicha energía --  
 ejerce grandes efectos sobre los sistemas endócrinos y nervi-  
 oso autónomo.

"Engel y Shapiro, señalan algunos casos en los que --  
 pacientes que sufrían de dolor de espalda, cefalalgias y --  
 hasta presión grave han sido tratados en forma eficaz por -  
 medio de la Retroalimentación Biológica. Así se puede ob-  
 servar que algunos programas están elaborados para enseñar-  
 al paciente a controlar la velocidad cardiaca y la presión-  
 arterial". (41).

¿Pero qué tan eficiente es la Retroalimentación Bioló-  
 gica?

Los resultados obtenidos indican que solo determina-  
 dos pacientes pueden aprender estas respuestas; para eso es  
 necesario que el paciente esté convencido de que él mismo -  
 es el causante de sus padecimientos y posea un dominio de -  
 sí mismo; situación que a muchos pacientes con enfermedades  
 psicósomáticas no les es tan fácil de aceptar.

Recordando que la Psicogénesis del padecimiento de Co-  
 lon Irritable proviene al parecer de un desarrollo neurótico  
 crónico surgido durante la infancia en el período de las eta-  
 pas oral y anal según Freud; existen autores que recomien-  
 dan una psicoterapia Analítica "En donde el requisito prin-  
 cipal es la integración progresiva del material previamente  
 reprimido en la estructura total de la personalidad". (42).  
 Por lo que esta terapia debe realizarse con especial cuida-  
 do y utilizando el tiempo necesario para preparar al pacien-  
 te para enfrentarse al material que vaya surgiendo durante  
 el desarrollo de dicha terapia, ya que de otro modo podría-  
 ser traumatizante para el paciente.

(41) Melvin Zax/Emory L. Cowen, Psicopatología, Pág. 223.

(42) Alfred M. Freedman; Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock, compen-  
 dio de psiquiatría, Pág. 551.

En la terapia Psicoanalítica se da gran importancia al reconocimiento y verbalización de ideas, impulsos, conflictos y emociones así como a la reflexión previa adecuada de las acciones.

Esta terapia requiere de tiempo y de estar en común - acuerdo tanto paciente como terapeuta que el proceso será - por tiempo indefinido.

Como otros medios de ayuda se ha hablado de la "Yfa - Occidental" -La yfa de Freud- La cual busca mejorar la salud corporal a través del reconocimiento de los elementos-patógenos pero también se habla de una "Yfa Oriental" que la representan el Yoga, el Hindú, y el Chino, en la que se practica la disciplina del cuerpo para conseguir la relajación y armonía psíquicas.

Por ejemplo el HATHA YOGA originario de la India, cuyo objeto consiste en controlar el cuerpo y sus energías - vitales, además de purificarlo y lograr la meditación venciendo obstáculos físicos. Su objetivo principal es desarrollar un cuerpo sano que funcione adecuadamente.

En el HATHA YOGA se distinguen ciertas formas de energía vital las cuales se refieren entre otras a la respiración, eliminación y circulación.

Existen gran cantidad de prácticas HATHA YOGA que tienen como finalidad purificar el cuerpo el cual se enferma debido a dietas deficientes y a los patrones de vida inadecuados como lo es la tensión; se practica la dieta y el ayuno así como técnicas de respiración destinadas a promover el flujo de energía en el cuerpo; técnicas de lavado y limpieza de los conductos nasales y del sistema digestivo y ejercicios para los músculos del estómago y diferentes órganos internos.

Es recomendable estudiar el HATHA YOGA bajo la dirección de un profesor bien calificado el cual pueda dar una instrucción individualizada que se ajuste a la estructura-específica de una persona.

Otra disciplina es el T'AI-CHI CH'UAN el cual ha gozado durante mucho tiempo gran popularidad entre los chinos; -- uno de sus principales objetivos es desarrollar la energía vital en el cuerpo ya que el estudiante deberá aprender a relajarse por completo para eliminar totalmente la tensión en el cuerpo. Hace énfasis en el desarrollo personal y no en la competencia. La mente debe estar tranquila y concentrarse en una serie de movimientos o ejercicios sumamente-



lentos durante toda la práctica. El T'AI-CHI CH'UAN ha sido considerado como la meditación en movimiento.

Otro sistema relacionado con el cuerpo es la Bioenergética la cual fué creada por Alexander Lowen, discípulo de Reich, y enfoca el papel que desempeña el cuerpo en el análisis del carácter y en la terapia; dicha técnica incluye técnicas de respiración, descarga emocional, cómo hacer que los pacientes lloren, griten y den golpes; se utilizan diferentes posturas de tensión que contribuyen a energizar las partes del cuerpo que han sido bloqueadas. En dichas posiciones, la tensión aumenta en partes del cuerpo crónicamente tensas hasta que la tensión se hace tan grande que el individuo se ve obligado a relajar su coraza. Estas posiciones incluyen inclinarse hasta tocar el suelo, doblar la espalda con los puños en la base de la espina dorsal e inclinarse hacia atrás sobre algún taburete. "La Bioenergética pone énfasis en la necesidad de mantenerse firme o de asegurarse a los propios procesos físicos, emocionales e intelectuales. El trabajo bioenergético se concentra -- con frecuencia en las piernas y la pelvis con el fin de -- asegurar una conexión con el suelo mejor y más firmemente arraigada". (43).

Por otra parte, Schultz denominado uno de los Padres de la Medicina Psicosomática, creó un método llamado "Entrenamiento Autógeno" el cual lo describe de la siguiente manera:

"Fisiológicamente considerado, el Entrenamiento Autógeno puede definirse como: Un aprendizaje práctico de la conmutación autohipnótica que se va desarrollando a través de una atención consciente dirigida hacia lo endosensorial y que coincide con una disminución de los estímulos externos (oclusión de los ojos), inmovilización y relajación." (44).

El proceso de conmutación que se va verificando de un modo cada vez más rápido, seguro e intensivo en el transcurso de los ejercicios, implica desde el punto de vista fisiológico, los siguientes aspectos:

- a) Actitud corporal.
- b) Inhibición de la actividad dirigida hacia el exterior.

(43) James Fadiman/Rober Frager Teorías de la Personalidad. Pág. 144

(44) H. Hoff/E. Ringel Problemas Generales de la Medicina Psicosomática. Pág. 200.

- c) Atención consciente y voluntariamente dirigida sobre ciertas funciones predominantemente sensoriales, siendo sin duda alguna este último aspecto el decisivo y por ello el que mayor interés supone. - Este método es aplicable tanto en forma individual como grupal.

Refiriéndonos ahora a la Psicoterapia de Grupo podemos decir que será de utilidad como medida terapéutica auxiliar tanto para tratar colectivamente casos que han sido sometidos a psicoanálisis individual como para mejorar las relaciones de los pacientes con enfermedades psicósomáticas dentro de un régimen de internamiento ya que ayuda al paciente a explorar sus sentimientos y a aprender métodos para resolver sus conflictos liberando así sus tensiones. - Pero no bastaría para la recuperación del paciente única y exclusivamente la psicoterapia de grupo ya que hay que tener en cuenta que las relaciones interhumanas de los enfermos psicósomáticos se encuentran considerablemente alteradas.

Como una de estas técnicas grupales podemos citar al Psicodrama, "El cual comprende una representación estructurada dirigida y dramatizada de los problemas inmediatos de interacción de grupo." (45).

Sus bases están íntimamente ligadas a la mayor profundidad y amplitud de conocimientos que el paciente puede obtener con este método a diferencia de la utilización de técnicas simplemente verbales.

Dentro de la Psicoterapia se utilizan procedimientos como la catarsis, abreacción, la asociación libre e inclusive la interpretación. Los objetivos principales del Psicodrama son la espontaneidad, la percepción más exacta de la realidad, el compromiso y el aprendizaje a través de vivencias.

Por otra parte, recordando que el paciente sufre de una enfermedad corporal podemos decir que es difícil encontrar fuera del ambiente de una clínica un equipo eficiente con gran experiencia en donde estarán reunidos médicos internistas, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeras y en sí todo el personal de una clínica.

A estos enfermos corresponde una combinación de los más diversos métodos terapéuticos reconocidos como efica-

(45) Alfred M. Freedman/Harold I. Kaplan/Benjamin Sadock, Compendio de Psiquiatría, Pág. 588.

ces por lo que para facilitar la aplicación simultánea y - la coordinación de todas estas clases de terapéutica sería recomendable el internamiento en una clínica psicosomática.

Así mismo debemos reconocer que la situación ambiental a la que está sujeto el paciente fuera de la clínica le está causando de una u otra forma efectos crónicamente nocivos lo que será al contrario si el paciente se interna - - pues será una oportunidad de alejarse de dicho medio perjudicial cambiando a un ambiente favorecedor para su recuperación y en donde será organizada lo mejor posible su estancia, aprovechando también mejorar en lo que sea posible su situación social y familiar. Además el régimen de internamiento tiene la ventaja de que es más difícil abandonarlo lo cual no ocurre con el tratamiento ambulatorio.

Debido a que como mencionamos anteriormente la psicogénesis de la enfermedad psicosomática se remonta a un desarrollo neurótico surgido durante las etapas más tempranas de la infancia, el paciente tenderá a utilizar la regresión por lo que existe el peligro de que un tratamiento prolongado en régimen de internamiento en donde el paciente sienta el apoyo y refugio, le faciliten la utilización de dicho mecanismo haciendo muy difícil el abandonar la clínica debido a la dependencia que se ha creado, o por lo mismo, que se produzcan recaídas al abandonar ésta; pero - estos inconvenientes si son manejados adecuadamente podrán ser aminorados hasta un punto tal que predominen solo las ventajas.

En general es recomendable iniciar el tratamiento psicoterapéutico una vez que el paciente ha ingresado a tal - servicio y prolongarlo por término medio de ocho semanas - después de las cuales será dado de alta y se le seguirá - -tratando ambulatoriamente. Es común que una vez desaparecidos los síntomas más incómodos para el paciente, éste - -pierde el interés por la psicoterapia por lo que es recomendable que tanto el tratamiento somático como la psicoterapia sean tomados al mismo tiempo pero excluyendo algunos casos en donde será necesario comenzar con psicoterapia para esclarecer la psicogénesis de la enfermedad y poder después agregar el tratamiento orgánico.

Cabe mencionar que lamentablemente en la República Mexicana no existen centros especializados en enfermedades psicosomáticas que cumplan con los requisitos anteriores.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

## METODOLOGIA.

## a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El planteamiento de nuestra investigación es el descubrir si existen rasgos psicopatológicos característicos en pacientes con colitis de tipo emotivo. Para ello se hizo una contrastación entre pacientes que padecen de este síndrome y pacientes que padecen cualquier otra enfermedad -- gastrointestinal cuyo origen no es emotivo.

## b) HIPOTESIS:

La hipótesis establecida es: Existe diferencia estadísticamente significativa en los rasgos psicopatológicos obtenidos mediante la aplicación del M.M.P.I. entre el grupo con colitis (G1) y el grupo con otros trastornos Gastrointestinales (G2).

## Hipótesis Estadísticas:

$$H_1 : G_1 \neq G_2$$

$$H_0 : G_1 = G_2$$

## c) METODO ESTADISTICO:

El muestreo fué por conveniencia ya que se tomaron -- los sujetos que llegaron a consulta y que tenían las características deseadas por el método de investigación.

Se tomaron 80 pacientes con diagnóstico de colitis de tipo emotivo, los cuales formaron el grupo experimental; y 80 pacientes con otros problemas gastrointestinales los -- que fueron el grupo control. En cada grupo el 50% son mujeres y el otro 50% hombres. En ambos grupos se contrastó el perfil promedio (por escalas). Cada escala se contrastó con la T. de Student, con un nivel de significancia de 0.05.

## FORMULAS UTILIZADAS:

$$S^2 = \frac{\sum X_i^2}{n} - \frac{(\sum X_i)^2}{n^2}$$

$$Z = \frac{P_1 - P_2 - (0)}{\sqrt{\frac{P_1(1-P_1)}{n_1} + \frac{P_2(1-P_2)}{n_2}}}$$

$$T = \frac{\frac{(K_1 + K_2)}{n_1 + n_2} - \frac{(1 - K_1 + K_2)}{n_1 + n_2}}{\sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

$$T = \frac{\sum E - X\bar{c}}{\sqrt{\frac{(nE - 1) S^2 E + (nc - 1) S_c^2}{nE + nc - 2} \left( \frac{1}{nE} + \frac{1}{nc} \right)}}$$



#### d) MATERIAL PSICOMETRICO:

Para la medición de los rasgos de personalidad se utilizó el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

El inicio de la elaboración del Inventario Multifásico de la Personalidad data del año de 1939 por el Dr. Starke R. Hathaway y Dr. J. Charnley Mckinley (1940-1951). Se le considera un instrumento multidimensional cuyo objetivo es la ayuda para la identificación de la Psicopatología.

La traducción del M.M.P.I. al español se ha realizado desde hace tiempo en diferentes lugares de Latinoamérica; en México el material ha sido revisado y adaptado por el Dr. Rafael Nuñez (46) y publicado por el Manual Moderno, - S. A.

El M.M.P.I. consiste en un folleto en el cual se encuentran las frases y las instrucciones, con su respectiva hoja de respuestas (ver. Fig. 1). El M.M.P.I. puede administrarse en grupos pero habitualmente se aplica en forma individual, consta de 566 preguntas en forma de declaraciones positivas o negativas y corresponden a muchos aspectos de la personalidad, incluyendo la salud general, neurología, motricidad, funciones fisiológicas, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas y muchas preguntas psicopatológicas importantes para el diagnóstico y tratamiento Psiquiátrico.

Primero se pide al sujeto que conteste a cada pregunta en una de estas tres formas; Cierto (C), si cree que la pregunta es aplicable a él; Falso (F) si cree que no; o bien que deje en blanco el reactivo. Las preguntas están agrupadas en escalas. Es conveniente observar la forma en que el examinado contesta las primeras frases y, una vez que se ha observado que el sujeto ha comprendido lo que se debe hacer, el examinador se retira. Los sujetos que mejor responden a esta prueba son personas de dieciséis o más años que hayan terminado la primaria.

Lo esencial es que el sujeto sepa leer; con esto se implica que comprenda el sentido de lo que lee. No hay límite de tiempo para contestar la prueba por lo general se realiza en una hora y media.

- (46) Dr. Rafael Nuñez Obando. Profesor de Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de México, Director del Departamento de Psicología de la Universidad de las Américas.



# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMP - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McEasley

Forma y 5-6-60



Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba: \_\_\_\_\_

Otras condiciones o causas especiales: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Subtestes por: \_\_\_\_\_

Puntuación	Escala										Puntuación
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
120											120
110											110
100											100
90											90
80											80
70											70
60											60
50											50
40											40
30											30
20											20
10											10
0											0

Masculino

PUNTAJES EN BRUTO

Subtest	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	20	20	10	0						
2	20	10	10	0						
3	20	10	10	0						
4	20	10	10	0						
5	20	10	10	0						
6	20	10	10	0						
7	20	10	10	0						
8	20	10	10	0						
9	20	10	10	0						
10	20	10	10	0						
11	20	10	10	0						
12	20	10	10	0						
13	20	10	10	0						
14	20	10	10	0						
15	20	10	10	0						
16	20	10	10	0						
17	20	10	10	0						
18	20	10	10	0						
19	20	10	10	0						
20	20	10	10	0						
21	20	10	10	0						
22	20	10	10	0						
23	20	10	10	0						
24	20	10	10	0						
25	20	10	10	0						
26	20	10	10	0						
27	20	10	10	0						
28	20	10	10	0						
29	20	10	10	0						
30	20	10	10	0						
31	20	10	10	0						
32	20	10	10	0						
33	20	10	10	0						
34	20	10	10	0						
35	20	10	10	0						
36	20	10	10	0						
37	20	10	10	0						
38	20	10	10	0						
39	20	10	10	0						
40	20	10	10	0						
41	20	10	10	0						
42	20	10	10	0						
43	20	10	10	0						
44	20	10	10	0						
45	20	10	10	0						
46	20	10	10	0						
47	20	10	10	0						
48	20	10	10	0						
49	20	10	10	0						
50	20	10	10	0						
51	20	10	10	0						
52	20	10	10	0						
53	20	10	10	0						
54	20	10	10	0						
55	20	10	10	0						
56	20	10	10	0						
57	20	10	10	0						
58	20	10	10	0						
59	20	10	10	0						
60	20	10	10	0						
61	20	10	10	0						
62	20	10	10	0						
63	20	10	10	0						
64	20	10	10	0						
65	20	10	10	0						
66	20	10	10	0						
67	20	10	10	0						
68	20	10	10	0						
69	20	10	10	0						
70	20	10	10	0						
71	20	10	10	0						
72	20	10	10	0						
73	20	10	10	0						
74	20	10	10	0						
75	20	10	10	0						
76	20	10	10	0						
77	20	10	10	0						
78	20	10	10	0						
79	20	10	10	0						
80	20	10	10	0						
81	20	10	10	0						
82	20	10	10	0						
83	20	10	10	0						
84	20	10	10	0						
85	20	10	10	0						
86	20	10	10	0						
87	20	10	10	0						
88	20	10	10	0						
89	20	10	10	0						
90	20	10	10	0						
91	20	10	10	0						
92	20	10	10	0						
93	20	10	10	0						
94	20	10	10	0						
95	20	10	10	0						
96	20	10	10	0						
97	20	10	10	0						
98	20	10	10	0						
99	20	10	10	0						
100	20	10	10	0						

## NOTAS

Suma en Bruto: \_\_\_\_\_  
 Agregar factor K: \_\_\_\_\_  
 Puntaje corregido: \_\_\_\_\_



D.R. © 1967, por Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

FIGURA No. 2



### CALIFICACION:

Una vez que se tiene la hoja de respuesta contestada-  
adecuadamente se puede calificar el protocolo obtenido. -  
Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y --  
aquellas en que la misma frase ha sido contestada cierta y  
falsa a la vez, lo cual elimina esa frase.

En la calificación de las escalas es necesario tener-  
las claves que consisten en hojas de cartulina del mismo -  
tamaño que la hoja de respuestas que se use y en las que -  
existen perforaciones, estas están hechas en tal forma que  
las marcas que se observan a través de aquellas correspon-  
den al número de respuestas que deben contarse para la es-  
cala que se califica. Este número corresponde a las pun-  
tuaciones en bruto o no calculadas de cada escala. Todas  
las claves son las mismas para sujetos de ambos sexos con-  
excepción de la escala MF (5) que tiene claves diferentes-  
para ambos sexos.

Una vez que se tienen las puntuaciones antes menciona-  
das se convierten éstas en puntuaciones T. Las puntuacio-  
nes T en las que se traza el perfil se basan en puntuacio-  
nes equivalentes a las puntuaciones naturales para cada es-  
cala: a excepción de las escalas I, L, y F, estas puntua-  
ciones se encuentran por medio de la siguiente fórmula:

$$T = 50 + 10 \frac{(X_1 - X)}{d.e.}$$

En donde  $X_1$  representa la puntuación natural,  $X$ , la -  
media aritmética y D.e. es la desviación estandar de las -  
escalas utilizadas para los grupos normativos de Minneso-  
ta.

Después que se han obtenido las puntuaciones natura-  
les de las escalas, se utiliza la hoja del perfil del M.M.  
P.I. (ver figura 2) que ya está preparada para el proceso-  
que se describe a continuación.

En primer lugar, se anotan las puntuaciones obtenidas  
en los lugares indicados y que se encuentran en la base de  
lo que va a convertirse en un diagrama, una vez que se co-  
loquen marcas en las columnas de puntos que integran las -  
diferentes escalas. Después se encuentra la corrección co-  
rrespondiente en función del valor de K, que se agrega a -  
las puntuaciones de Hs, Dp, Pt, Es, y Ma. Este valor K se  
encuentra generalmente a un lado de la hoja del perfil y -  
según la cantidad que sea se coloca en el lugar correspon-  
diente horizontal a la expresión "agregar factor K", las -

otras escalas permanecen con su valor original ya que a -- ellas no se les agrega ninguna puntuación. Con todos es-- tos valores se procede a encontrar las puntuaciones T.

Primero se localiza la puntuación natural anotada pa-- ra cada escala en la columna correspondiente en el perfil. Se coloca una marca con un círculo pequeño o una cruz en -- el lugar exacto. El valor equivalente de T se encuentra -- en las columnas laterales a la izquierda y derecha del per-- fil bajo la letra T. Una vez que se ha situado el valor -- para cada escala por medio de un círculo u otras marcas, -- se conectan primero para las escalas L, F, K, (escalas de -- validez que después describiremos) que se encuentran a la -- izquierda del perfil y después se unen los puntos de las -- escalas clínicas que comienzan con Hs y terminan con Si. -- Deben indicarse que existen perfiles para hombres y muje-- res.

Una vez que se han unido por una parte los puntos o -- círculos de las escalas de validez y por otra las escalas -- clínicas, se tiene preparado el diagrama comunmente llama-- do perfil del M.M.P.I., el cual se interpretará con la ayu-- da del correspondiente manual.

#### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL TEST.

En el M.M.P.I. el término de validez se refiere a la -- propiedad de la aplicación o a la aceptabilidad de cada -- una de las aplicaciones del instrumento. Se estima la va-- lidez de la prueba en más del 60%.

Hathaway y Mc Kinley (1942-1944) utilizando la forma-- individual con N=40 sujetos normales no seleccionados, in-- formaron los coeficientes de confiabilidad de 6 de las va-- riables clínicas. El tiempo entre la primera y la segunda -- aplicación varió de tres días hasta un año.

1.- Hs	0.80	
2.- D	0.77	
3.- H1	0.57	
4.- Dp	0.71	
7.- Pt	0.74	
9.- Ma	0.83	(47)

#### ESCALAS DE VALIDEZ:

El M.M.P.I., afirma que la precisión de las califica-- ciones que el sujeto da de sí mismo no es una condición de

(47) Dr. S.R. Hathaway y Dr. J.C. Mc. Kinley. Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I. Manual 2o. Edición MMPI Forma R.

la validez del test. Los autores creen que el valor del test se basa en los que dice el paciente, no en el valor de certeza de lo que dice. Los enunciados están escritos en la primera persona del singular, pues se cree que esto favorece la identificación y la referencia a uno mismo.

Existen escalas de validez que se refieren a la sinceridad del examinado: Escala ?; es la escala integrada por las frases que el examinado no contesta, la cantidad de estas frases sin contestación afecta las demás escalas, y -- cuando es muy alta invalida las otras.

Escala L; es la escala que evalúa la franqueza del individuo y está construida con reactivos que hablan de conductas socialmente deseables, lo que explora esta escala -- es el deseo de quedar bien.

Escala F; mide la frecuencia, es la escala de validez que sugiere perturbación mental. Las puntuaciones muy bajas se encuentran en personas caracterizadas por su sinceridad, moderación, honradez, que son confiables, calmadas, pacientes, leales, vivaces y modestas. En tanto que las -- personas con puntuación F alta, son arrogantes, presumidas oportunistas, inquietas, inestables, constantemente insatisfechas, rebeldes e inconformes eternas, así mismo nos -- puede indicar perturbación mental.

Escala K; opera como escala de corrección para las escalas clínicas: 1(Hs), 4(Dp), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma), pero -- también como índice de ciertas características de personalidad, tales como actitudes defensivas o de exhibicionismo psicológico. En algunos casos es conveniente hacer dos -- trazos del perfil, uno sin la corrección de las escalas a -- las que se añade K y otro con K agregada, y observarse la -- diferencia.

La prueba consta de nueve escalas Psicopatológicas -- que son:

- 1.- Hipocondriasis (Hs), para detectar personas extremadamente preocupadas por su bienestar físico y -- que expresan en forma constante sus conflictos -- emocionales por medio de una canalización somática.
- 2.- Depresión: (D), trata de medir la ausencia de felicidad así como el grado de desaliento, desesperanza, etc.
- 3.- Histeria (Hi) para detectar aquellas personas con

sintomatología somática, pero que además tiene -- una actitud de "bella indiferencia". (Esto quiere decir que lo que le está pasando internamente o emocionalmente no le importa, desapareciendo así la angustia).

- 4.- Desviación Psicopática (Dp), detecta personas que estén en desacuerdo con normas y reglas sociales.
- 5.- Masculinidad-Femineidad (MF), trata de medir si una persona tiene intereses contrarios a su sexo.
- 6.- Paranoia (pa), fué diseñada para encontrar pensamientos o ideas paranoides; implica la desconfianza, resentimientos, celos, sensibilidad a la crítica.
- 7.- Psicastenia (Pt), trata de detectar reacciones fóbicas y obsesiones compulsivas.
- 8.- Esquizofrenia (Es), es quizá la más difícil de todas para poder formular un sistema de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo de ésta, tan discutida enfermedad.

Los rasgos más importantes son la incongruencia del afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste.

- 9.- Manía (Ma), para diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maniaco.

La escala 0 de introversión social (Si), fué originada con sujetos normales y se buscó con ella la tendencia del individuo hacia la introversión o extroversión social.

#### e) MATERIAL HUMANO:

El material humano se obtuvo en su mayoría de el Hospital Angel Leaño de pacientes de consulta externa, los -- restantes provinieron de consultorios particulares de esta ciudad de Guadalajara. Dichos pacientes son de ambos sexos y su edad oscila entre 15 y 65 años. Se hicieron dos grupos cada uno de 80 pacientes, siendo un grupo el formado por personas con colitis (Grupo experimental) y el otro integrado por personas con otro tipo de trastornos gastro-intestinales (Grupo control).

La recolección de la muestra y la aplicación de las -- pruebas tardó un año debido a que no se completaban los pacientes ya que no cooperaban en la investigación o porque no reunían los requisitos.

#### f) LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- 1.- Los pacientes son de ambos sexos. Cada grupo --- constó de 50% de mujeres y el otro 50% de hombres
- 2.- La muestra fue tomada de diferentes centros de -- Gastroenterología, particulares de consulta externa.
- 3.- Se tomaron 80 pacientes con diagnóstico de coli--tis emotiva los cuales fueron el grupo experimen--tal y 80 pacientes con otros trastornos gastro- -- intestinales donde la causa no es emotiva los cuales fueron el grupo control.
- 4.- Se excluyeron de la investigación mujeres embara--zadas y pacientes que padecieran alguna enferme--dad crónica o algún impedimento físico.
- 5.- Dicha investigación se llevó a cabo en la ciudad--de Guadalajara, Jalisco.
- 6.- Los pacientes provinieron de un medio socioeconó--mico medio y alto.
- 7.- Los pacientes tienen profesión y ocupación diver--sas.
- 8.- Los pacientes fueron de cualquier estado civil.
- 9.- El diagnóstico de colitis emotiva fue hecho por -- el médico gastroenterólogo después de haber des--cartado todas las otras etiologías posibles.

## VARIABLES CONTROLADAS:

- a) La edad de los pacientes oscila entre los 15 y 65-años.
- b) Los pacientes son de un medio socioeconómico medio y alto.
- c) Los pacientes no han recibido anteriormente tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- d) Se excluyeron mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas y con algún impedimento físico.
- e) Los grupos fueron el 50% hombres y el 50% mujeres.
- f) Antigüedad de la enfermedad: El paciente con mayor duración de haber padecido este trastorno fue de 5 años.
- g) Ingesta de medicamentos: Los pacientes no estaban tomando ningún tranquilizante.
- h) El estado civil fue cualquiera.
- i) El diagnóstico de colitis emotiva fue hecho por el médico gastroenterólogo después de haber descartado otras etiologías.

## CAPITULO VII

### RESULTADOS

## RESULTADOS.

Se describirán los resultados de la investigación dividiéndolos en dos partes, la primera corresponde al sexo femenino tanto del grupo control como del experimental y la segunda trata del grupo experimental y del grupo control del sexo masculino.

### 1) Mujeres:

En la escala 1 (Hs) se encontró que sí hay diferencia significativa estadística entre el grupo control y el experimental. Las puntuaciones T de ambos grupos corresponden al mismo rango de interpretación teniendo como características de ambos grupos que estas personas expresan interés significativo acerca de su salud, presentan quejas somáticas difusas y tienen preocupación por su salud. Además -- las personas del grupo experimental suelen controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

En la escala 2 (D) se encuentra diferencia estadística significativa. Encontrándose en el grupo control personas que mantienen un equilibrio de optimismo y pesimismo, y que además poseen mucha energía y entusiasmo. En el grupo experimental se encuentran personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas pudiendo ser debido a situaciones temporales que le preocupan.

En la escala 3 (H1) encontramos diferencia estadística significativa. En el grupo control las personas tienen características de personalidad tales como idealista, sentimental, comunicativo, afectuoso, entusiasta, accesible y son personas generalmente estables y pacíficas que les gusta participar en actividades sociales pero tienden a llevar una vida tranquila. En el grupo experimental se encuentran personas que tienen tendencia a la somatización durante los periodos de tensión.

En la escala 4 (OP) se encuentra diferencia estadística significativa. En el grupo control se observan personas que tienen un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales y no son controladas ni restringidas. En el grupo experimental se observan personas independientes e inconformistas, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados, son enérgicas y activas; pudieron haber tenido experiencias de dificultades con la aceptación de normas sociales.



Escala 5 (MF); no se encontró diferencia estadística significativa; sin embargo según las investigaciones de Lachar (1974), (48), en el grupo control se observa que son personas que se caracterizan por poseer gran seguridad y capacidad de competencia; y en el grupo experimental son mujeres que tienen intereses de su rol sexual pero también desean llevar a cabo actividades laborales o profesionales.

Escala 6 (PA); no se encuentra diferencia estadística significativa pero Lachar nos dice que en el grupo control se observan personas que son consideradas con los demás, alertas, sensibles y astutos, y en el grupo experimental son personas que se caracterizan por su hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida; exhiben mucha desconfianza, parecen resentidos acerca de males reales o imaginados que sienten se le hacen y son capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

Escala 7 (PT); sí existe diferencia estadística significativa. En el grupo control se observan personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas. En el grupo experimental se observan personas caracterizadas por perfeccionismo, el orden, la responsabilidad, autocrítica, preocupación por los problemas más insignificantes, presentan ansiedad, indecisión y tensión.

Escala 8 (ES); sí existe diferencia estadística significativa; en el grupo control se observa que son personas con intereses prácticos y teóricos. En el grupo experimental se observan personas que tienden hacia intereses abstractos y abandonan el interés en las personas y en los asuntos prácticos, pueden ser creativos e imaginativos, se les percibe solitarios.

Escala 9 (MA); no existe diferencia estadística significativa; pero Lachar nos dice que en el grupo control se observan sujetos que son enérgicos, agradables, entusiasmados, sociables, amables, interesados en muchos aspectos de la vida; son personas a quienes los demás consideran felices, se caracterizan por su confianza en sí mismo, optimismo, independencia y libertad. En el grupo experimental se encontró tendencia a cambios en el estado de ánimo y en el nivel de actividad.

Escala 0 (IS); no se encontró diferencia estadística significativa, tanto en el grupo control como en el experimental se observan personas caracterizadas por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

## 2) Hombres:

Escala 1 (HS); las puntuaciones en esta escala tanto del grupo experimental como del grupo control estadísticamente tienen diferencia significativa, encontrándose sin embargo en la interpretación de las puntuaciones de ambos grupos rasgos comunes como son el interés significativo acerca de su salud, quejas somáticas difusas. Se presentan además sólo en el grupo experimental un control de impulsos por medio de defensas de somatización.

Escala 2 (D); en esta escala se encontró que las puntuaciones de ambos grupos control y experimental estadísticamente tienen diferencia significativa al igual que poseen los mismos rasgos en su interpretación, siendo éstos leve depresión, preocupabilidad y pesimismo por probables situaciones temporales.

Escala 3 (HI); las puntuaciones de los grupos control y experimental de esta escala no poseen diferencia significativa estadística, respecto a la interpretación se encontraron en ambos grupos las siguientes características de personalidad; idealista, ingenuo, social, perseverante, comunicativo, afectuoso, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta, accesible y colaborador en actividades sociales.

Escala 4 (DP); las puntuaciones de los grupos control y experimental en esta escala no poseen diferencia estadística significativa y en cuanto a su interpretación se encontraron rasgos comunes de independencia, inconformismo, energía y actividad y probables dificultades con la aceptación de normas sociales.

Escala 5 (MF); se encontró en esta escala que tanto las puntuaciones del grupo control como las del grupo experimental no poseen diferencia significativa estadística, pero según las investigaciones de Lachar se encontró que el grupo control posee los intereses propios de su rol sexual, y en cambio el grupo experimental posee intereses estéticos, imaginación, sensibilidad y tendencia a apartarse de los intereses masculinos estereotipados por la cultura.

Escala 6 (PA); dentro de las puntuaciones de los grupos control y experimental de esta escala se encontró diferencia significativa estadística, respecto a la interpretación se encontró en el grupo control rasgos de flexibilidad, consideración, sensibilidad y astucia. Y en el grupo experimental se encontraron rasgos de hipersensibilidad, rigidez, desconfianza, capacidad para expresar hostilidad en forma indirecta.

Escala 7 (PT); las puntuaciones de los grupos control y experimental de esta escala poseen diferencia significativa estadística. Respecto a la interpretación encontramos en el grupo control como rasgos característicos capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas. En el grupo experimental encontramos rasgos de perfeccionismo, orden, responsabilidad, autocrítica, ansiedad, indecisión y tensión.

Escala 8 (ES); las puntuaciones de los grupos control y experimental en esta escala poseen diferencia significativa estadística. En cuanto a la interpretación se encontró que en el grupo control existen rasgos de amplitud de intereses, franqueza, modestia, bondad y buen temperamento. En el grupo experimental se encontraron rasgos de introversión social, tendencia a evitar la realidad, apatía, aislamiento y excentricidad.

Escala 9 (MA); en esta escala se encontró que tanto las puntuaciones del grupo control como del experimental poseen diferencia significativa estadística y en cuanto a su interpretación los sujetos del grupo control son personas cuya actividad y energía es característica sana. En el grupo experimental las personas tienen tendencias a los cambios en el estado de ánimo y en el nivel de actividad.

Escala D (IS); Al igual que en la escala anterior las puntuaciones de los grupos control y experimental de esta escala poseen diferencia significativa estadística, sin embargo respecto a la interpretación encontramos que en ambos grupos existen rasgos de que poseen capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

TABLA DE RESULTADOS

			1 HS	2 D	3 HI	4 DP	5 MF	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA	0 IS
MUJERES	CONTROL	$\bar{X}$ =	61.48	55.11	58.14	58.14	57.28	55.05	50.57	57.60	61.65	50.14
		S=	101.25	60.04	48.71	48.71	53.73	54.76	63.54	78.18	104.87	62.06
		P=	9/35	2/35	3/35	4/35	2/35	2/35	2/35	4/35	5/35	1/35
	EXPERI-ME	$\bar{X}$ =	68.25	67.86	64.97	64.83	54.11	59.86	62.33	66.52	63.19	57.27
		S=	120.53	101.38	99.74	151.05	74.61	160.35	225.25	384.82	135.76	72.43
		P=	17/36	17/36	14/36	9/36	3/36	8/36	11/36	15/36	13/36	4/36

			1 HS	2 D	3 HI	4 DP	5 MF	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA	0 IS
HOMBRES	CONTROL	$\bar{X}$ =	60.19	62.	60.80	62.33	58.91	56.19	58.55	62.13	55.97	51.55
		S=	76.44	53.6	41.87	76.80	75.05	89.98	97.05	78.69	110.65	89.96
		P=	4/36	1/36	3/36	8/36	3/36	2/36	5/36	7/36	3/36	1/36
	EXPERI-M	$\bar{X}$ =	68.33	68.48	61.75	62.84	60.87	63.78	70.	76.06	63.24	56.54
		S=	117.79	147.94	126.25	191.75	70.79	114.92	188.93	212.93	127.81	90.38
		P=	17/33	15/33	10/33	10/33	5/33	9/33	15/33	21/33	11/33	4/33

TABLA DEL ESTADISTICO "T"

Al comparar entre grupos tanto en mujeres como en hombres.

	1 HS	2 D	3 HI	4 DP	5 MF	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA	0 IS
MUJERES	2.72	5.99	3.34	2.82	1.67	1.96	4.11	2.46	.14	.87
HOMBRES	3.44	2.7	.44	.18	.96	3.12	3.94	4.85	2.77	2.18

TABLA DEL ESTADISTICO "Z"

Al comparar frecuencia de puntaje  $T \geq 70$  entre grupos en mujeres como en hombres.

	1 HS	2 D	3 HI	4 DP	5 MF	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA	0 IS
MUJERES	1.89	4	3.03	1.5	.43	2.01	2.76	2.88	2.14	1.37
HOMBRES	3.67	2.32	2.86	.761	.894	2.46	1.26	3.73	2.60	1.5

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

La investigación tenfa como objetivo principal el com-  
probar que en los pacientes que padecen del Síndrome de Co-  
lon Irritable sí poseen rasgos de personalidad patológicos  
y los resultados han corroborado tal suposición.

En el grupo femenino hubo diferencia estadística sig-  
nificativa en las escalas Hs (1), D(2), Hi(3), Op(4), Pt-  
(7), Es(8), aunque la interpretación de los rasgos es dife-  
rente en todas las escalas exceptuando la Is(0).

En el grupo de hombres las escalas que presentaron di-  
ferencia estadística significativa fueron: Hs(1), D(2), --  
Pa(6), Pt(7), Es(8), Ma(9), Is(0), sin embargo únicamente-  
en las escalas Hs(1), Mf(5), Pa(6), Pt(7), Es(8), y Ma(9)-  
se encontró diferencia interpretativa en los rasgos de per-  
sonalidad.

Los rasgos característicos del grupo femenino experi-  
mental son los siguientes: Tendencia a utilizar defensas-  
de somatización en los períodos de tensión, cambios en el  
estado de ánimo y en el nivel de actividad con tendencia a  
la depresión, son personas preocupadas, pesimistas hiper-  
sensibles, rígidos, ansiosos, inseguros, tensos, idealís-  
tas, desconfiados, resentidos, esquizoides, con tendencia  
a la autocrítica y a sentirse presionados por los aspectos  
sociales y vocacionales.

Los rasgos característicos del grupo femenino control  
son: personas optimistas, independientes y que además ---  
poseen mucha energía y entusiasmo, idealista, sentimental,  
comunicativo, afectuoso, accesible y son generalmente esta-  
bles y pacíficas que les gusta participar en actividades -  
sociales, pero tienden a llevar una vida tranquila, estan-  
conformes con las reglas sociales y no son personas contro-  
ladas ni restringidas, poseen gran seguridad y capacidad -  
de competencia, considerados con los demás, alertas, astu-  
tos, adecuada capacidad para organizar trabajo, no presen-  
tan dudas en sus actitudes, ni preocupaciones indebidas, -  
sus intereses son prácticos y teóricos, son agradables, --  
amables, sus intereses en la vida son muy variados, son --  
personas a quienes los demás consideran felices.

Los rasgos que caracterizaron al grupo masculino expe-  
rimental fueron los siguientes: en el control de sus im-  
pulsos utilizan defensas de somatización y expresan hosti-  
lidad en forma indirecta, tendencia a los cambios en el es-  
tado de ánimo y en el nivel de actividad, así como apartar-  
se de los intereses masculinos estereotipados por la cultu

ra, hipersensibilidad, rigidez, desconfianza, ansiedad, in decisión, tensión, autocrítica, introversión social, tendencia a evitar la realidad, apatía, aislamiento y excentricidad.

Los rasgos que caracterizaron al grupo masculino control son: Personas idealistas, ingenuas, sociables, perseverantes, comunicativas, afectuosas, sentimental, individualistas, infantil, impaciente, inhibida, entusiasta, accesible colaboradora en actividades sociales, independientes, inconformismo, son activas y poseen mucha energía, tienen probables dificultades con la aceptación de normas sociales, poseen intereses propios en su rol sexual, son flexibles, considerados, astutos, con capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas, tiene amplitud de intereses, son modestos, bondadosos y de buen temperamento.

Las escalas que presentaron mayor elevación en el Grupo Experimental en ambos sexos fueron La(1)Hs, (2)D, (8) Es.

Los rasgos de personalidad que se obtuvieron en esta investigación concuerdan con las características psicológicas de los pacientes con Síndrome de Colon Irritable que son descritas en el capítulo IV en los aspectos psicodinámicos.





# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley



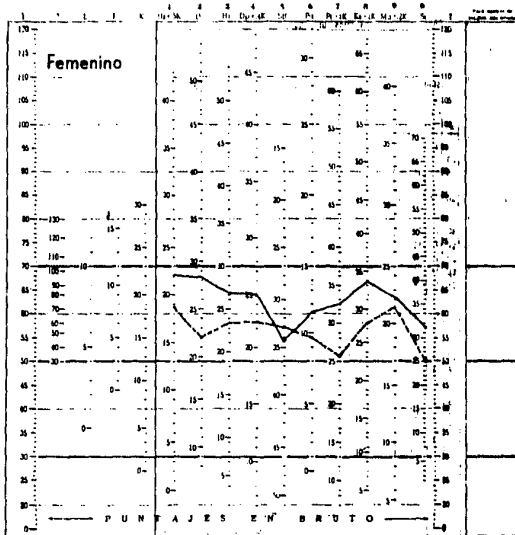
Nombre \_\_\_\_\_ (entre de aquí)

Dirección \_\_\_\_\_

Disponibilidad \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Algunos resultados o estudios complementarios \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Frecuencias K

K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	15	10	6							
20	15	10	6							
10	6	4	3	2						
7	6	4	3	2						
6	4	3	2	1						
5	3	2	1							
4	2	1								
3	1									
2	1									
1										
0										

## NOTAS

—— GRUPO CONTROL  
 - - - - GRUPO EXPERIMENTAL

Puntaje en bruto \_\_\_\_\_

Agregar factor K \_\_\_\_\_

Puntaje corregido \_\_\_\_\_



Perfil \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

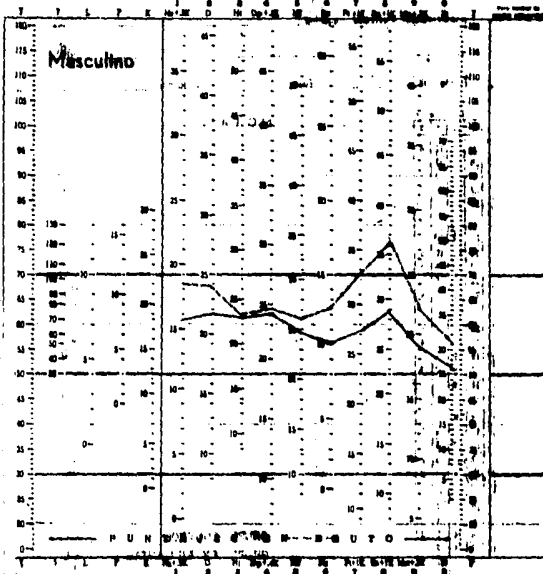
MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley



Nombre \_\_\_\_\_ (Sexo de nacido) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Residencia \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_  
 Otras anotaciones o resultados anteriores \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Escala 1948			
	2	3	4
20	12	12	8
21	15	10	6
22	10	11	6
23	14	13	5
24	12	10	5
25	12	10	5
26	12	10	5
27	12	10	5
28	12	10	5
29	12	10	5
30	12	10	5
31	12	10	5
32	12	10	5
33	12	10	5
34	12	10	5
35	12	10	5
36	12	10	5
37	12	10	5
38	12	10	5
39	12	10	5
40	12	10	5
41	12	10	5
42	12	10	5
43	12	10	5
44	12	10	5
45	12	10	5
46	12	10	5
47	12	10	5
48	12	10	5
49	12	10	5
50	12	10	5
51	12	10	5
52	12	10	5
53	12	10	5
54	12	10	5
55	12	10	5
56	12	10	5
57	12	10	5
58	12	10	5
59	12	10	5
60	12	10	5
61	12	10	5
62	12	10	5
63	12	10	5
64	12	10	5
65	12	10	5
66	12	10	5
67	12	10	5
68	12	10	5
69	12	10	5
70	12	10	5
71	12	10	5
72	12	10	5
73	12	10	5
74	12	10	5
75	12	10	5
76	12	10	5
77	12	10	5
78	12	10	5
79	12	10	5
80	12	10	5
81	12	10	5
82	12	10	5
83	12	10	5
84	12	10	5
85	12	10	5
86	12	10	5
87	12	10	5
88	12	10	5
89	12	10	5
90	12	10	5
91	12	10	5
92	12	10	5
93	12	10	5
94	12	10	5
95	12	10	5
96	12	10	5
97	12	10	5
98	12	10	5
99	12	10	5
100	12	10	5

## NOTAS

— GRUPO CONTROL  
 - - - GRUPO EXPERIMENTAL

Agreee todos ítem \_\_\_\_\_  
 Puntaje corregido \_\_\_\_\_



D.R. © 1967, por  
 El Manual Moderno, S.A.

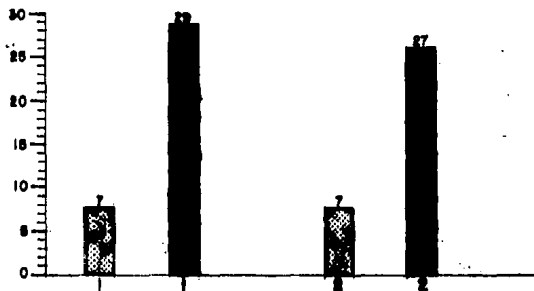
Printed by El Manual Moderno, S.A.  
 under license of The Psychological Corporation  
 © 1948, Copyright 1948, by  
 the University of Minnesota

# GRAFICA DE OCUPACIONES





MUJERES:



HOMBRES:

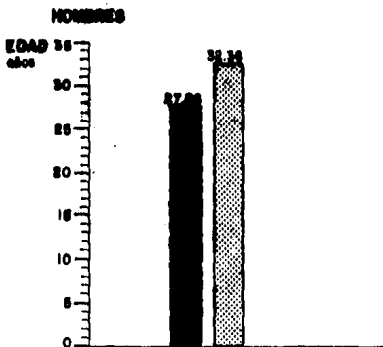
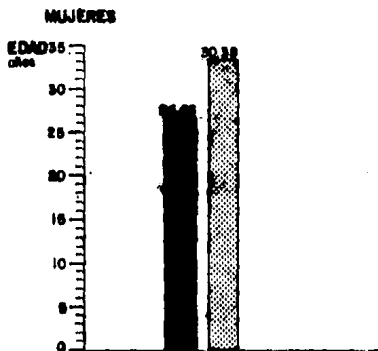


## CLAVES



-  ESTUDIANTES
-  EMPLEADOS
-  PROFESIONISTAS
-  HOGAR

- 1 GRUPO CONTROL
- 2 GRUPO EXPERIMENTAL

# GRAFICA DE EDADES

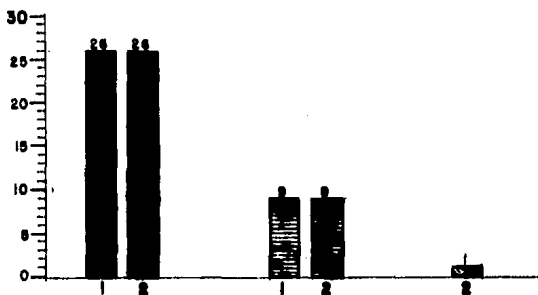


## CLAVES

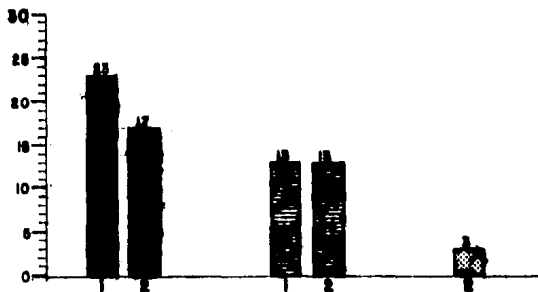
-  GRUPO CONTROL
-  GRUPO EXPERIMENTAL

# GRAFICA DE ESTADO CIVIL

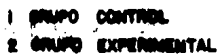
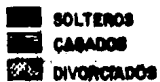
## MUJERES



## HOMBRES



### CLAVES



**R E C O M E N D A C I O N E S**

**RECOMENDACIONES:**

Se sugiere a los pacientes que padecen el Síndrome de Colon Irritable que como un complemento a su tratamiento - médico modifiquen el ambiente estresante, tengan actividades de esparcimiento y relajación o bien el que acudan a - psicoterapia.

Como un seguimiento a esta investigación podría llevarse a cabo un estudio sobre un grupo de personas que padecen de colon irritable a las cuales se les aplicaría una prueba de personalidad y después recibir psicoterapia por un período conveniente para posteriormente volver a aplicar la prueba con el fin de observar si hubo disminución o modificación de rasgos psicopatológicos.

G L O S A R I O



## G L O S A R I O

**Abreacción:** Proceso por el cual el material reprimido, particularmente de una experiencia dolorosa o conflicto vuelve a la conciencia.

**Anamnesis:** Historia Médica de un paciente utilizada particularmente en relación con los recuerdos del propio paciente.

**Catarsis:** Liberación de ideas, pensamientos y materiales reprimidos del inconsciente acompañada de una respuesta -- emocional afectiva y descarga de la tensión, también conocida como abreacción.

**Colesterol:** Sustancia similar a las grasas que se halla en todas las células en la sangre que contiene 1.5 a 2 por mil., y en un mayor porcentaje en la bilis.

**Colon:** (del latín colon y éste del gr. Kólon, miembro). -- Porción del intestino grueso que se extiende desde el ciego hasta el recto y consta de tres tramos: ascendente, -- transverso, y descendente.

**Colitis emotiva:** inflamación del colon o cualquier parte -- del intestino grueso, su origen o causa que la provoca es un desequilibrio nervioso.

**Dismenorrea:** menstruación dolorosa o difícil.

**Dispepsia:** Digestión difícil y molesta o dolorosa.

**Divertículo:** Bolsas o protuberancia exteriores, precedentes del interior de algún órgano hueco.

**Fenomenología:** Estudio de las experiencias que el hombre -- refiere conscientemente.

**Hiperperistaltismo:** Aumento anormal del movimiento de contracción del esofago y los intestinos los cuales se llevan a cabo mediante la deglución y la digestión.

**Hipertonía:** Tono muscular exagerado.

**Hiperventilación:** Aumento de la cantidad de aire respirada producido a menudo por la ansiedad, en la cual una disminución de Dioxido de carbono en la sangre produce síntomas -- tales como mareos y debilidad.

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

69

**Hipófisis:** Glándula endocrina situada debajo del encéfalo y que produce numerosas hormonas.

**Homeostasis:** tendencia a mantener el equilibrio constante entre los procesos corporales.

**Noradrenalina:** Catecolamina que actúa como mediador neuro-humoral liberado por las terminaciones nerviosas adrenérgicas postganglionares. Existe también en la médula suprarrenal y en muchas áreas del cerebro y la concentración máxima se da en el hipotálamo. Se considera que un factor importante en la etiología de la depresión es un trastorno en el metabolismo de la noradrenalina. V. Tamb. Serotonina.

**Parestesia:** Sensaciones extrañas en la piel tales como quemazón, picor u hormigueo.

**Patogenia:** Parte de la patología que estudia el modo de engendrarse un estado morboso.

**Poliuria:** Emisión exagerada de orina.

**Prurito:** Comezón.

**S.N.A.** Parte del sistema nervioso que funciona independientemente de la conciencia y rige funciones tales como la respiración, la frecuencia cardíaca y la digestión.

**S.N.C.** Médula espinal y encéfalo.

**Sistema Nervioso Parasimpático:** parte del sistema nervioso autónomo que controla los órganos del cuerpo que mantienen la vida.

**Sistema Nervioso Simpático:** parte del sistema nervioso autónomo que permite a una persona enfrentarse con situaciones amenazantes y prepara su cuerpo para la "lucha o fuga"

**Tálamo:** Cada uno de los dos núcleos voluminosos de sustancia gris que limitan a cada lado el ventrículo medio, forman el suelo de los ventrículos laterales y se hallan situados encima de los péndulos cerebrales.

**Triglicéridos:** Esteres resultantes de la reacción de la glicerina en tres moléculas de ácidos grasos monobásicos; por ejemplo: tristearina, Tripalmitina, etc., V. Substancias grasas.

## BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Principios Básicos de Gastroenterología  
J. Ned Smith, Jr. M.D.  
Kyo R. Lee, M.D.  
Salvat editores, S. A. 1971 Barcelona  
Pág. 163 a 170.
- 2.- Tratado de Gastroenterología.  
Marvin H. Sleisenger  
John S. Fordtran  
Interamericana, Impreso en México, 1978  
Pág. 1156 a 1164.
- 3.- Gastroenterología Clínica  
Dr. Howard M. Spiro, 2a. edición en español.  
Interamericana, Traducido por Dr. Fernando Calchera  
Arrubarena  
Pág. 574 a 582.
- 4.- Gastroenterología  
Dr. J.J. Villalobos Vol. II  
2a. edición 1982.  
Impreso en los talleres de Francisco Méndez Oteo.  
Pág. 4 a 11
- 5.- Gastroenterología  
H.L. Bockus, Vol. II  
Saunders  
Pág. 7 a 11
- 6.- Gastroenterología  
Mario Rebolledo Lara  
Editado por Francisco Méndez Oteo 1a. edición  
Pág. 375.
- 7.- Psicopatología Moderna  
Theodore Millon  
Salvat.  
Pág. 475 a 481.
- 8.- Problemas generales de la Medicina Psicosomática.  
"Clínica y tratamiento de la somatización de las neu-  
rosis"  
H. Hoff y E. Ringel  
Ediciones Morata, S. A., Madrid, España.

- 9.- Método transaccional Gueatáltico.  
Dr. Mariano Díez Benavidez  
Editorial Diana.
- 10.- Introducción a la Medicina Psicósomática  
Jean Delay  
Toray-Masson, Barcelona
- 11.- Psicología de las enfermedades orgánicas.  
Leopold Bellack  
Ediciones Hormé.
- 12.- Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad  
Un enfoque dinámico  
Norman Cameron, Edit. trillas.
- 13.- Manual de Psiquiatría  
Philip Salomon  
Vernosn D. Patch  
El Manual Moderno
- 14.- Psicopatología  
Melvin Zax-Emory L. Cowen  
Edit. Interamericana.
- 15.- Psicología Médica  
Ramón de la Fuente Muñiz  
Fondo de la Cultura Económica.
- 16.- Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología.  
Rafael Nuñez  
Editorial El Manual Moderno, S. A.
- 17.- Manual de Psicología General (Bases Orgánicas de la Conducta y Percepción).  
Ediciones Martínez Roca, S. A. Barcelona.  
Benjamin B. Walman.
- 18.- D S M III
- 19.- Psicología Clínica Moderna  
Lawrence C. Kalb  
60. Edición en Español traducida de la 9a. edición.  
La Prensa Médica Mexicana, S. A.
- 20.- El Enfermo Psicósomático y el Médico Práctico.  
B. Luban-Plazza, Locarno y W. Páldinger, Wil S.G.  
Ediciones Roche  
Basilea, Suiza, 1975.

- 21.- Tratado de Psiquiatría Tomo II  
 Alfred M. Freedman  
 Harold J. Kaplan.  
 Benjamin J. Sadock  
 Edit. Salvat.
- 22.- Técnicas de Relajación y Psicoanálisis.  
 M. Sapir, F. Reverchon, J.J. Prévost, C. Conet-Palaysi,  
 R. Chilibertt, A. Cornier, S. Cohen-León, P. Tédda.  
 Ediciones Paidós - Buenos Aires.
- 23.- Teorías de la Personalidad.  
 Fadiman, Trager  
 Edit. Harla
- 24.- TESIS: Detección de Rasgos Psicopatológicos en Pacientes de Cardiología:  
 Autores: Verónica Elizabeth Echegollen Bobadilla,  
 Gyzcka Tamara Díaz Tuñón  
 Naila Ivette Díaz Tuñón  
 Guadalajara, Jal. 1980.
- 25.- TESIS: Diferencias en los Rasgos de personalidad entre pacientes con Migraña y pacientes con cefalea tensional detectados con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.  
 Autores: Norah Gpe. Terrazas Rodríguez  
 Rafael Hernández Navarrete.
- 26.- Diccionario de Psiquiatría Tomo I, II  
 Antoine Porot  
 Editorial Labor, S. A.
- 27.- Fundamentos de Psiquiatría  
 Dr. Agustín Caso  
 Editorial Limusa lo. E. 1979.
- 28.- El primer año de Vida del niño.  
 René A. Spitz.  
 Fondo de Cultura Económica.  
 1a. Edición en Español, 6o. reimpresión 1982.
- 29.- Revista: Gastroenterología Primaria,  
 Volúmen 1 núm. 3 enero de 1982.  
 Artículo Síndrome de Colon irritable.  
 Dr. Guillermo Ruiz Velasco  
 Hospital General Centro Médico Nacional IMSS.

- 30.- **Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI**  
Dr. S.R. Hathaway, y Dr. J.C. Mc. Kinley  
Manual 2a. Edición  
MMPI - Forma R. Pág. 6  
Editorial El Manual Moderno.