



01981  
1 ej 1

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología  
División de Estudios de Postgrado

La Psicología Clínica y La Psicósomática:  
La Migraña

T E S I S

Que para optar por el grado de  
DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA  
p r e s e n t a :  
MARVIN BANK DIAMOND

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México - 1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E

1	Introducción	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Definiciones de Medicina Psicosomatica</li> <li>b. Relación del stress a la psicosomatica</li> <li>c. Relación intra-psíquica del individuo y la inter-psíquica</li> <li>d. Formula etiológica</li> <li>e. Teorías del desorden psicosomatica</li> <li>f. Modelo conceptual</li> <li>g. Las características de las enfermedades psicosomáticas</li> <li>h. Clasificación</li> </ul>	
II	El Problema Cuerpo-Mente	27
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Teorías filosoficas y psicologicas</li> <li>b. La psicosomatica en la literatura</li> <li>c. La Psicosomatica en la Biblia</li> <li>d. Otras Opiniones</li> </ul>	
III	La Historia del Concepto de la Psicosomatica hasta 1935	- 32
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. El Hombre Prehistórico</li> <li>b. Los Griegos</li> <li>c. Siglos 17 y 18</li> <li>d. Siglo 19</li> <li>e. Pavlov</li> <li>f. Los Conductistas</li> <li>g. Los Gestaltistas</li> <li>h. Freud</li> </ul>	

IV	La Historia del Concepto de la Psicomatica después de 1935	53
	a. Dunbar	
	b. Alexander	
	c. Engel	
	d. Grinker	
	e. Varios	
	f. La segunda guerra mundial	
	g. Halliday	
	h. Contemporaneos	
V	Teoria de la Especificidad	69
	a. Alexander	
	b. Dunbar	
	c. Kubie	
	d. Grinker	
	e. Schontz	
VI	Diagnosis de las Enfermedades Psicomaticas	77
	a. Factores geneticas	
	b. Ambiente social y cultural	
	c. L'Anamnesis	
	d. Weiss y English	
	e. Halliday	
	f. La vida sexual	
	g. Walker	
	h. Ayudas Diagnosticas	
	i. Mirsky	

		IV
VII	Tratamiento	92
	a. Coleman: Técnica Integrada	
	b. Psicoanalysis	
	c. Ambiental	
	d. Selye	
	e. Las curanderas	
	f. Nutricional	
VIII	La Migraña	105
	a. Descripción	
	b. Teorías Psicológicas	
IX	La Personalidad Migrañosa	122
	a. Historias	
	b. Equivalencias	
X	Tratamiento Psicologico	136
	a. Actitud Holistica	
	b. Tratamiento medico	
	c. Otros tratamientos	
XI	Conclusiones	155
XII	Bibliografía	159

## INTROUCCION

En un ambiente que cada día se vuelve más complejo, - complicado, tenso y competitivo, la existencia del hombre se vuelve más difícil de sostener a nivel sano. La sociedad occidental con su filosofía de "laissez faire" en todas las ramas del esfuerzc humano ha llegado a su nadir, y el espíritu competidor ha aumentado hasta el punto en donde el hombre se siente y está básicamente solo. Junto con el gran desarrollo industrial de la civilización moderna se halla el siempre creciente incremento de la sociedad de consumo, en donde las necesidades básicas rara vez se satisfacen y las innecesarias - se fomentan mucho. Los medios de comunicación difunden las glorias de la producción moderna frente a todo el que se puede tener una televisión, un radio, una revista, un periódico - mientras que los bajos ingresos limitan la realización de estos deseos creados, innecesarios. Las frustraciones y los - conflictos cobran su precio a la psique humana.

En la sociedad occidental no tenemos filosofía del - realismo, del antimaterialismo, en la cual se muestra que la felicidad no depende de lo que se puede comprar, sino de lo - que uno es, de como se adapta uno a su habilidad, su talento - y sus limitaciones, del apoyo de uno a su prójimo.

El hombre moderno es víctima del uso y del mal uso de los descubrimientos de la ciencia y de la tecnología, de la - psicología aplicada, de una sociología, una economía, y una - política al servicio de una "élite", ávida de cada vez y mayor control de la vida y poseído de un continuado poder político y económico.

El hombre moderno ha sido y es manipulado para ser un consumidor de artículos que son inútiles, de cada vez mayores cantidades de bienes materiales, de algo diariamente nuevo y

diferente, de un consumo que por su evidencia "prueba" el éxito del individuo.

Sin embargo, el hombre no puede mantener su equilibrio físico, emocional ni mental en esta manera. Su psique sufre, su soma sufre y enferma, presa de tensiones que no entiende y víctima de fuerzas sobre las cuales no tiene control.

El hombre, tanto en estado saludable como enfermo, funciona como una unidad psicosomática. El individuo es un sistema dinámico en equilibrio inestable, actuando y reaccionando a cambios en su ambiente, tanto externos como internos. La perturbación de la homeostasis conduce a procesos psicológicos y fisiológicos que intentan restablecer este equilibrio. Por lo tanto, la enfermedad no es meramente un fenómeno somático sino también uno psicológico, por ello el tratamiento de la enfermedad es un proceso tanto somático como psicológico.

A pesar de que el hombre siempre ha tenido tensiones las cuales chocan con su existencia cotidiana, ahora está abrumado por la vida moderna, al grado en que los padecimientos psicosomáticos están aumentando rápidamente. El efecto de la mente en el cuerpo se está volviendo más común y más serio; el cuidado de la salud es sobrecargado por enfermedades cuya etiología no es bacteriana, viral ni degenerativa, sino más y más psicosomática.

En las páginas que siguen se intenta investigar los antecedentes psicosomáticos de los padecimientos del hombre y concentrarse completamente en una de estas enfermedades psicosomáticas, la migraña.

Hay mucha evidencia que sostiene la teoría de la psicogénesis de ciertas enfermedades. Se ha encontrado que hay

una alta correlación entre una enfermedad de un paciente y los problemas emocionales de su vida. También, los experimentos han demostrado que el "stress" agrava los cambios fisiológicos de la enfermedad. Los experimentos con animales han mostrado claramente que el asma, los problemas cardiovasculares, las úlceras y la arteriosclerosis son producidos por el "stress". Los "conflictos interanimales" produjeron vómito en perros y muerte en ratas. (WHO, 1964) En general, entonces, la evidencia experimental indica que el "stress" psicológico es una influencia patogénica potente.

Los conceptos psicossomáticos involucran un entendimiento psicobiológico en el que los cambios ambientales provocan procesos cerebrales, los cuales activan sistemas neuroendocrinos, que a su vez, provocan cambios en órganos y sistemas corporales. Brevemente, los hechos psicológicos participan en proporción variable en la patogénesis de las perturbaciones del cuerpo. Una gran variedad de sucesos pueden actuar como fuerzas patogénicas en base a su habilidad para provocar reacciones personales, individuales. Un extremo puede ser un alza social o política, mientras por el otro puede serlo un cambio intrapsíquico debido a un cambio hormonal en el plasma sanguíneo.

Dentro de estos extremos ocurren muchos sucesos que tienen efectos psicológicos variables en el individuo, que conducen a cambios fisiológicos y posiblemente a enfermedad. Para comprender más íntegramente las reacciones somáticas al "stress", podría ser útil revisar el sistema nervioso autónomo.

La actividad de los órganos internos está controlada por el sistema nervioso autónomo o vegetativo. Hay dos partes principales del SNA, el simpático y el parasimpático. La mayoría de los órganos se encuentran inervados por nervios de am-



bas partes, los cuales en tales órganos producen un efecto o—  
puesto. Por ejemplo, el efecto simpático en el corazón es ace—  
lerador; el parasimpático, depresor.

Bajo condiciones de "stress", el sistema autónomo pre—  
para el organismo a hacer frente a la condición ambiental cami—  
biada. En los tiempos primitivos esto sucedía sobre todo para  
enfrentarse al peligro o para huir de él. Esto se llama la -  
reacción de "pelea o huida". Cannon fue un pionero en su tra—  
bajo sobre la teoría de las "funciones de emergencia" de las -  
emociones. Selye, en su libro sobre el "stress", también in—  
vestigó esta reacción.

Hay ciertas enfermedades que han sido llamadas psico—  
somáticas debido a que revelan componentes psicológicos más -  
claramente definidos y más específicos en su etiología. Estas  
enfermedades incluyen el asma, la enfermedad del heno, la úlce—  
ra péptica, la colitis ulcerosa, la hipertensión fluctuante, -  
las enfermedades vasoespásticas, la migraña y otras. Sin em—  
bargo y a pesar de la teoría de la especificidad (la cual se -  
discutirá más adelante), uno debe estudiar a cada paciente in—  
dividualmente con el propósito de entender del todo la totali—  
dad de fuerzas, tanto psicológicas como ambientales que se re—  
lacionan con su problema.

Aunque la rama de la psicología que trata de las "fa—  
cultades" divide a la mente en tres aspectos: cognoscitivo, -  
afectivo y volitivo, nos damos cuenta de que estos aspectos de  
la conducta humana no existen solos, sino que coexisten y úni—  
camente están separados uno del otro para propósitos descripti—  
vos.

De manera similar, en los modernos tratamientos médi—  
cos y psicológicos existe una tendencia a separar la mente del

cuerpo y al paciente de su ambiente. Pero la mayoría de las enfermedades, especialmente las de naturaleza psicogénica, sólo pueden comprenderse relacionando al individuo con su ambiente social.

Como dice Franz Alexander: "El enfoque psicológico al problema de la vida y la enfermedad hace de los procesos corporales internos una unidad sintética con las relaciones externas del individuo con su ambiente social. De una base científica a observaciones empíricas cotidianas tales como el que un paciente con frecuencia muestre una recuperación asombrosa si se le saca de su ambiente familiar o si interrumpe su ocupación diaria, y de esta manera es relevado de esos conflictos emocionales que surgen de la vida familiar o de la actividad profesional. El conocimiento detallado de la relación de la vida emocional con los procesos corporales extiende la función del médico: el cuidado físico y mental del paciente puede de nuevo unirse en una mano. La división de la profesión de curar entre religión y medicina (el "analista lego" es el último residuo de esta división) ha sido una división artificial basada en el conocimiento insuficiente de las funciones del cuerpo y la personalidad en su mutua interrelación. (Alexander, - 1950).

Una de las suposiciones básicas de la psicología psicósomática es que el apresar las emociones y el bloque de la acción por mecanismos tales como la supresión y la represión pueden conducir a un modo de expresión fisiológico y/o somático.

Si no hubiera una cantidad excesiva de energía afectiva bloqueada, no habría sistemas psicósomáticos.

Con frecuencia, los conflictos intrapsíquicos se hacen aparentes a través de sistemas psicósomáticos. El inconscien-

te puede manifestarse hasta el punto en el cual las actividades del consciente se deforman y distorsionan, llevando a muchas enfermedades neuróticas y psicósomáticas, las cuales son el resultado de fuerzas inconscientes que afectan el consciente en varias maneras. El equilibrio de la psique humana total se destruye y se producen varios síntomas psíquicos.

El término psicósomático se usa con diferentes significados. El uso más común es para denotar un limitado número de enfermedades con ciertas características psicogénicas. Menos comúnmente, aunque va en aumento su uso, significa un filosofía holística de enfocar la enfermedad humana en la cual la enfermedad es una función de la relación del individuo con su ambiente y siempre desde un aspecto psicológico-material integrado. Quizá un tercer significado podría subrayar el aspecto ecológico de la enfermedad — la interrelación de todo en nuestro ambiente que choca con la vida del individuo. Las diferentes escuelas de psicología podrían estar de acuerdo con la definición general de psicósomático, aunque cada una se concentra en un aspecto diferente del concepto, esto es, el psicoanálisis se dedica a la dinámica inconsciente del paciente, mientras que la teoría del aprendizaje estudia el condicionamiento del sistema nervioso autónomo.

Es bien sabido que las perturbaciones emocionales se asocian con el inicio y el empeoramiento de las enfermedades psicósomáticas. Hoy se acepta que las reacciones emocionales y los cambios en los órganos pueden por lo tanto verse como aspectos diferentes de la reacción de los individuos a factores "stressantes" ambientales y emocionales.

Desde el punto de vista fisiológico, la respuesta al "stress" se puede dividir en tres etapas: 1. Una respuesta inmediata a través del sistema nervioso autonómico. 2. Una respuesta

respuesta retardada de más o menos un minuto que involucra la secreción de adrenalina y noradrenalina y 3. Una respuesta a largo plazo al "stress" crónico a través de la secreción de corticosteroides y tiroxina. Estas reacciones conducen directamente a manifestaciones psicosomáticas. Como hace notar Hamilton: "El estímulo de la reserva del parasimpático en los bronquios causa contracción de las fibras musculares y un estrechamiento de la luz de los bronquiolos, y éste es el primer período de un ataque de asma". (Hamilton, 1975).

También la cortisona, una hormona de la corteza suprarrenal, se usa terapéuticamente y dos de sus complicaciones, - ambas relaciones con problemas psicosomáticos, son el desarrollo de úlcera péptica y el desencadenamiento de tuberculosis pulmonar.

Una parte importante del cerebro que parece actuar como centro coordinador y punto conector entre el sistema nervioso autónomo y las emociones es el hipotálamo. (Seguin, 1950).

El enfoque psicosomático es más fácilmente entendible si uno se da cuenta de que la mayor influencia temprana en lo psicosomático ha sido la psicología dinámica, la psicología orientada psicoanalíticamente. Los tres conceptos más esenciales de esta rama de la psicología son:

1. El concepto del determinismo psicológico.
2. El concepto del inconsciente.
3. El concepto de la importancia de las emociones.

(Seguin, 1950).

El determinismo psicológico trata acerca de la probabilidad de causa y efecto en la conducta, lo cual tiene una -

aplicación en los psicossomático. La vida psíquica inconsciente también afecta nuestras reacciones, emociones y conducta, - teniendo su efecto en las reacciones psicossomáticas. Las emociones también están íntimamente relacionadas con problemas psicossomáticos. Por lo tanto, es obvio que la psicología psicoanalítica está íntimamente relacionada con un entendimiento de las reacciones psicossomáticas del cuerpo.

Sin embargo, uno nunca debe olvidar que las hipótesis generadas por técnicas psicoanalíticas no son leyes. La advertencia de Freud: "No confundir el andamio con el edificio" - con frecuencia es ignorada por aquéllos que usan el psicoanálisis para resolver enfermedades psicossomáticas.

Como dice Mirsky: "Con mucha frecuencia la complejidad de las abstracciones metapsicológicas que usan algunos para describir los mecanismos fisiológicos pueden correlacionarse directamente con el grado de nuestra ignorancia de acontecimientos verdaderos".

De manera similar, los conceptos fisiológicos no pueden siempre aplicarse a hechos psicológicos. Szasz cree que la experiencia humana debe estudiarse dentro de un marco de referencia puramente psicológico desprovisto de abstracciones fisiológicas.

La definición de Seguin de la medicina psicossomática es la siguiente: "Hablamos no de una medicina psicossomática, sino de una tendencia psicossomática en medicina, la cual tiene como su meta el estudio del hombre como un todo, íntegro, - considerado como tal en salud y en su enfermedad, y la aplicación de las conclusiones de dicho estudio al diagnóstico, pronóstico y tratamiento". (Seguin, 1950).

Varios estudios indican que hay una relación entre las características psíquicas y las somáticas de un individuo. Cada tipo de individuo reacciona con una cierta predisposición a ciertos estímulos. Cualquier tratamiento completo de síntomas psicossomáticos y de etiología debe tomar esto en cuenta. (Seguin, 1950).

Holliday (1950) define a la enfermedad psicossomática como "una perturbación corporal cuya naturaleza se puede apreciar sólo cuando los disturbios emocionales se investigan, además de los físicos".

Se usa la palabra "psicossomático" como adjetivo para describir una enfermedad en la cual la personalidad del paciente y sus experiencias emocionales desempeñan un papel importante en la generación y desarrollo de los síntomas. (Hamilton, 1955).

Como dice Fedido: "El significado de la medicina psicossomática es inseparable del destino de la medicina general". (Fedido, 1973). ("La signification de la médecine psychosomatique est indissociable du destin de la médecine générale".)

Entre las causas más comunes de enfermedad psicossomática se encuentran la pérdida de una relación humana significativa, sentimientos de desesperanza y desamparo y hostilidad reprimida.

La salud y la enfermedad no pueden ser íntegramente entendidas con el recurso de una sola explicación de causa. Es de visualizar la enfermedad humana con comprensión. Aunque mucho más trabajo tiene que hacerse acerca del papel de los factores psicológicos en el desarrollo de enfermedad física, es también necesario continuar investigando la herencia, el am-

biente social, los factores económicos, así como las influencias políticas y culturales en el individuo. Por supuesto, los agentes fisiopsicoquímicos y los factores biológicos tienen gran importancia en el tratamiento de la enfermedad humana pero el concentrar la atención sólo en estas influencias para descuidar otras no sería prudente.

La enfermedad psicosomática se trata mejor mediante la medicina y la psicología clínica, una y otra partes necesarias del tratamiento holístico de esta rama del cuidado de la salud. La profesión médica está por supuesto bien calificada para diagnosticar enfermedades orgánicas, mientras que la profesión de psicología clínica está igualmente bien calificada para investigar y describir la personalidad completa del individuo en el cual se manifiesta la enfermedad.

E. A. Strecker hace notar: "No es una exageración decir que todo un cincuenta por ciento de los problemas en los períodos agudos de una enfermedad y setenta y cinco por ciento de los problemas de convalecencia tienen su origen primario en el cuerpo, sino en la mente del paciente". Alexander define el término psicosomático como "un método de enfocar, tanto en la investigación como en la terapia, a saber, el uso simultáneo y coordinado de métodos y conceptos somáticos, esto es, fisiológicos, anatómicos, farmacológicos, quirúrgicos y dietéticos, por un lado, y métodos y conceptos psicológicos, por el otro". (Alexander, 1950).

En un intento por resumir una definición más exacta de los fenómenos psicosomáticos, Stephen Block les da la categoría que sigue:

(i) Síntomas físicos de patología física desconocida que puedan correlacionarse con psicopatología conocida.

(ii) Síntomas físicos de patología física conocida - que pueden correlacionarse con psicopatología conocida.

(iii) Síntomas físicos de patología física desconocida que pueden correlacionarse con psicopatología que se sabe deriva de otros síntomas físicos de patología física conocida.

En perturbaciones neuróticas del sistema vegetativo, - hay una privación de la acción normal dirigida hacia el exterior, y las tensiones emocionales restantes producen cambios - vegetativos internos que pueden conducir a síntomas somáticos.

Todos los estados objetivos emocionales y mentales, influyen y van acompañados de procesos viscerales y somáticos. - Aún los conceptos tan vagos como "la voluntad de vivir" están - bajo la influencia de factores psíquicos, a pesar de que se conoce poco acerca de cómo influyen en el desarrollo de resistencia e inmunidad. Pronto veremos la paradoja de la gente que - trata de resolver los problemas de la existencia enfermándose.

Sir Thomas Lewis dijo: "Cuanto investigamos la causa - de una enfermedad, con frecuencia se nos hace considerar una - larga cadena de circunstancias pertinentes... Sin embargo, en algún lugar, hay un acontecimiento en particular, el cual es - de importancia cardinal para el individuo, ya que se puede decir que ha puesto en marcha la cadena de acontecimientos en - él". El demuestra que es difícil aislar una causa específica - en cualquier enfermedad clínica. Hay numerosas determinantes - en la etiología de cualquier síndrome clínico aunque pueda haber uno de importancia mayor.

En el pasado se sabía que los factores psicológicos y - sociales influían en la producción de problemas clínicos; pero era más bien un interés filosófico que de investigación cientí



fica. Con la introducción de la técnica psicoanalítica, se -  
 mostró interés en la manera en la cual lo inmaterial influye -  
 en lo material, el modo mediante el cual los sentimientos, las  
 actitudes, las ideas y los valores influyen sobre las activida-  
 des fisiológicas. De esta manera se volvió científica la cien-  
 cia de lo psicosomático, con el concepto de que el proceso men-  
 tal influye a otros niveles y de que sólo un conocimiento de -  
 todos los niveles de organización puede proporcionar una vi-  
 sión dentro de la estabilidad dinámica del organismo.

Estamos interesados en la estabilidad del aparato men-  
 tal y emocional, y por esta razón debemos estudiar la interac-  
 ción de este sistema en términos de un continuo intercambio en-  
 tre el individuo y su ambiente psicológico y social. Aunque -  
 puede ser difícil encontrar las relaciones de causa y efecto -  
 entre las enfermedades fisiológicas y las psicológicas, es ne-  
 cesario por lo menos encontrar correlaciones entre ellas. El  
 enfoque psicosomático es el indicado en estos problemas. Es -  
 un enfoque multidisciplinario. Estudia las relaciones entre -  
 los parámetros y las correlaciones entre los niveles de organi-  
 zación.

La actitud psicosomática combina los conceptos y técni-  
 cas de la psicología con las otras ciencias conductuales y con  
 la medicina.

Aunque una enfermedad puede ser primariamente física -  
 o primariamente mental, siempre hay aspectos de las enfermeda-  
 des mentales en las físicas y aspectos de las enfermedades fi-  
 sicas en las mentales. Es sólo mediante una actitud holística  
 como se pueden entender y tratar completamente las anomalías  
 humanas. En lo que podría parecer una enfermedad puramen-  
 te bacteriana, la cuestión de una resistencia disminuída debi-  
 da a problemas emocionales es siempre de importancia. El pro-  
 nóstico mismo está parcialmente basado en una comprensión del-

estado emocional del paciente. O tiene la voluntad de vivir - o está ganando terreno Tánatos. Dunbar establece que es "más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene el paciente". (Dunbar, F., 1943).

Las dificultades en adaptarse al "stress" puede traer como consecuencia tensiones emocionales que pueden conducir a patología orgánica, las enfermedades psicofisiológicas. De acuerdo con Coleman, pueden actuar en una de las siguientes maneras: "La represión de la tensión emocional y su desecho a través de sistemas orgánicos viscerales; la tendencia en un paciente dado a involucrar sólo un sistema orgánico, tales como el respiratorio, cardiovascular o gastrointestinal; la producción frecuente de patología estructural, la cual puede ser tan severa como para poner el peligro la vida". (Coleman, 1964).

Se estima que el cincuenta por ciento de los pacientes médicos pueden estar padeciendo enfermedades "emocionales". En 1962 se informó que en los EE.UU. había diez millones de casos de migraña, siete millones de casos de artritis y cinco millones de casos de úlceras pépticas, todas las cuales son consideradas como de naturaleza psicofisiológica, por lo menos parcialmente. (Pasamanick, 1962).

La Asociación Psiquiátrica Americana clasifica las enfermedades emocionales como "enfermedades psicofisiológicas autónomas y viscerales". Hay diez clasificaciones en uso actualmente: (1) Reacciones cutáneas; (2) reacciones músculo-esqueléticas; (3) reacciones respiratorias; (4) reacciones - cardiovasculares; (5) reacciones hemáticas y linfáticas; (6) reacciones gastrointestinales; (7) reacciones génito-urina-rias; (8) reacciones endocrinas; (9) reacciones del sistema nervioso, y (10) reacciones de los órganos sensoriales.

El curso de la enfermedad parece estar relacionado con la cantidad de tensión experimentada por el individuo.

En una persona normal la mayoría de las tensiones emocionales se descargan a través de varias actividades verbales físicas o fantasiosas; pero cuando estas tensiones se suprimen o bloquean, la energía emocional se descarga, principalmente en forma inconsciente, a través de órganos viscerales u otras partes afectadas de la fisiología.

Si estas enfermedades representan una falla para adaptarse a los factores "stressantes", pueden llamarse entonces "enfermedades de adaptación".

Para entender mejor el "stress", estará bien investigar ese clásico de los psicósomáticos, "El Stress de la Vida" ("The Stress of Life"), escrito por el pionero del "stress", Hans Selye.

De acuerdo con Selye, la vida es en su mayor parte un proceso de adaptación al ambiente circulante, tanto orgánico como inorgánico. Un ajuste exitoso a estas condiciones siempre cambiantes conduce a la salud y a la felicidad; un ajuste no exitoso conduce con frecuencia a neurosis, psicosis y enfermedades psicósomáticas. Estas enfermedades de adaptación al "stress" toman muchas formas: presión sanguínea elevada, úlceras, alergias, dolores de cabeza, enfermedades cardiovasculares y otras.

En cualquier trabajo sobre lo psicósomático es necesario investigar el "stress", y esto lo haremos básicamente a través del clásico trabajo sobre el "stress" de Hans Selye.

El "stress" es en esencia la tasa de desgaste del cuerpo. Los signos objetivos del "stress" son muchos y variados.

Pueden ser aspectos de daño psicológico o pueden ser manifestaciones de la defensa del cuerpo contra el "stress". En general, Selye llama a estos signos el SÍNDROME DE ADAPTACION GENERAL. Se desarrolla en tres etapas: 1) la reacción de alarma 2) la etapa de resistencia; 3) la etapa de agotamiento.

Claude Bernard, durante la segunda mitad del siglo XIX mostró que los organismos vivientes automáticamente mantenían la constancia de su medio interno a pesar de un ambiente en constante cambio. Walter Cannon llamó a este fenómeno, HOMEOSTASIS, la habilidad para permanecer igual o estático.

Con la operación concomitante del síndrome de adaptación general y de la tendencia a la homeostasis, podemos entender mejor lo que sucede en el organismo bajo "stress". Primero bajo la influencia de cualquier tipo de "stressor", mental, emocional o físico, la reacción de alarma se inicia, involucrando principalmente a las hormonas de la corteza suprarrenal; en seguida, la homeostasis empieza a actuar y se produce el período de resistencia, lo cual vuelve al cuerpo a la normalidad. En tercer lugar, si el estímulo nocivo continúa, se manifiesta el período de agotamiento, en el cual el cuerpo no puede resistir más los factores "estresantes" y se quebranta ya física o psicológicamente.

Una definición más científica de stress es el estado que se manifiesta mediante el síndrome de adaptación general, el cual, si se prolonga, se caracteriza por estimulación suprarrenal, disminución en la función de los órganos linfáticos, úlceras gastrointestinales, pérdida de peso corporal, alteraciones en la composición química del cuerpo, etc. (Selye, 1956).

Una definición más precisa podría ser: "El stress es el estado manifestado mediante un síndrome específico que cons

ta de todos los cambios no específicamente inducidos dentro de un sistema biológico". Esta definición se reconoce por su relación con el síndrome de adaptación general como anteriormente estableció Selye. (Selye, 1956).

En respuesta a cualquier "estresor" entran en juego - los variados factores condicionantes. Pueden incluir factores internos (predisposiciones hereditarias, experiencias previas, etc.), así como factores externos (dieta, clima, etc.).

Con frecuencia, el cuerpo se adapta a los variados - "estresores" sin gran dificultad, pero en algunos casos, aparecen enfermedades de adaptación o enfermedades psicosomáticas. - Una de estas reacciones por falta de adaptación incluye las enfermedades de los vasos sanguíneos, en donde encontramos el - síndrome de la migraña.

Siguiendo esa idea del stress y su influencia sobre la vida, el Dr. Thomas H. Holmes, de la Universidad de Washington, ha elaborado una escala que cuantifica el efecto de unos cambios en la vida sobre los individuos, es decir, el efecto del stress en el organismo.

## ESCALA DE CAMBIOS DE VIDA.

<u>Cambios</u>	<u>Puntos</u>
Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	65
Encarcelamiento	63
Muerte de un pariente cercano	63
Herida personal o enfermedad	53
Matrimonio	50
Expulsión del trabajo	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45
Cambio en la salud de un pariente	44
Embarazo	40
Dificultades sexuales	39
Nuevo miembro de la familia	39
Cambio en las finanzas personales	38
Muerte de un amigo	37
Cambio de tipo de trabajo	36
Cambio en el número de pleitos conyugales	35
Juicio hipotecario o de préstamo	30
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
Hijo o hija que deja el hogar	29

CambiosPuntos

Problemas con los cuñados	29
Exito personal extraordinario	28
Esposa que comienza o cesa de trabajar	26
Comienzo o final de estudios	26
Revisión de hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio de residencia	20
Cambio de la escuela a la Universidad	20
Vacaciones	13
Infracción menor de la ley	11

El Doctor Holmes cree que no es aconsejable llegar a más de 150 puntos en un año. Si se llega a 300 puntos, existe una gran posibilidad de enfermar gravemente. También la actitud del individuo a una situación "estresante" es importante - en su efecto sobre el cuerpo humano.

Si uno está afectado subjetivamente de un modo sugerido por alguno de los siguientes adjetivos, la situación personal puede ser crítica: desesperado, asustado, miedoso, aterrizado, tenso. Por otro lado, si la actitud subjetiva de uno se describe con los siguientes adjetivos, la situación de uno puede ser estimulante: calmado, agradable, estable, contento, alegre.

El evitar las grandes tensiones de la vida podría ayudar a reducir el stress. El huir en lugar de pelear puede con frecuencia ayudar a reducir el stress. Las personas deben programar su vida y trabajo para reducir las presiones. Se debe reducir el stress de sus dos ambientes, el externo y el interno.

El stress está relacionado con el grupo de enfermedades llamadas psicósomáticas, pero existe el stress en cualquier enfermedad, sea psicogénica o no.

La palabra stress proviene del glosario de las ciencias físicas. Si se atiende a su descripción, puede verse que la palabra encaja también cuando se trata del organismo humano. El término stress ha sido definido como "una fuerza de su suficiente magnitud como para distorsionar o deformar una estructura".

El impacto del stress afecta el sistema nervioso y conduce estímulos al hipotálamo, que, a su vez, afecta la regulación de las hormonas. Cuando el stress es muy fuerte, hay una



gran secreción de hormonas que conduce a un desequilibrio en la actividad física y mental. El stress que actúa constantemente, transforma la función de las glándulas, las cuales afectan los órganos vitales y los mecanismos de adaptación. Para disminuir el efecto del stress, el doctor Selye, sugiere lo siguiente:

En cualquier situación debe decidirse si vale la pena tomar brío en toda actividad física o mental.

Ya desde 1913 Cushing decía: "Las condiciones psíquicas influyen profundamente sobre las descargas de las glándulas de secreción interna".

Lennart Levi describe con un exceso de simplificación admitida el efecto de los estímulos emocionales que inducen el stress de la manera siguiente:

Cuando un individuo es influenciado por estímulos emocionales, los impulsos son conducidos de la corteza cerebral al hipotálamo. Desde aquí los sistemas nerviosos simpático y parasimpático se estimulan. El tono nervioso aumentado del simpático involucra una liberación aumentada en las terminaciones nerviosas simpáticas de noradrenalina, parte de la cual llega a la circulación. Los impulsos nerviosos simpáticos también llegan a la médula suprarrenal, lo cual aumenta su descarga a la circulación de adrenalina y noradrenalina.

Como siguiente paso, el hipotálamo influye sobre la pituitaria, su lóbulo posterior directamente a través de fibras nerviosas y su lóbulo anterior mediante conexiones vasculares. Además, la descarga aumentada de adrenalina por la médula suprarrenal, estimula a la glándula pituitaria anterior, la cual a su vez segrega algunas hormonas tróficas, influyendo de esta manera las glándulas endocrinas subordinadas. -

Durante el stress se ha pretendido que las siguientes hormonas son segregadas por la pituitaria anterior: (a) las hormonas - gonadotróficas que afectan las glándulas sexuales, (b) la hormona tirotrófica que estimula la glándula tiroides, la cual a su vez afecta un número de procesos metabólicos, y (c) la hormona adrenocorticotrófica.

Concluye su investigación respuestas neuroendocrinas - al stress enfatizando su carácter psicossomático. (Levi, 1961)

Baker establece su propia versión de un punto de vista que ve la enfermedad como una característica de un organismo completo, resultando de la polarización de las tendencias - para preservar la vida y de las tendencias que amenazan a la - misma.

Siguiendo este concepto, Shontz dice:

"Aunque este análisis de salud y enfermedad se ha enfocado sobre sentimientos y experiencias subjetivas, operan - procesos similares a todos los niveles de la actividad del organismo. Baker ha encontrado valiosos paralelos entre los niveles psicológicos y somáticos de la conducta humana en la enfermedad.

"Baker, estimulado por los resultados de la investigación psicossomática, por el concepto de enfermedad como respuesta al stress (como la promulgó Selye), y por los conceptos de Freud sobre la defensa de la personalidad y el deseo de morir, Bakan explicó su propia versión de un punto de vista que está ganando poco a poco la aceptación general.

"Esta visión contempla a la enfermedad no como un agente externo que ataca y destruye al cuerpo, sino como una característica de un organismo en su totalidad, resultando de la -

polarización de las tendencias por preservar la vida y de las tendencias que amenazan a la misma.

"Con frecuencia, la polarización se origina dentro del organismo. Cuando esto sucede a nivel psicológico el resultado es la neurosis. Cuando sucede a nivel biológico, el resultado es una "enfermedad de adaptación", en la cual las defensas del cuerpo contra un estímulo físico objetivamente inofensivo se vuelven patogénicas por sí mismas (reacciones alérgicas). Cuando esto sucede en ambos niveles al mismo tiempo, el resultado es una enfermedad psicósomática. Esta concepción - dialéctica y sin embargo holística de la enfermedad, concuerda bien con la noción de que la enfermedad y la salud son estados distintos, no simplemente extremos opuestos de algo continuo". (Shontz, 1975).

Como William White dice: "El hecho de que haya un factor psicológico en relación con toda enfermedad, parece ser inevitable si la teoría de lo que constituye reacción psicológica desarrollada en este libro, se acepta. La especificidad de la reacción, sin embargo, es lo que en particular requiere ahora explicación y dilucidación. El que exista tal correlación específica parece inevitable, pero definirla sin duda representa uno de los más difíciles problemas de la medicina". - (William White, 1931).

La fórmula etiológica de muchos disturbios orgánicos - sigue este esquema: estímulo psíquico reprimido crónico - perturbaciones funcionales - cambios orgánicos. Aunque se conocen bien los procesos cerebrales fisiológicos, será importante la relación psicológica del individuo con su medio para un testimonio completo de problemas psicósomáticos.

Algunos investigadores han estudiado el efecto diferencial de los estímulos psíquicos sobre las reacciones somáticas

de ratas genéticamente susceptibles, Han encontrado que estos experimentos en animales indican que un stress psíquico apropiado puede dar como resultado, si se le prolonga, aumentos moderados en la presión sanguínea relacionados con cambios anatómicos patológicos (J.P. Henry et al., 1971).

Más trabajo ha mostrado la importancia de la predisposición genética en los resultados experimentales. Freedman e Iwai han indicado que cuando son crónicamente expuestas a un conflicto de acercamiento-impedimento, las ratas con susceptibilidad genética a la hipertensión mostraron persistentes elevaciones de la presión sanguínea sistólica; lo cual no presentaron las ratas con una resistencia genética a la hipertensión. Por ello, el stress psíquico es selectivamente eficaz en la producción de efectos hipertensivos según la predisposición genética del animal. (Freedman e Iwai, 1962).

Parece lógico que el carácter genético del individuo humano influiría de manera similar en las reacciones de ese individuo al stress psíquico. Los estímulos que en una persona podrían provocar varias reacciones somáticas, en otra no produciría ninguna o limitadas secuelas fisiológicas.

Lennart Levi presenta un MODELO CONCEPTUAL PARA LA ENFERMEDAD MEDIADA PSICOSOCIALMENTE:

"El efecto combinado de estímulos psicosociales y el programa psicobiológico determina las reacciones psicológicas y fisiológicas de cada individuo. Estas pueden, bajo ciertas circunstancias, conducir a precursores de la enfermedad y a la enfermedad misma. Esta secuencia de hechos puede ser estimulada por variables interactuantes. La secuencia no es un proceso de un solo sentido, sino que constituye parte de un sistema cibernético con retroalimentación continua". (Levi, L., 1975).

Una enfermedad psicosomática puede tener las siguientes características:

1. La enfermedad es de función, más que de estructura.
2. Es precipitada por un estímulo inadecuado.
3. La respuesta no es apropiada al estímulo.
4. Está basada en alguna experiencia pasada, usualmente dolorosa.
5. Está basada en asociaciones fijas — un cierto estímulo ca si siempre provocará una respuesta invariable.
6. Las reacciones del paciente parecen pasar por alto o ignorar la situación presente en favor de alguna previamente — experimentada.

Malmo y otros mostraron que "se concluía que los pacientes psiquiátricos con quejas somáticas tienden a manifestar una sensibilidad fisiológica aumentada en el sistema o mecanismo fisiológico relacionado bajo la exposición al stress. La perturbación parece ser específica al sistema fisiológico relacionado con el mal y puede demostrarse objetivamente aún cuando los síntomas subjetivos no se experimentan al mismo tiempo que el stress". (Malmo y otros, 1949).

Podemos apreciar una frecuencia en aumento de enfermedades psicosomáticas en el hombre moderno, y la psicología moderna juega un papel cada vez más importante en el entendimiento y el control de estas enfermedades.

En esta tesis, trataré de seleccionar información que sea una contribución genuina al conocimiento más que de favorecer a una escuela psicológica u otra. Sin embargo, sería muy difícil no apreciar la vasta obra de pionero de Sigmund Freud para abrir un fértil campo para el entendimiento humano que incluye la importante área de los psicosomático. Su trabajo discutirá más adelante.

### El Problema Mente-Cuerpo.

Si vamos a entender completamente el efecto de la mente en el cuerpo, sería útil revisar algunos aspectos históricos de la mente. Platón dijo: "Porque éste es el gran error de nuestros días... que los médicos separen el alma y el cuerpo".

Sócrates, Hipócrates y Platón dijeron que, en esencia, la enfermedad es tratada ya por médicos del cuerpo ya por médicos del alma, pero que realmente el cuerpo y el alma son indivisibles y están unificados.

En las interpretaciones tempranas, la mente era una sustancia metafísica cuya existencia material era difícil de encontrar. Por supuesto, las teorías dualísticas consideraban la mente como una sustancia distinta de la materia. Según Descartes, tanto la mente como la materia se encontraban en la glándula pineal, "el sistema del alma". Spinoza consideraba la mente y la materia como dos atributos de Dios separados. Sin embargo, las teorías monísticas suponen la unidad esencial de mente y materia. Los platónicos creían que la materia era mera apariencia, que confundía a la mente humana. Berkeley, el filósofo inglés, creía que sólo existe la percepción. Leibnitz propuso mónadas y armonía mente-materia.

En el siglo XVIII los materialistas consideraron la mente como un aspecto de la sustancia material. Clifford, T. Huxley y Hodgson interpretaban la mente como un derivado del proceso fisiológico.

Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808) presentó una serie de memorias a la Academia Nacional Francesa, enfatizando la necesidad de combinar las ciencias naturales y las ciencias sociales en el estudio del hombre. Sus puntos de vista sobre

las relaciones mente-cuerpo son interesantes. Dice:

"Si, por lo tanto, ahora juntamos bajo un solo punto de vista las variadas circunstancias que determinan la naturaleza y el poder de la influencia que ejerce un órgano sobre otros órganos específicos, o sobre todo el sistema, vemos que todos se combinan para favorecer el órgano cerebral; esto es, ningún otro órgano, según las leyes de la economía vital, puede ejercer una acción total que sea más constante, más vigorosa ni más general..."

"Por ello, no podemos continuar con incertidumbre para decidir sobre el verdadero significado de esta expresión, la influencia de la mente sobre el cuerpo. Claramente vemos que designa esta influencia misma del sistema cerebral, como el órgano del pensamiento y de la volición, sobre otros órganos, a los cuales, mediante su acción simpática, es capaz de excitar, suspender y aún pervertir en todas sus funciones. Es eso; no puede ser más que eso". (Diamond S., 1944).

Kant y Hegel transigieron entre el monismo y el dualismo, Kant tomando una posición agnóstica mientras que Hegel creía en la racionalidad material. Hume examinó sus procesos mentales y concluyó que no había el yo, si el yo se consideraba como la suma total de las propias experiencias, las cuales también pueden considerarse como la mente. Freud y los freudianos consideraban la mente como incluyendo en ella a la mente inconsciente, lo cual amplía el concepto de "mente-yo" para incluir el id, el ego y posiblemente el superego. (Harrison, -1946).

Cannon, un pensador elemental, refiriéndose a las relaciones mente-cuerpo, creía que el funcionamiento normal del sistema nervioso mantiene el organismo en un estado de homeostasis.

Cannon indica que el sistema nervioso autónomo simpático regula las funciones orgánicas en referencia a estímulos-externos y reacciones de emergencia que inhiben los procesos -anabólicos.

Por otro lado, el sistema nervioso parasimpático estimula los procesos anabólicos, de manera que estos dos sistemas son antagonicos y sirven para equilibrarse entre sí en el proceso homeostático. Sin embargo, si el sistema simpático es estimulado crónicamente por emociones no descargadas, tales como la hostilidad, el odio y el miedo, las reacciones fisiológicas que sufre el cuerpo no son aligeradas. En consecuencia, el cuerpo debe soportar una frecuencia cardíaca, una presión sanguínea, un metabolismo de carbohidratos y una dilatación vascular aumentados; todos los cuales, eventualmente, pueden producir síntomas somáticos y posibles cambios celulares somáticos. (Cannon, 1920).

El Dr. Alan Gregg, notable pensador médico, cree que - "la totalidad que un ser humano es, ha sido dividida para su estudio en partes y sistemas; uno no puede desacreditar el método, pero uno no está obligado a permanecer satisfecho con sus resultados solamente. ¿Qué hace y mantiene a nuestros varios órganos y numerosas funciones en armonía y federación? ¿Y qué tiene que decir la medicina de la fácil separación de "mente" y "cuerpo"? ¿Qué hace al individuo lo que implica la palabra: "no dividido"?

"La necesidad de un mayor conocimiento es aquí de una claridad muy aguda. Pero más que mera necesidad hay un anuncio de cambios por venir. La psiquiatría está en movimiento, - la neurofisiología está en creciente, la neurocirugía florece y una estrella cuelga aún sobre la cuna de la endocrinología. Se deben buscar aportaciones de otros campos a partir de la psicología, la antropología cultural, la sociología y la filo-



sofia, así como de la química y la física y la medicina interna para resolver la dicotomía de mente y cuerpo que nos dejó - Descartes."

La distinción entre mente y cuerpo se nota aún en las sociedades primitivas modernas. "Su enfermedad se está volviendo desenfundada y fuera de razón... pero podría haber tenido enfermedad en el cuerpo también". Esta cita esquimal indica que ellos pueden diferenciar entre los problemas de la mente y los del cuerpo. Su palabra para las personas que sufren esta reacción psicótica es "nuthkaychak". Esto se traduce como "estar loco". (Murphy, 1976).

No sólo fueron los filósofos y científicos quienes propusieron su opinión sobre la relación mente-cuerpo. Los escritores también, con su sensibilidad profética hacia la vida han dejado una astuta relación de sus puntos de vista sobre esta - intrigante materia.

La literatura proporciona mucha evidencia de las causas psicogénicas de la enfermedad. Parece haber una peculiar correlación entre el amor no correspondido y la tuberculosis. Las desamparadas horoínas, la Dama de las Camelias de Dumas, - Anna Karenina de Tolstoi y la Bohemia de Puccini, confirman este hecho.

El clérigo inglés del siglo XVIII, Laurence Sterne, en su "Vida y Opiniones de Tristram Shandy (1959)" escribió: "El cuerpo de un hombre y su mente, con la mayor reverencia a ambos lo digo, son exactamente como un chaquetón y su forro: si se arruga uno, se arruga el otro".

William Blake escribió en su Matrimonio de Cielo e Infierno:

Pero primero la noción de que el hombre tiene un cuerpo diferente de su alma debe destruirse; esto haré grabando en el método infernal, con corrosivos que en el Infierno son salutíferos y curativos, derritiendo las superficies aparentes y descubriendo el infinito que estaba escondido.

Dryden hace notar que:

"Nuestras mentes están perpetuamente forjadas al temporeamiento de nuestros cuerpos; lo que me hace sospechar que están más aliadas de lo que nuestros filósofos o nuestros teólogos escolásticos les permitirían estar".

Por supuesto, Shakespeare, ha preguntado:

"¿No puedes tú auxiliar a una mente enferma, arrancar de la memoria una pena arraigada, derruir los problemas escritos del cerebro, y con algún dulce antídoto de olvido limpiar el relleno seno de esa sustancia peligrosa que pesa sobre el corazón?"

Los novelistas contemporáneos también tratan el problema mente-cuerpo. Uno de los más intelectuales de los novelistas modernos, el ganador del premio Nobel Saúl Bellow, trata esta materia en Henderson, el Rey de la Lluvia. Durante una conversación entre Dahfu, Rey de los Wariri, y Henderson, el Rey explica que "... la carne influyendo en la mente, la mente influyendo en la carne, de regreso a la mente, de nuevo a la carne". El proceso, como él lo vio, era completamente dinámico". (Bellow, 1958).

## HISTORIA HASTA 1935.

Sin duda el hombre prehistórico tenía pensamientos vagos acerca de la diferenciación entre sus pensamientos y sus acciones, sus sentimientos y su cuerpo; pero, sin un lenguaje escrito, cada generación tenía que redescubrir cualquier conocimiento obtenido por su predecesora. Aunque se practicaba la comunicación oral, la memoria del hombre estaba sujeta a grandes tensiones, nuevas experiencias y motivación limitada para cualquier conocimiento serio que transferir a través de los períodos del tiempo.

Cuando el lenguaje escrito se inventó la transferencia de conocimientos de una generación a la siguiente se facilitó, de manera que empezamos a ver referencias de la mente y el cuerpo en las escrituras primitivas sumeria, egipcia y hebrea. Sin embargo, no fue sino hasta que la civilización griega empezó a llegar a su culminación en el siglo VI A.C. cuando la ciencia se convirtió en más que una actitud vaga y supersticiosa hacia la naturaleza y lo desconocido.

Las dos palabras que usamos para describir la mente y el cuerpo, psique y soma, son de origen griego, y alguna huella de relación entre ellas se encuentra en la ciencia griega temprana.

Al correr del tiempo, la relación entre mente y cuerpo se hizo más aparente, a pesar de que su investigación por el hombre se volvió más filosófica que científica.

Por algún tiempo la ciencia se mantuvo estática en Europa, pero poco después del inicio del Renacimiento el hombre empezó a mostrar interés en cosas no religiosas, y el trabajo científico aumentó rápidamente. Mientras la ciencia aumentaba su ámbito y su fertilidad en la Europa del siglo XVII, se sepa-

ró de la filosofía y se convirtió en una disciplina por separado. Hicieron su aparición entonces las variadas especialidades y las relaciones mente-cuerpo se investigaron más profundamente. La especialización se fortificó y las disciplinas se fragmentaron. La psicología pareció concentrarse en la mente, mientras que la medicina se concentró en el cuerpo. Pero hacia la mitad del siglo XX, tanto los psicólogos como los doctores se dieron cuenta cabal de que había una unidad básica entre estas dos entidades. La mente no trabajaba sola y el cuerpo no se encontraba aislado del sistema nervioso.

Para comprender más profundamente la unidad esencial de la mente y el cuerpo, esta disertación investigará el desarrollo histórico de la relación psicosomática y tratará de mostrar que ni la mente ni el cuerpo pueden trabajar independientemente el uno del otro y que cualquier intervención psicológica o médica debe tratar con el otro concepto aliado para un tratamiento completo del individuo así como para una resolución exitosa de muchos problemas humanos.

Pronto se llevó a cabo un análisis histórico de los psicosomático y se descubrió que muchos pensadores en el pasado pensaron y escribieron sobre lo que nosotros ahora llamamos lo psicosomático.

En la literatura de la medicina del Egipto temprano, así como de Palestina y Grecia, se pueden encontrar muchas referencias al problema mente-cuerpo.

El famoso lema Mens sana en corpore sano, indica que los antiguos sabían de la interrelación entre mente y cuerpo. Muchos pensadores antiguos consideraron a la mente y al cuerpo como dos aspectos de la misma entidad, aunque vistos desde diferentes posiciones.

La literatura antigua contiene muchas aseveraciones sobre los concomitantes somáticos de la emoción. Los Salmos y Proverbios en el Viejo Testamento, algunos pasajes en el Libro de Job, los escritos de Esquilo, todos mencionan el efecto de la psique sobre el soma. Platón y Artístóteles hablan del efecto de la mente sobre la materia. Platón establece: "Cualquier defecto en la psique o en el soma es ocasión para la discordia y la desproporción más grandes en el otro".

Las manifestaciones funcionales de las emociones se describieron en la literatura asiria. Sennacherib, Rey de Asiria en el siglo VII A.C., habló del gran miedo de sus enemigos: "Para salvar sus vidas pisoteaban los cuerpos de sus soldados y huían. Con su orina manchaban sus carros y dejaban caer su excremento". (Rogers, 1892).

El Viejo Testamento ilustra la unidad mente-cuerpo. "Mis ojos se llenan de lágrimas por los intestinos que tienen problemas, mi hígado es arrojado sobre la tierra..." (Lam., 2.11)

En el Eclesiastés 30:24 (alrededor de 200 A. C.) se establece que "la envidia y la cólera acortan la vida".

El Antiguo Testamento tiene un número de ejemplos que confirman el conocimiento de mente-cuerpo y sus relaciones, que tenían los antiguos hebreos. Las siguientes citas son de la Sagrada Biblia, versión estándar revisada, publicada por Thomas Nelson e hijos en Nueva York en 1952..

Proverbios 3, líneas siete y ocho dice: "No seas sabio a tu parecer; teme al Señor y aléjate del mal. Será cura para tu carne y refresco para tus huesos".

Parafraseando, si uno lleva una vida de bondad y no comete pecados, entonces la salud de uno será buena y el bienestar propio también. Se comprende la relación entre psique y cuerpo.

Proverbios 4, línea 22 dice, refiriéndose a las palabras de un padre. "Porque ellos son vida para aquél que los halla, y curación para toda su carne".

En Proverbios 6, línea 15, después de prevenciones contra la enfermedad, la falsedad y el adulterio, dice: "por lo tanto, la calamidad caerá sobre él de pronto; en un momento se encontrará destrozado sin posibilidad de cura".

En Proverbios 14, línea 30, se invoca una relación directa entre mente y cuerpo: "una mente tranquila le da vida a la carne, pero la pasión corrompe los huesos."

En Proverbios 16, línea 24, se indica el efecto de las palabras sobre el cuerpo: "Las palabras agradables son como un panal, dulzura para el alma y salud para el cuerpo".

La psicología de los psicósomático hace su aparición en muchas civilizaciones. El siguiente poema, escrito en Egipto alrededor de 1200 años A.C. muestra que los poetas egipcios tenían una buena impresión de relación mente-cuerpo. El poema se sacó de un papiro Chester Beatty, publicado por la Oxford U. Press en 1931.

"Siete días son desde ayer que no he visto a mi amada,

Y la enfermedad se ha deslizado sobre mí,  
Y me he vuelto pesado en todos mis miembros,  
Y soy olvidadizo de mi propio cuerpo.  
Si los maestros médicos vinieran a mí

Mi corazón no encontraría bienestar en sus remedios,  
 Mi enfermedad no está dilucidada.  
 ¡He aquí! sólo una cosa puede revivirme,  
 Su nombre es aquél que puede levantarme.  
 Sólo la venida de su mensajero  
 Traería nueva fuerza a mi corazón.  
 Más beneficiosa es para mí la amada que todos los remedios,  
 Más importante es ella para mí que toda la medicina,  
 Mi salvación es su llegada,  
 Cuando la vea estaré bien;  
 Que abra ella sus ojos y mis miembros rejuvenecerán --  
 nuevamente;  
 Que ella hable y entonces soy fuerte.  
 Y cuando la abrazo desvanece el mal de mí,  
 Pero ella se ha ido de mí por siete días".

La aplicación de la psicología a los problemas de salud se remonta a las más tempranas formas de brujería, hechicería y vudú.

La historia de la psicología puede considerarse como los últimos pasos a tientas de la humanidad en busca de la reducción del dolor, la falta de bienestar y la perturbación mental. Del chamanismo, la demonología, la brujería, el mesmérismo, la hipnosis, la catarsis, la abreacción y la asociación libre, se ha desarrollado la dinámica psicología psicoanalítica del presente. El progreso en las artes curativas no ha estado siempre basado en la lógica científica.

El método de tanteos ha sido usado por el hombre hasta la actualidad.

El empirismo y el eclecticismo son todavía la filosofía favorecida de tratamiento de numerosos psicólogos. Lo que

funciona es bueno; lo que no funciona es malo, sin importar la lógica teórica de la técnica. A pesar de que el uso del elébora y el alcanfor en las enfermedades mentales ha desaparecido en la historia, tuvieron su lugar en el tratamiento de problemas psíquicos en variados tiempos históricos.

Hipócrates mencionó el elébora como tratamiento de la melancolía, mientras que el alcanfor fue "...popularizado por primera vez por el gran médico árabe Avicena (980-1037) y se estableció firmemente en la farmacopea del siglo XVII como un remedio para las enfermedades nerviosas de todo tipo". (Hunter y Alpine, 1963).

En el siglo XVII, época de gran florecimiento en la ciencia Thomas Sydenham y William Harvey anticiparon trabajos sobre lo psicosomático mucho antes de que se acuñara el término.

Sydenham declaró que casi todas las manifestaciones de enfermedad física podían ser simuladas por síntomas históricos, mientras que Harvey reconoció que los cambios corporales estaban asociados con emociones suscitadas.

Descartes es notable por su distinción entre psique y soma, mientras que la doctrina del paralelismo de Spinoza sostenía que la mente y el cuerpo eran aspecto coexistentes de una única y fundamental substancia.

En 1689, Morton habló acerca de una "larga y grave pasión de la mente" como causa de tuberculosis.

Robert Whytt (1717) cita el caso de un joven con "cataplepsia" que estaba comprometido con su novia y que se recuperó inmediatamente.



Areteo (30-90 D.C.) mencionó enfermedades de la mente y emociones como causa de parálisis.

B. Travers (1783-1858) escribió: "Todo médico de observación admite y toma en cuenta la influencia de la mente en la enfermedad y cuánto influye en su pronóstico esta consideración".

B. M. Burrows (1771-1846) escribió: "Muchas enfermedades estructurales y funcionales, atribuidas sólo a causas físicas, pueden atribuirse claramente a emociones de la mente".

Auenbrugger en 1772 mencionó que los "deseos insatisfechos" y la "nostalgia" eran causa de enfermedad pulmonar.

Anton Mésmer (1734-1815) usó el "magnetismo animal" - para efectuar curaciones. Tiempo después Liebeault, Bernheim - y otros médicos del siglo XIX usaron una forma de hipnotismo - con propósitos similares. Sin embargo, fue llevado a la cima - por Charcot (1826-93) y Janet (1859-1947) como técnica curativa para "problemas psicossomáticos".

Antes, en 1818 Heinroth empleó el término "psicosomático", mientras que en 1828 Jacobi acuñó la palabra "Somatopsíquico". Estos dos términos denotan las dos escuelas de pensamiento concernientes al efecto de la mente sobre el cuerpo o - del cuerpo sobre la mente. Los estudios modernos conducen todos a la creencia de que la psique y el soma actúan juntos en un proceso unitario en el cual el dominio puede variar del uno al otro, dependiendo del medio y de la enfermedad específica.

Seguin, con el típico amor latino por los clásicos, - que se halla aún en hombres de ciencia, relata la historia de Erasistrato, Antíoco y la reacción psicossomática en el amor - y en el sexo.

Erasístrato era nieto de Aristóteles, pero también un notable hombre de ciencia por su propio derecho. Durante un período temprano de su vida pasó algún tiempo en la corte del rey Seleuco I, alrededor de los años 290-280 A.C. Más o menos en esa época, Seleuco, quien tenía un hijo adulto llamado Antíoco, pidió la mano de Estratonicé, hija de Demetrio y Fila. El casamiento se llevó a cabo, se consumó y nació un varón. Todo esto parece como cuento con "final feliz", pero no iba a ser así.

De la manera típica del drama griego Antíoco se enamoró locamente de su madrastra, "por lo cual él vivía en la mayor aflicción y angustia, luchando con todas sus fuerzas contra su pasión; tanto que, dándose cuenta de cuán anormal era su deseo y cuán intolerable su sufrimiento, abrigó pensamientos de suicidarse". Su padre estaba muy preocupado, y aquí llegamos a Erasístrato. El mejor relato es de Plutarco, a quien citaremos.

Erasístrato, el (médico), comprendió sin dificultad que Antíoco estaba enamorado; pero como quería hallar quién era objeto de su pasión, tarea nada fácil, se instaló en la alcoba de Antíoco y vivió ahí. Siempre que aparecía ante ellos una muchacha bonita o joven, observaba agudamente la cara de Antíoco con el propósito de descubrir signos de emoción o cambio de expresión. También observaba su cuerpo, buscando movimientos de sus miembros y cuerpo o alteraciones de los mismos, los cuales se afectan naturalmente cuando el alma se encuentra bajo un "stress" violento. De esta manera estableció que no se producía ningún cambio en Antíoco, excepto cuando aparecía Estratonicé, ya sola o en compañía de Seleuco. Los síntomas de Safo se volvían entonces muy aparentes, tales como quebranto en la voz, rubor y mirada baja, sudoración súbita e irregularidad del pulso. También fue sujeto de desmayos, dudas, temores y palidez súbita. De todas estas manifestaciones Erasístrato

trato sacó la conclusión de que el hijo del rey no amaba más — que a ella y de que prefería morir antes que demostrárselo.

Vemos que las reprimidas emociones de Antíoco produjeron en él una "tormenta fisiológica" y que fue el brillante médico psicólogo quien supo interpretar los síntomas psicósomáticos. Además, Erasístrato era un psicólogo aplicado: Plutarco más adelante, describe la curación:

Consideró muy peligroso descubrir y repetir los resultados de su observación; pero, sin embargo, confiando mucho en el gran amor de Seleuco por su hijo, decidió un día decirle — que el joven estaba enfermo de amor, pero de un amor incurable.

Asombrado de oír esto preguntó: "¿Cómo que incurable?" "Porque está enamorado de mi esposa", contestó Erasístrato. A esto Seleuco arguyó: "Y ¿no le darías a mi hijo tu consentimiento para este matrimonio, tú, oh, Erasístrato, que eres tan amigo de él? Más aún si tú ves como él nos mantiene en constante miedo". "¿Por qué. Porque ni aun tú, que eres su padre", replicó Erasístrato, "le concederías tanto si sus deseos estuvieran dirigidos a Estratonicé". Seleuco entonces contestó: "Mi amigo, si tan sólo entre los dioses o entre los hombres hubiera alguien que efectuara este repentino cambio, consideraría yo como una fortuna hasta perder mi reino si se recobrara mi hijo". Seleuco pronunció estas palabras con gran agitación y derramamiento de lágrimas. Y Erasístrato, cogiéndole — la mano dijo: "Todo está bien, porque siendo padre, marido y rey, eres también el mejor médico de tu casa".

Entonces Seleuco reunió a su pueblo en asamblea general. Les dijo que era su voluntad y determinación proclamar — a Antíoco rey de todas las Altas Provincias y a Estratonicé, — reina, y unir a los dos en matrimonio.

Vemos así que con la ayuda de un médico orientado psicósomáticamente llegamos a un "final feliz". Aunque la historia se complica con implicaciones de un complejo de Edipo, hemos dejado ese clásico mito griego en suspenso y nos hemos referido solamente a los aspectos psicológicos de nuestra historia.

Paracelso especuló acerca de la interacción de la emoción y problemas corporales; pero la actitud de todos estos hombres era poética, literaria, filosófica o especulativa; en una palabra, no científica.

En el siglo XVIII las actitudes eran más científicas y en 1778 W.M. Falconer escribió una "Disertación sobre la Influencia de las Pasiones en las Enfermedades del Cuerpo". Tuke en 1872, en sus "Ilustraciones de la Influencia de la Mente sobre el Cuerpo en la Salud y en la Enfermedad" decía: "La mente o el cerebro influyen, excitan, pervierten o deprimen - las funciones sensoriales, las contracciones musculares, la nutrición y la secreción".

El libro de C.S. Tissot, De l' influence des passions de l' ame dans les maladies et des moyen d'en corriger les mauvais effets, apareció en 1798. En 1826 Voisin escribió un libro sobre enfermedades mentales. En 1806, P. Cabanis escribió: "Las emociones desordenadas o regulares de la mente tienen el mismo origen que las enfermedades o la salud del cuerpo".

En el siglo XIX hubo estudios más amplios acerca del papel de la preocupación, la frustración y el conflicto en las enfermedades, pero no hubo investigaciones científicas detalladas acerca de las influencias sociales y psicológicas en enfermedades específicas.

Rolando, en 1808, hizo experimentos tempranos en campos que conducían a lo psicósomático, cuando describió los hemisferios cerebrales como "el asiento principal de la causa inmediata del sueño, de la demencia, de la apoplejía, de la melancolía y de la manía". En 1822, Flourens refirió que "el funcionamiento de los lóbulos cerebrales es voluntad, juicio, memoria, vista, oído; en una palabra, percepción". (Harriman, 1946).

Helmboltz hizo algunos trabajos sobre el tiempo de reacción midiendo la velocidad de conducción del impulso nervioso. Sus experimentos representaron un suceso muy importante en la comprensión por el hombre del sistema nervioso. Su trabajo fue experimental y cuantitativo y mostró una relación concreta entre la psique y el soma.

Leannec en el siglo XIX escribió sobre "Profundas pasiones de Melancolía". En 1871 Allbute mencionó que la tisis se podría desarrollar en mujeres decepcionadas amorosamente.

La historia de la psicología está repleta de nombres de hombres que en su tiempo fueron grandes fuerzas en la ciencia, pero que iban pronto a ser olvidados por todos menos por aquellos psicólogos con interés en el pasado.

Fechner (1801-87), Wundt (1832-1920), Jones (1842-1910), Tichener (1867-1927) y otros han sido casi olvidados por los psicólogos practicantes. Sus descubrimientos se han incluido en otras escuelas, las cuales son ahora las influencias dominantes en la psicología moderna. De éstas, tres parecen destacarse como una influencia mayor en la psicología psicósomática: condicionamiento, Gestalt y la psicología psicoanalítica dinámica. Pavlov en 1928 comprobó que la conducta interna podría simularse o modificarse a través de estímulos externos.

Las necesidades o hambres, los temores y ansiedades - pueden producir enfermedades psicológicas dentro del sistema - nervioso y sus órganos inervados.

Freud y el psicoanálisis desarrollaron por primera vez un concepto dinámico de la interrelación entre mente y cuerpo. En esta hipótesis freudiana se pudo desarrollar la ciencia de lo psicosomático.

Los principios del condicionamiento se originaron en - el laboratorio de Pavlov (1849-1936) en Moscú y se llevaron a cabo en América por Watson, Hilgard y otros. Como una derivación, Thorndike trabajó en un condicionamiento sobrepuesto a la psicología de estímulo-respuesta, mientras en nuestros días el conductismo parece ser una influencia dominante en la psicología americana. El controvertido B. F. Skinner es la fuerza en movimiento detrás de la aparición del conductismo.

Más o menos al mismo tiempo que Pavlov, Wertheimer - (1880-1943), Kohler (1866-1941) y Koffka (1886-1942) desarrollaron la psicología Gestalt, la cual continúa teniendo influencia en las tendencias modernas del pensamiento psicológico.

Los conceptos principales de la psicología Gestalt pueden expresarse de la siguiente manera:

- a) Que una manera atomística de ver las partes individuales del comportamiento humano, en lugar de la conducta como un todo, produce principios psicológicos erróneos;
- b) Que los objetos en un campo de observación dado constantemente interactúan entre sí y no pueden verse o comprenderse realmente por sí mismos;

c) Que los individuos no aprenden mediante un simple aprendizaje de método de tanteo, sino tomando las cosas como un todo y obteniendo una penetración súbita dentro de problemas y tareas;

d) Que el aprendizaje es de propósito y depende de las motivaciones y deseos del que aprende más que de su participación pasiva en la situación de aprendizaje.

Y, por supuesto, el más importante "sistema" psicológico es el de la psicología psicoanalítica dinámica partiendo del trabajo de Freud y sus seguidores.

En un intento por hacer frente a la marea en aumento de síntomas mentales y emocionales, los médicos han recurrido al análisis histológico del tejido cerebral. Desafortunadamente para estos investigadores no se ha encontrado ninguna correlación; aquéllos que esperaban resolver el problema de la enfermedad emocional usando el microscopio se desilusionaron. Fue en este momento de la historia cuando apareció Sigmund Freud. En lugar de acusar a los pacientes de fingirse enfermos o de flojera, buscó las causas psicológicas de sus enfermedades. Históricamente, Freud condujo la reacción contra la medicina del siglo XIX, en contra de mecanismos reduccionistas y detallados.

El restableció la noción de que el organismo es una unidad y de que su comprensión se puede lograr mejor a través de una visión del sistema en su totalidad. La personalidad es entonces, la clave para el conocimiento de la unidad del organismo. Y Freud logró este paradigma revolucionario. Se puede comprender mejor la enfermedad mental mediante un estudio precisamente detallado de la historia, desarrollo, estructura y función de la personalidad.

Aun en la psicología, el punto de vista analítico alcanzó renombre. Fechner y Weber estudiaron los variados procedimientos mentales aislados y no fue sino hasta los psicólogos de la Gestalt, Kohler, Wertheimer y Koffka cuando renombre una visión más holística de la personalidad. Su punto de vista de que el todo no es la suma total de las partes, sino algo nuevo y diferente, condujo a un acercamiento más unitario a la personalidad.

Así, eventualmente, se descubrió que la psicología y la fisiología están relacionadas. Los fenómenos psicológicos son "reflejos subjetivos de procesos fisiológicos". (Franz Alexander, 1939).

Aunque el sistema nervioso central y las glándulas endocrinas están involucradas en las reacciones corporales, es la mente la que controla al cuerpo o, mejor dicho, existe una relación fundamental y una interacción entre ambos.

Bastante pronto estos conceptos ganaron adeptos y lo psicossomático se convirtió en un concepto aceptado en psicología y en medicina.

Freud descubrió que bajo la influencia de problemas emocionales crónicos el cuerpo desarrollaba síntomas físicos. Llamó a uno de estos problemas "histeria conversiva". Freud se dió cuenta de que siempre que las emociones no podían descargarse por los canales normales, se expresa a través de canales anormales.

Los conceptos psicodinámicos de Freud contribuyeron mucho para dar una explicación racional a las enfermedades psicossomáticas. Su concepto de que la represión de ciertas ideas del consciente resultan en su conversión de esta energía en síntomas somáticos. Recuérdese la famosa frase de Freud "el



misterioso salto de la psique al soma". (Freud, S., 1920).

Los conceptos de "neurosis orgánica" y "perturbación funcional" ganaron aceptación y la psicología freudiana se convirtió en un método aceptado de tratamiento médico. Las perturbaciones funcionales de larga duración conducirían a cambios estructurales orgánicos y a la patología anatómica. Estas observaciones condujeron al concepto de "enfermedad orgánica psicogénica". Al principio hay una perturbación funcional causada por problemas emocionales crónicos; con el tiempo ocurre una enfermedad orgánica y cambios tisulares irreversibles.

Esta explicación etiológica de la enfermedad rompió con el concepto tradicional de la etiología de la enfermedad basado en la patología celular de Virchow. La causa tradicional de esta patología se debía a microorganismos o a influencias mecánicas, térmicas o químicas. Y, por supuesto, al proceso normal de envejecimiento del cuerpo. El concepto freudiano de enfermedades psicogénicas rompió, o más bien se agregó al concepto tradicional de los mecanismos de la enfermedad.

Esta teoría funcional de la enfermedad es un reconocimiento tanto de las causas externas como de las internas de las enfermedades. El "stress" constante que surge durante la vida del organismo en contacto con su medio puede dar origen a enfermedades físicas.

El término psicósomático fue introducido a la literatura psicoanalítica por Deutsch, un discípulo de Freud, en 1927.

Freud fue el primero en aplicar el razonamiento científico al estudio de la personalidad humana, así como Galileo fue el primero en aplicarlo al estudio de los cuerpos que caen. Después de que Freud desarrolló el punto de vista psicodinámico al entendimiento de los procesos psicopatológicos el modo -

de abordar la curación en el siglo XIX tuvo que cambiar. Un planteamiento unitario e integral hizo su reaparición; la psicología y el psicoanálisis empezaron entonces a usarse como una poderosa herramienta en el reconocimiento y la cura de enfermedades patológicas de varias clases.

Las ideas de Freud fueron una forma de síntesis, un - juntar muchos hechos y conceptos en un principio unificador de determinismo psicológico. Pero el deseo de síntesis se filtró a otras ramas de la psicología y la ciencia.

Las técnicas analíticas de Fechner produjeron estudios valiosos en la psicología de los sentidos, de la memoria, de la voluntad; pero el experimentador no intentó integrar esta - información dentro de un concepto unificado de la personalidad. Fueron los psicólogos de la "Gestalt", Kohler, Wertheimer y - Koffka, quienes formularon la tesis de que el todo es diferente a la suma de las partes y de que las partes pueden comprenderse mejor después de que el significado del todo, la "Ges- - talt", se había descubierto (Alexander, 1950). Más o menos al mismo tiempo, la neurología enseñó que el organismo está unifi- - cado por el sistema nervioso central y que los conceptos psicológicos son las relaciones subjetivas de los procesos fisiológicos. Pero, de nuevo, para comprender el funcionamiento hu- - mano, es necesario enfocar el problema desde un punto de vista unitario.

Un conocimiento creciente de estos descubrimientos con- - dujo al enfoque psicosomático. Mientras tanto, el estudio psi- - coanalítico de la neurosis reveló que las perturbaciones emo- - cionales podían causar reacciones somáticas. La histeria con- - versiva fue un descubrimiento temprano de Freud en el cual él- - se dió cuenta de que los conflictos emocionales producen sínto- - mas corporales.

Para Freud, "el salto de lo psíquico a los somático" — era claro; para otros, era casi increíble. Fue sólo con el pa—so del tiempo como los principios freudianos se aceptaron por—números crecientes de psicólogos y doctores. Pronto se recono—ció que el sistema nervioso autónomo también era influido por—estímulos emocionales y se empezó a usar la idea de "neurosis—de órganos". Sin embargo, todavía existía una distinción en—tre problemas "funcionales" y síntomas "orgánicos".

Pronto, no obstante, fue evidente que las enfermedades funcionales podrían, a su tiempo, conducir a síntomas orgáni—cos en los cuales se hacen evidentes cambios morfológicos. Es—tos pueden ahora describirse como "enfermedades orgánicas psi—cogénicas", por ejemplo, la úlcera péptica, la colitis y la —hipertensión esencial. (Alexander, 1950).

Mientras una investigación mayor descubra nuevas rela—ciones entre la vida emocional de una persona y sus procesos —corporales, la ciencia de los psicossomático se desarrollará —más.

Aunque Freud mismo no escribió mucho específicamente —sobre problemas psicossomáticos, su artículo: "Perturbaciones—Visuales Psicogénicas con arreglo a Conceptos Psicoanalíticos", escrito en 1910, es un artículo básico en el área de los psi—cosomático. Sus seguidores, Ferenczi, Abraham, Groddeck, —Jellife y Radó han hecho sus contribuciones desde el punto de—vista del psicoanálisis.

No fue sino hasta que Freud desarrolló los conceptos —dinámicos de su psicología cuando los psicólogos pudieron ver—que las perturbaciones en las funciones somáticas podrían de—berse a eventos psicológicos y especialmente a procesos men—tales inconscientes.

Lo psicossomático moderno está, entonces, además de en los conceptos freudianos, basada también en las investigaciones fisiológicas de Pavlov, Cannon y sus seguidores. Ambas líneas de investigación, independiente y concomitantemente, conducirán a un mejor entendimiento de lo psicossomático y a una integración de todo el conocimiento en esta área.

William James, el reconocido psicólogo estadounidense comentando sobre la medicina mecanística del siglo XIX, dijo: "Mucha gente hoy en día parece creer que cualquier conclusión debe ser muy científica si el argumento a su favor se deriva de las contracciones de las patas de ranas, especialmente si las ranas están decapitadas, y que, por otro lado, cualquier doctrina certificada principalmente por los sentimientos de seres humanos con la cabeza en los hombros, debe de ser ignorante y supersticiosa".

Freud, en su trabajo sobre fenómenos histéricos, abrió la puerta al entendimiento psicossomático moderno. Ferenczi, siguiendo de cerca el concepto de Freud, continuó el estudio del desarrollo de síntomas físicos en el conflicto neurótico. (Weiss, F. 1946).

En 1915, Adolf Meyer pidió que se desechara "el contraste medicamento inútil de mental y físico". W.A. White dijo: "Podemos sólo hablar de enfermedad que es predominantemente somática o psíquica, pues tiene lo uno y lo otro". Walter Cannon enfatizó que: "El organismo puede considerarse como una unidad mente-cuerpo."

Entre las causas más frecuentes de enfermedades psicossomáticas se encuentran la ansiedad inconsciente y la rabia reprimida.

Kierkegaard hizo notar que: "La salud consiste esen-

cialmente en ser capaz de resolver contradicciones".

Weiss cree que "La distinción estricta hecha entre los llamados síntomas de conversación y los síntomas psicósomáticos ya no es defensible".

Weiss descubre que "Aunque el lenguaje del cuerpo parece expresar la ansiedad preferentemente en el dialecto del corazón y la respiración, la rabia en el dialecto de los intestinos, vesícula biliar y presión sanguínea y los conflictos acerca de contactos interpersonales en el dialecto de la piel y los órganos sexuales, no hay una especificidad mecanística en estas correlaciones psicósomáticas". (Weiss, - 1946).

Horney declara que: "Ya que las enfermedades psicósomáticas son en esencia expresión última de conflictos dentro de la personalidad, los métodos de la terapia deben definirse en términos de personalidad".

Alfred Adler (1912) mostró que los síntomas somáticos suceden en pacientes neuróticos en el sitio de "órganos inferiores".

Felix Deutsch (1922) consideró que las neurosis de órganos ocurren en el sitio de enfermedad previa. Más tarde, Deutsch (1949) y otros consideraron los órganos enfermos como representación simbólica de una emoción reprimida.

El rápido avance de la ciencia en los siglos XIX y XX produjo un énfasis en el uso de la teoría científica en el cuidado médico, un énfasis en la enfermedad y en los síntomas más que en la prevención de la enfermedad y en el tratamiento de la persona completa.

Realmente, el enfoque psicológico del arte curativo - no es más que una nueva aseveración en términos científicos de un punto de vista pre-científico histórico del cuerpo humano.

El punto de vista del siglo XIX de que el cuerpo humano es meramente una máquina psicoquímica es falso; un enfoque psicológico de la curación no es puro exorcismo, sino una parte necesaria de la terapia médica moderna.

Los descubrimientos de Virchow en patología celular - abrumaron tanto a la investigación médica que el concepto unitario pronto se olvidó.

El concepto de la diferenciación entre las enfermedades "orgánicas" y las "funcionales" pronto se convirtió en un dogma médico. Cuando no se encontraban causas parasitarias o no se podían encontrar cambios estructurales, la enfermedad se consideraba "mental" o "emocional" y como tal no se trataba seriamente.

Stefan Zweig, escritor de profesión, comprendió bien - esto. (Alexander, 1950). Declaró, en su libro "Curadores Mentales".

"La enfermedad ya no significaba más los que le sucede a todo el hombre, sino lo que les sucede a sus órganos... y - así la misión natural y original del médico, el enfoque de la enfermedad como un todo cambia a la tarea menor de localizar - la enfermedad e identificarla e incluirla en un grupo ya especificado de enfermedades... Esta objeción inevitable y tecnificación de la terapia en el siglo XIX cayó en un exceso extremo debido a que entre el médico y el paciente se interpolaba una tercera cosa enteramente mecánica, el aparato. La comprensión penetrante, sintetizante y creativa del médico nato - se volvió cada vez menos necesaria para el diagnóstico"...

Pronto resultó aparente que la mecánica y los aparatos no eran suficientes para un diagnóstico y un tratamiento correctos de las enfermedades físicas y psíquicas. Para 1935, había numerosas publicaciones aisladas sobre el efecto de la mente y el cuerpo que conducían a la formalización en el área de lo psicosomático por Helen Flanders Dunbar, que trabajaba en los Estados Unidos.

### HISTORIA DESPUES DE 1935

El término "psicosomático" fue usado por primera vez - en 1818 por J. C. A. Heinroth; pero antes de 1935 no se usaba mucho.

Sería útil que diferenciáramos entre varios aspectos - de los psicosomáticos. Nos podemos referir a las manifestaciones funcionales de la emoción, (por ejemplo, la ansiedad); a los aspectos simbólicos de origen emocional, (por ejemplo, la histeria conversiva); a la enfermedad estructural "causada" - predominantemente por la emoción (por ejemplo, la colitis ulcerativa), y por último a cualquier enfermedad en la cual toda - la persona, la mente y el cuerpo están afectados (por ejemplo, toda enfermedad).

Como declara Zilboorg: "... cualquier enfermedad física se ve influida en su manifestación, en su curso y quizás en su resultado, por la totalidad psicológica de la persona que - se encuentra enferma". (Zilboorg, 1943).

La palabra "psicosomático" es una expresión del contacto siempre íntimo entre la medicina moderna y la psicología moderna. Por otro lado, no debe interpretarse esto como intento de continuar la creencia de que el hombre está separado en dos mitades, la psíquica y la somática. Nuestras reacciones psicológicas son una parte integrante, inseparable del individuo completo, e interactúan con el aspecto somático de la persona.

"La fisiología humana comprende las acciones recíprocas y las relaciones de los fenómenos mentales y corporales, - como integran la totalidad de la vida. Rara vez tenemos una - afección mórbida del cuerpo en la cual no se encuentre compro-



metido algún sentimiento o función de la mente, directa o indirectamente, como causa o como efecto". (Henry Holland, 1952).

La palabra "psicosomático" implica que hay una correlación entre fenómeno psicológico y alteraciones funcionales del cuerpo.

El término "medicina psicosomática" se acuñó en 1939 -- al tiempo en que la revista estadounidense, "Medicina Psicosomática", se fundó. Realmente, "psicósomático" representa una síntesis de varios conceptos en psicología y en medicina. Uno de los más importantes de estos campos de investigación es el estudio de los "stress" entre las situaciones de la vida y la enfermedad corporal. (Harriman, 1945).

Uno diría que lo psicosomático es un enfoque conceptual amplio y comprensivo de las relaciones de mente y cuerpo -- dentro de una perspectiva mayor de psicobiología y enfermedad. Claude Bernard fue el primero en señalar que el medio interno del cuerpo es constante. Este concepto se desarrolló más en los Estados Unidos por Walter Cannon, cuya teoría de la homeostasis es ampliamente aceptada en medicina y en las ciencias conductistas. La homeostasis es el mantenimiento del equilibrio en el organismo. Con mucha frecuencia, una modificación en los sistemas orgánicos con objeto de mantener una homeostasis total puede producir ciertas clases de enfermedad.

Sin embargo, fue Helen Flanders Dunbar quien formalizó el área de los psicosomático. Ella trató de establecer una serie de "perfiles de personalidad" que explicaran ciertos patrones de conducta y ciertos modos de pensar que podrían correlacionarse con ciertas enfermedades psicosomáticas específicas. Sin embargo, la experiencia indica que la correlación entre -- perfil de personalidad y enfermedad específica no es alta.

En 1935, publicó "Emociones y Cambios Corporales", en el cual escribió que "el estudio científico ... de los cambios corporales que acompañan a diversas experiencias emocionales - eran la clave de muchos problemas de prevención y tratamiento de la enfermedad moderna". En este libro ella recogió la literatura mundial hasta ese momento concerniente a la relación entre las funciones somáticas y los procesos psíquicos. Pronto siguió una sistematización de conceptos, el establecimiento de sociedades científicas, la fundación de una publicación especial y el desarrollo de departamento en Universidades, todos bajo la rúbrica de psicossomático.

Dunbar menciona la importancia de Weltanschauung en la comprensión completa del individuo. No sólo como concepto - descriptivo en filosofía y literatura, sino también en la psicología tiene este término una gran pertinencia. Weltanschauung, o actitud hacia el Universo, es el sentimiento del organismo o su relación con sus mundos interno y externo en términos de emoción, intelecto y voluntad, al lado subjetivo de su patrón de reacción.

Flanders Dunbar cree que el enfoque psicossomático de la terapia implica el uso inteligente de todos los recursos terapéuticos apropiados, sean drogas o persuasión. Declara: "Más aún, no hay conflicto entre la terapia de reflejos condicionados y el psicoanálisis. La mayoría de los psiquiatras orientados psicoanalíticamente consideran como parte de su diaria tarea permitir a los pacientes sustituir reflejos condicionados más favorables en vez de otros menos favorables en vez de otros menos favorables". (Dunbar, 1935).

Karl Menninger en 1938 menciona la enfermedad orgánica como representante de un suicidio parcial.

Pero no fue sino hasta la Segunda Guerra Mundial cuan-

do las enfermedades de origen psicológico se volvieron tema de intenso estudio. Porque entonces fue obvio que eran de importancia tanto militar como social.

Pronto se concluyó que los estados patológicos podrían diferenciarse en enfermedades "orgánicas" y "funcionales"; las primeras, con un origen fisiológico, bacteriológico o químico, mientras las últimas, con un origen principalmente psicológico. Estos dos aspectos de la enfermedad se desarrollaron, por un lado, dentro del concepto "mecanístico" de quebrantada salud y por el otro, dentro del concepto psicobiológico. Acaecimientos posteriores extendieron la nomenclatura a la teoría psicosomática, lo cual se puede considerar como un avance muy reciente en la teoría de la enfermedad. Los factores precipitantes en la enfermedad cubren ahora todos los aspectos del medio, incluyendo el psicológico.

Halliday, en 1943, investigando sobre la causa general de la enfermedad, se hizo tres preguntas: ¿Por qué este paciente se enfermó de la manera en que lo hizo? ¿Qué clase de persona es él? ¿Por qué se enfermó cuando lo hizo?

Desde este punto de vista, "psicosomático" describe una enfermedad en la cual la personalidad del paciente, así como sus experiencias emocionales, juegan un papel importante en el desarrollo sintomático. El mecanismo del efecto es a través del sistema nervioso autónomo y de las glándulas endocrinas.

Halliday definió las enfermedades psicosomáticas como "una enfermedad corporal cuya naturaleza se aprecia sólo cuando se investigan las perturbaciones emocionales, además de las físicas". (Hamilton, 1955).

Stalker clasificó las enfermedades psicosomáticas en --

tres grupos: primero, las enfermedades funcionales; segundo, - los problemas orgánicos en los cuales los factores emocionales eran importantes; tercero, las "enfermedades físicas" relacionadas con el sistema nervioso autónomo. (Stalker, 1949).

Von Uexkull propuso una teoría abstracta y filosófica - de lo psicossomático, pero su influencia es limitada.

Targowla en 1949 considera al descubrimiento de lo psicosomático por los investigadores estadounidenses como nada - más que un redescubrimiento de la histeria en el punto donde - los franceses lo dejaron en 1895. Geraud y Delay en Francia - también escribieron sobre lo psicossomático.

L. W. Crofts declara: "Un psicólogo que favorece la - hipótesis de que en él último análisis los procesos "mentales" son ellos mismos procesos corporales, considerará a los enfermos psicossomáticos esencialmente como casos en los cuales una clase de estado o actividad corporal, en los cuales un proceso fisiológico, induce o influye en otro". (Crofts, 1950).

Los procesos psicológicos y somáticos tienen lugar en - el mismo organismo y son meramente dos aspectos del mismo proceso. Los factores psicogénicos tales como ideas, emociones - y fantasías, se pueden estudiar de una manera psicológica mediante la comunicación verbal o introspección. Las funciones fisiológicas que se afectan por influencias psicológicas pueden - enlistarse en tres categorías: conducta voluntaria, respuestas vegetativas y fenómenos expresivos. (Alexander, 1950).

Alexander, de quien más se dirá posteriormente utilizó y amplió el uso del psicoanálisis en un contexto más generalizado de fisiología y psicología. Dice: "Los continuos miedos agresiones y deseos, si se reprimen, resultan en tensiones emocionales crónicas permanentes, las cuales perturban las funcio

nes de los órganos vegetativos. Muchas emociones debidas a - las complicaciones de nuestra vida social no pueden expresarse y desecharse libremente a través de actividades voluntarias, - sino que permanecen reprimidas; y entonces se desvían por vías erróneas: en lugar de expresarse en inervaciones voluntarias, influyen en las funciones vegetativas internas, tales como la digestión, respiración o circulación. Así como al frustrarse los países en sus ambiciones políticas externas con frecuencia muestran como resultado trastornos sociales internos, así también el organismo humano, si es perturbado en su relación normal con el medio externo, muestra una alteración en su política interna, en sus funciones vegetativas". (Alexander, 1950).

Roy Grinker, quien ha hecho algún trabajo pertinente - en lo psicosomático, ha expresado el modelo teórico de Alexander de la siguiente manera:

1. Todas las funciones humanas, sanas o enfermas, son psicosomáticas.
2. Las emociones siempre están relacionadas con patrones de acción concomitantes expresados a través de una porción del sistema nervioso autónomo y sus órganos inervados.
3. Para emociones específicas hay patrones vegetativos concomitantes apropiados.
4. Las emociones reprimidas de expresión abierta conducen a tensiones crónicas; de esta manera intensificando en grado y prolongan en tiempo la inervación vegetativo concomitante.
5. La inervación orgánica excesiva resultante conduce a perturbación en la función, la cual puede terminar eventualmente en cambios morfológicos de los tejidos.

Las definiciones de Alexander parecen indicar que las perturbaciones psicósomáticas son respuestas vegetativas relacionadas con estados emocionales crónicos. En la analogía de Saúl, "El sistema nervioso es como un sistema hidrostático; — cuando la energía emocional es encerrada por inhibición voluntaria, la descarga ocurre a través del sistema nervioso vegetativo".

Jurgen Ruesch (1946-1948) deriva su modelo de personalidad de la teoría de las comunicaciones. Menciona algunos factores importantes en su explicación de la teoría psicósomática:

1. Hay una insatisfactoria auto expresión en las relaciones interpersonales en una o más áreas de la personalidad.
2. Los procesos perceptivos relacionados con eventos sociales están distorsionados por preponderancia de sistemas propioceptivos.
3. Los mensajes perceptivos son interpretados como coercitivos.
4. Los juicios de valor se basan en acciones internas.
5. Hay falta de integración y meta.
6. Hay una pobre observación de la acción en otros con poco proceso auto-correctivo.
7. Hay mayor dependencia de otros que intercambio de información e interacción cooperativa.
8. El peso de la información viene de órganos sensoriales químicos y mecánicos y poco de los sentidos visual y auditivo maduros.

9. Los signos corporales son más importantes que el simbolismo.

10. La delineación de los límites psicológico y físico es incompleta.

11. Hay una identidad mágica del yo con otros, y no hay medidas correctivas.

En resumen, ofrece un modelo conceptual que describe la personalidad psicósomática como sufrimiento de una perturbación en la comunicación e interpretación, basada en defectos tempranos en su relación con su medio humano temprano.

Grinker mismo propone una constelación emocional básica que él llama la "Tríada de dependencia, frustración y hostilidad en un nivel temprano de necesidades orales".

Más todavía declara que bajo terapia los síntomas pueden variar y aún "migrar" de un sistema orgánico a otro. Además, la fisiología desordenada consiste en hipersecreción, hipermia e hipermotilidad.

Grinker cree que mucha de la patología psicológica y psicósomática es un intento de adaptación un estado insoportable de ansiedad. Siendo un importante aspecto de las enfermedades psicósomáticas, la ansiedad debe comprenderse completamente y deben describirse sus precursores en su totalidad. Incluyen componentes genéticos, relación madre-hijo, experiencias sociales tempranas y relaciones interpersonales.

Aún más, en un intento por delinear las múltiples causas de enfermedades psicósomáticas, la situación total debe evaluarse. Aunque esto es difícil en la vida después, uno debe estar consciente de que la multiplicidad de factores que afectan

tan las enfermedades psicosomáticas hace del diagnóstico y del tratamiento más que un asunto simple. Para entender completamente a cada individuo uno debe buscar tantos factores determinantes como sea posible y la terapia debe instituirse y planearse basada en el significado etiológico de los factores involucrados.

Grinker propone una "teoría de área de los psicosomáticos" en la cual él postula un continuo de transacciones para mantener un equilibrio y un estado constante. Cada parte retiene su integridad, pero actúa dentro de todo el campo. El campo está formado de factores somáticos, psicológicos, sociales, genéticos y culturales. Declara:

Usando la lente de alto poder en el foco somático, visualizaríamos los sistemas enzimático, hormonal, orgánico, nervioso y sus divisiones, etc. En el foco psicológico, veríamos el id, ego, superego, ideales del ego, etc. El sistema social puede disecarse en familia, pequeño grupo, gran grupo o en una multiplicidad de focos que provocan el establecimiento de una variedad de papeles sociales por la persona. Lo que no debemos hacer es considerar al área psicosomática como una interrelación entre dos focos o sistemas o variables tales como emociones específicas y funciones orgánicas específicas, "stress" vital específico y una reacción corporal, perfil de personalidad y enfermedad somática, todas las enfermedades psicosomáticas y cambio social, etc. Estas correlaciones "de dos variables", que son procedimientos operacionales en todas las formulaciones psicosomáticas corrientes, dicotomizan y fracturan el campo y se basan justificablemente en presumir que los dos variables son significantes recíprocamente en relación lineal, de causa y efecto. Para esto no hay evidencia teórica adecuada y, prácticamente, estos conceptos no explican la función o disfunción psicosomáticas, más que no tomando en cuenta los importantes datos empíricos". (Grinker, 1953).



Joseph Schwab anota que: "Las enfermedades psicossomáticas nunca son enteramente psíquicas ni enteramente somáticas ni meramente aditivas, sino interactivas muy complicadamente". (Schwab, 1972).

Otra reciente investigación refuerza la hipótesis de que el "stress" disminuye el estado inmunológico de un organismo vivo. En un experimento con cierto número de ratones, Vernon Riley y colaboradores encontraron que, reduciendo los factores de "stress", la incidencia de tumor mamario a los 400 días se modificaba, de 92% bajo "stress" a 7% en un ambiente protegido. Los datos sugieren que el "stress" crónico moderado o intermitente puede predisponer a tales ratones a un riesgo aumentado de carcinoma mamario, quizá por transacción resultante de su competencia inmunológica o sistema de reconocimiento de tumores, y que, una protección adecuada de "stress" fisiológico y psicológico puede reducir la aparición de tumor mamario en ratones. Aun una manipulación limitada en el transporte de los ratones de un lugar a otro aumenta los niveles de cortisona en su plasma casi veinte veces más y se produce un impedimento en los sistemas defensivos inmunológicos que conducen a un aumento en la susceptibilidad. (Riley, 1975).

Wolff estudió en 1950 a 18 pacientes de glaucoma y notó que el desarrollo de los síntomas se relacionaba temporalmente con situaciones vitales llenas de "stress".

Wolff en 1953 declaró en el prefacio de su libro Stress y Enfermedad: "El conocimiento común de que el hombre enferma cuando las circunstancias vitales son adversas y de que está sano cuando son propicias, se ha ampliado aquí por mediciones precisas de las funciones corporales antes, durante y después de periodos de "stress".

Engle describe un enfoque multifactorial en el entendimiento de la enfermedad. Declara que el organismo está en estado de salud "... cuando funciona en forma efectiva, satisface necesidades, responde exitosamente a los requerimientos de demanda del medio, ya sea interno o externo, y sigue su destino biológico, incluyendo crecimiento y reproducción". Por otro lado, "La enfermedad... corresponde a fallas o perturbaciones en el crecimiento, desarrollo, funciones y ajustes del organismo como un todo o como cualquiera de sus sistemas". (Engel, 1962).

Engel continúa diciendo que los genes son influencias determinantes en la fortaleza y la debilidad de los variados sistemas del individuo, incluyendo el psicológico.

Se hicieron trabajos posteriores sobre medicina psicosomática después de los descubrimientos y escritos de Freud. La síntesis y la creatividad en psicología biológicamente orientada de Freud hicieron posible que un gran grupo de hombres continuaran el desarrollo de lo psicosomático. Ferenczi-Abraham, Jones, Jellife y, más recientemente, Deutsch, Wittkower, Alexander y Dunbar han contribuido grandemente a nuestro conocimiento en esta materia.

Si el hombre desea liberarse a sí mismo de la amenaza del suicidio psicosomático, tendrá que fomentar nuevos discernimientos dentro del funcionamiento de su cerebro y dentro de la interrelación entre cerebro y emociones, ego e id.

Como dice Simeon en 1961:

"En la enfermedad psicosomática, el hombre urbano está pagando ya un alto precio por su civilización, pero tiene ahora los medios para reducir sustancialmente el precio si lo desea, pero haciendo uso pleno de ellos y dándose cuenta de

hasta qué grado su presunción cortical la engaña de hacerlo. — El hombre occidental eventualmente emprenderá la solución de — su problema biológico más apremiante a través de un mejor en— tendimiento de los mecanismos psicossomáticos y no adoptará la — única alternativa, que es darle rienda suelta a la corteza; — pues, si hiciera esto, toda su conducta se vería gobernada por reflejos condicionados rígidamente. Su apareamiento y procrea— ción, su beber y comer y todas sus muchas emociones tendrían — entonces que ajustarse a un patrón fijo aplicable a todos; es— to sería totalmente contrario a la manera de vivir que ha se— guido hasta el momento".

"Podemos hasta cierto punto prever qué sucede cuando — la corteza humana tiene control total de los procesos biológi— cos, ya que es exactamente la posición en la agricultura cien— tífica moderna y en la producción animal. En un toro premiado todos los instintos naturales se han casi extinguido mediante una crianza cuidadosa, y lo que queda de ellos se controla y — maneja estrechamente. Se encuentra completamente protegido de todos los azares de la vida salvaje, y, dado que esto le con— viene a su dueño, el toro no corre peligro de que su especie — se extinga; en su ambiente artificial puede sobrevivir mucho — después de que sus primos salvajes hayan muerto".

"De manera similar, la reglamentación completa de la — vida humana, hasta el punto en que no haya espacio para ningún tipo de individualidad o elección de conducta, se puede consi— derar un acercamiento al problema de la sobrevivencia humana". (Simeons, 1961).

Simeons cree que lo fisiológico básico de la psique es el desarrollo anormal y no relacionado de la corteza, trayendo con ello una falta de armonía dentro del sistema nervioso cen— tral.

Hace alrededor de medio millón de años el hombre empezó a usar esta parte de su cerebro para modificar su medio. - Desarrolló el pensamiento abstracto y produjo un ambiente artificial en el cual podría sobrevivir mejor. Esto produjo eventualmente una vida metropolitana compleja que parece estar empujando al hombre a un mundo de psicosis, psiconeurosis y enfermedades psicósomáticas. A menos que el hombre aprenda a controlar estas fuerzas, simplificar su vida y reducir los "stress" que le rodean, dichas fuerzas le van a acercar a la autodestrucción, si no con el quejido de la degradación ambiental, entonces con la detonación de la destrucción nuclear.

Este ambiente artificial al cual llamamos civilización es la causa de mucho del sufrimiento psicósomático. Como declara Simeons:

"La civilización es de este modo un artefacto y no un fenómeno biológico. El único resultado fisiológico que ha tenido en el hombre es la aparición de enfermedades psicósomáticas. No ha producido nuevos órganos ni nuevas funciones. La civilización es el método de perfeccionar medios artificiales de escape. Ya ha llegado tan lejos ahora que casi impide completamente al hombre urbano reaccionar al peligro del modo que es normal evolutiva y fisiológicamente. El hombre moderno está tan abrumado por sus logros corticales que ha olvidado que su cuerpo funciona aún en un nivel que era normal antes del advenimiento de la cultura. Las reacciones diencefálicas de su cuerpo., las cuales ya no tienen sentido para su corteza, las malinterpreta como enfermedad y de tal modo sienta el patrón que eventualmente lo conduce al sufrimiento psicósomático. - (Simeons, 1961).

Entre los muchos estímulos "estresantes" está el impulso sexual. De acuerdo con la teoría freudiana, esto es obvio; pero su relación con las enfermedades psicósomáticas no se ha-

explorado completamente. Como dice Silverman:

"El impulso sexual que, por muchas razones se relaciona con la ansiedad o culpa, puede actuar como "stress", independientemente de si sólo se anticipa en fantasía o de si realmente se lleva a cabo. Los efectos de tal "stress" son con frecuencia físicos, aunque la causa no se reconozca frecuentemente. Después de la actividad sexual de este tipo un individuo puede sentirse generalmente intranquilo, tenso o deprimido y puede relacionar estos efectos posteriores con la experiencia sexual, pero tenderá con frecuencia a achacar las secuelas físicas a otras causas. Las respuestas corporales pueden aumentar aún más y complicarse por una descarga insuficiente de la tensión sexual. La masturbación puede ser seguida por cólicos abdominales o diarrea o dolores "neurálgicos" en las piernas; el voyeurismo, por escotomas cintilantes o dolor de cabeza severo de tipo migrañoso; la felación o el cunnilingus, por globo hístico o sensación de náusea; la relación sexual no satisfactoria, por frecuencia, de micción o dolor dorsal bajo, para citar sólo algunos ejemplos. Algunos de estos síntomas físicos parecen estar relacionados con perturbaciones en el equilibrio simpático-parasimpático el cual es desencadenado por la actividad sexual "estresante". Otros pueden estar relacionados con variaciones en el balance hormonal. Aún otros pueden representar reacciones conversivas. En todo caso, la clase y localización de estos síntomas corporales no está determinada del todo por factores físicos, sino que también está influida y hasta cierto grado por elementos psicológicos. (Silverman, 1968).

Una forma específica de "stress" psicológico se estudia recientemente. Este "stress" está unido con la pérdida real o en potencia de un objeto emocionalmente significativo. Muchos problemas psicósomáticos siguen a este "stress".

Las ideas de Halliday acerca de la afección psicosomática parecen ser paralelas al desarrollo de conceptos similares. Algunos investigadores hablan acerca de las "enfermedades por "stress" y Selye trabaja con las "enfermedades de adaptación".

Schmale en 1958 emprendió un serio estudio de fenómenos psicosomáticos, y concluyó que "conociendo los patrones de relaciones objetivas del paciente, incluso las clases de conflictos objetivos que amenazan el concepto de sí del paciente y los procesos del ego disponibles para manejar tales conflictos, es posible predecir las circunstancias específicas bajo las cuales se enfermará el paciente". (Silverman, 1968).

Mientras más trabajo científico se hace sobre la relación mente-cuerpo más omnímodo se vuelve la conscientización de esta estrecha interrelación. En la Escuela de Medicina de Monte Sinaí en la ciudad de Nueva York, una investigación reciente extiende la influencia del cerebro y la conducta al sistema inmune del cuerpo humano. Es un conocimiento clínico común que los factores psicosociales afectan la resistencia a la infección. Rasmussen, en una serie de experimentos, ha demostrado que el "stress" psicosocial aumenta la susceptibilidad en los ratones al virus del herpes simple, al poliovirus, a los virus coxsackie B y al poliomavirus.

Los "stresses" usados fueron choques dados en las patas de las ratas en situaciones de evitar-aprender. La habitación repleta, las luchas intensas y la depredación también disminuyeron la respuesta inmune en los ratones.

Varios experimentos sobre "stress" con primates pequeños, perros y babuinos han modificado la reacción inmune y los niveles de anticuerpos en estos animales. (Stein, 1976).

El "stress" parece alterar el funcionamiento del sistema pituitario-adrenocortical, el cual puede modificar la susceptibilidad a las infecciones, afectar las respuestas inmunes y reducir la producción de interferón. Según Marvin - Stein, la influencia mediadora en el sistema nervioso central es el hipotálamo.

Las lesiones en la región anterior del hipotálamo tienen varios efectos. Según Stein, "Las lesiones pueden interferir con la unión de anticuerpos a los tejidos del huésped, pueden modificar la unión antígeno-anticuerpo, pueden alterar el contenido y liberación de la histamina y otras sustancias vasoactivas por los tejidos o pueden disminuir la respuesta de los tejidos blanco a los agentes farmacológicos liberados por la reacción antígeno-anticuerpo". (Stein, 1976).

El conocimiento de los ciclos circadianos puede ser otra herramienta para comprender el desarrollo de enfermedades psicósomáticas. Los doctores Richter, Holberg y Reinman, quienes han trabajado en la enfermedad psicósomática, han sugerido que ciertos síntomas ocurren cuando el ritmo biológico de una persona está fuera de fase con el horario de sueño-actividad de uno. Quizá el "stress" emocional produce tal desequilibrio en el ritmo circadiano. Se necesita más investigación sobre la relación entre el ritmo biológico y las manifestaciones psicósomáticas. (Luce, 1971).

Durante los años sesentas, el doctor Charles Stroebel en el Instituto de la Vida en Hartford, Connecticut, descubrió que no sólo el "stress" fisiológico, sino también el "stress" conductual, puede producir ritmos biológicos anormales. En una serie de experimentos descubrió que el miedo inevitable - desincronizaba varios ritmos circadianos en macacos de la India. Con el tiempo, bajo circunstancias frustrantes, estos monos desarrollaban síntomas típicos de enfermedad psicósomá-

tica o de una neurosis. Los resultados de este experimento - sugieren que el "stress" conductal puede perturbar el ritmo - biológico, el cual a su vez, podría generar enfermedades psic - cosomáticas en los humanos. Una investigación más amplia se - está llevando a cabo en el Instituto de la Vida para arrojar - luz sobre la etiología de los problemas psicossomáticos. (Luce 1971).

La medicina psicossomática es entonces una rama de la - medicina clínica, desarrollada para balancear los aspectos me - canísticos e impersonales del tratamiento médico. Al princi - pio, el tratamiento psicossomático se concentraba en el enten - dimiento de los determinantes emocionales de varias enfermeda - des. En años recientes las técnicas de tratamiento se han de - sarrollado con la ayuda de los psicólogos clínicos, lo cual - hace de la medicina psicossomática una rama altamente valorada de la medicina clínica.

Un enfoque interdisciplinario ha fomentado nuevos pa - radigmas de la teoría psicossomática. Un modelo lineal de cau - salidad ha dado paso a un modelo cíclico en el cual la enfer - medad es vista como resultado de factores interrelacionados - con los armazones de la psicología, la fisiología y el medio - ambiente para cada individuo.



### ESPECIFICIDAD

Una de las discusiones más controvertidas en lo psicosomático es la de la especificidad.

Hay varias preguntas que se hacen sobre esta materia.-- ¿Hay o no una gran correlación entre el tipo de "stress" psicológico y los órganos afectados? ¿D hay otros factores involucrados tales como herencia, condicionamiento, enfermedad previa o varios "stresses"? . Hay muchas opiniones acerca de esto y aún los clínicos no se ponen de acuerdo. En la teoría de la especificidad se postula que las respuestas fisiológicas a varias emociones dependen de la emoción específica involucrada. Sin embargo, los parámetros de respuesta son tan grandes que sería necesaria una investigación psicológica completa de los pacientes con la misma enfermedad para establecer dicha especificidad.

La comunicación técnica # 275 de la Organización Mundial de la Salud sugiere que los siguientes factores pueden estar involucrados:

1. Predisposición constitucional basada en herencia.
2. Predisposición constitucional como resultado de experiencias tempranas y desarrollo. (Tanto las experiencias fisiológicas como las psicológicas, y tanto el período prenatal como la infancia se incluyen aquí).
3. Cambios de personalidad en la vida posterior que afectan a sistemas orgánicos.
4. El debilitamiento de un órgano por lesión o infección.
5. El hecho de que un órgano esté en acción al momento de es-

esfuerzo o de trastorno emocional.

6. El significado simbólico del órgano en el sistema de personalidad del individuo.
7. Fijación orgánica como resultado de desarrollo psicológico retardado. ( WHO, Ginebra, 1964).

El órgano afectado por "stress" no resuelto varía en el individuo bajo "stress". Hay varias teorías que intentaron dilucidar la cuestión de especificidad orgánica.

La primera, basada en el trabajo de Flanders Dunbar, ofrece la hipótesis de que las características específicas de personalidad están aliadas con enfermedades psicofisiológicas específicas.

La segunda, sugiere que el órgano afectado depende de las características fisiológicas del paciente. Este proceso puede deberse a factores genéticos, condicionamiento temprano o enfermedad previa. Grinker y otros apoyan esta teoría.

La tercera, hace notar que varios estados emocionales, producen diferentes cambios fisiológicos. El miedo produce secreción de adrenalina; la ansiedad produce aumento en la secreción gástrica. Estas reacciones diferenciales afectan diferentes órganos y producen síntomas diferentes.

Además, puede haber memorias tisulares de exposición previa a "stress".

Un enfoque ecléctico sería mantener estas tres teorías en cuenta y juzgar cada caso separadamente en relación con la teoría o combinación de teorías que concuerden mejor.

Algunos terapeutas creen que así como los microorganismos tienen una afinidad específica por ciertos órganos, así - ciertos conflictos emocionales afectan sistemas orgánicos diferentes y específicos.

La rabia inhibida parece afectar el sistema cardiovascular; los problemas de dependencia y de búsqueda de ayuda parecen tener una relación específica con las funciones de la nutrición y del tracto gastrointestinal; los conflictos que involucran al sexo y la dependencia parecen afectar los órganos respiratorios; los conflictos emocionales pueden ser tan tangibles como los microorganismos.

Como dice Alexander, "La principal contribución del psicoanálisis a la medicina fue el agregar al microscopio óptico un microscopio psicológico, un técnica psicológica mediante la cual la vida emocional de los pacientes podría sujetarse a un escrutinio detallado".

De 1951 a 1965, Franz Alexander y sus colaboradores en el Instituto para el Psicoanálisis de Chicago, llevaron a cabo un proyecto dedicado para probar un punto de vista que es llamado la "teoría de la especificidad". Sus puntos de vista se pueden expresar de la siguiente manera:

1. No hay en el presente ninguna teoría unitaria que explique todas las enfermedades psicosomáticas; algunas parecen puramente histéricas mientras que otras parecen ser concomitantes vegetativas de tensión emocional crónica.

2. Sin embargo, la mayoría de los síndromes del grupo que vagamente llamamos "enfermedad psicosomática" o "neurosis-vegetativa" parecen estar asociados bastante regularmente con ciertos patrones caracterológicos o constelaciones emocionales.

3. En todos los casos se presume un factor constitucional "X". Este factor puede implicar una relación recíproca al grado de intensidad del factor psicológico de acuerdo con el concepto bien conocido de Freud de la "serie complementaria".

4. Las constelaciones emocionales mencionadas antes juegan un papel etiológico en asociación con otros factores complejos en la génesis de la enfermedad.

Previamente, Freud y sus seguidores, Ferenczi, Abraham y otros, han tocado esta materia de diversas maneras. Freud mismo creía que las fuerzas inconscientes alteraban las funciones en un modo no simbólico; pero otros trabajadores insistían en el significado simbólico de las enfermedades psicogénicas.

Parece ser que ciertas enfermedades están aliadas con patrones de carácter similares y que ciertos tipos de traumas con frecuencia inician cierto trastorno somático.

Alexander dice, "... lo que es característico es siempre la "gestalt" total en la cual las tendencias psicológicas individuales omnipresentes aparecen en una combinación única". (1968). Señala que ciertos patrones psicodinámicos aparecen como datos centrales en diferentes enfermedades: dependencia en úlcera duodenal, miedo de pérdida de la madre en asma, hostilidad no expresada en hipertensión, protesta masculina en artritis femenina, hambre por contacto en una necesidad por intimidad física, en neurodermatitis, y otras. Sin embargo, en la colitis la correlación psicofisiológica fue baja.

Sin embargo, estos patrones psicodinámicos también se encontraron en personas sin síntomas fisiológicos, por lo que los factores psicológicos solos no causan la enfermedad,

excepto cuando hay una debilidad orgánica específica. Alexander, French y Pollack llaman a esto el factor X. Deutsch (1939), Binger (1945) y Grincker (1953) han postulado todos un factor similar.

Los autores de Medicina Psicosomática sugieren tres conceptos operacionales básicos: primero, se encuentra la "constelación psicodinámica", el conflicto central y las defensas. En segundo lugar está la "situación de inicio", la vida externa aún al momento del desarrollo sintomático. En tercer lugar está el factor X, una vulnerabilidad constitucional del sistema orgánico. Como Alexander, French y Pollack dicen:

"Estas tres variables, vulnerabilidad orgánica o sistémica heredada o adquirida tempranamente, los patrones psicológicos de conflicto y defensa formados en la vida temprana y la situación vivencial precipitante, no son necesariamente factores independientes. Es posible que la constitución determine por lo menos parcialmente tanto la vulnerabilidad orgánica como los patrones psicológicos característicos. Actualmente, poco se conoce acerca de la interdependencia de estas dos variables. No obstante, hay una fuerte indicación de que la correlación entre constitución y patrones psiquiátricos característicos no es simple. La constitución sola sin ciertas experiencias emocionales en la vida temprana, no pueden producir un patrón consistente".

"Tampoco se considera la situación de inicio como una variable enteramente independiente. No es puramente un factor de azar. Los pacientes con ciertas predisposiciones psicológicas pueden inconscientemente buscar situaciones vivenciales que complementen sus predisposiciones. Por ejemplo, los hipertensivos que se caracterizan por la tendencia a hacer su trabajo cumplidamente aún bajo circunstancias difíciles y hostiles están más propensos de meterse en situaciones de vida en -

las cuales son explotados por su ambiente. Tal paciente tipo "bestia de carga" puede sutilmente propiciar cargas cada vez más pesadas sólo porque tan pacientemente se somete a indignidades". (Alexander, 1968).

Deutsch propone que, si en la niñez una enfermedad orgánica coincide con un conflicto emocional, entonces el patrón se repite más tarde en la vida.

Kubie cree que hay evidencia positiva en contra de la especificidad. Tanto a través de la lógica como a través de su experiencia clínica concluye que la especificidad es un mito. Cita a un paciente que en diferentes fases representaba sus problemas en diferentes manifestaciones psicósomáticas. Su colitis ulcerativa fue sustituida por una severa dermatitis, la cual a su vez fue reemplazada por una migraña severa, todas ellas terminando en un brote psicótico. (Kubie, 1944).

Pregunta: "¿Por qué siempre se vuelve en la dirección corporal el esfuerzo por solucionar un conflicto inconsciente?"

Hace la pregunta pero admite que no puede contestarla.

La más reciente opinión acerca de la especificidad psicósomática es expresada por Shontz (1975).

"La importancia del problema mente-cuerpo para un entendimiento apropiado de la enfermedad y la inhabilidad se muestra por las dificultades engendradas por la hipótesis de la especificidad. De acuerdo con la teoría psicósomática primera, los perfiles particulares de personalidad se relacionan con enfermedades físicas particulares.

De esta manera, el perfil de personalidad en la hipertensión difiere del perfil en artritis o en úlcera péptica. -

Los teóricos posteriores enfatizaron los conflictos o necesidades inconscientes; la enfermedad física ocurre cuando un conflicto inconsciente específico afecta un órgano que es vulnerable a un trastorno o cuando el bloqueo emocional de una necesidad (causa psicológica) produce una innervación excesiva de los órganos asociados con la necesidad bloqueada. Por ejemplo, el asma resulta de dependencia no resuelta de la madre y de miedo inconsciente de su rechazo.

"La hipótesis de la especificidad en los psicósomáticos es una extensión del axioma médico de que cada enfermedad tiene su propia causa. La hipótesis de la especificidad es atractiva porque sugiere una correspondencia simple de uno a uno entre los hechos mentales y corporales que, de ser válida, simplificaría el diagnóstico y el tratamiento. Desafortunadamente, la hipótesis no ha sido confirmada fuertemente por la evidencia. Las correlaciones esperadas entre enfermedad y personalidad son débiles. Las correlaciones que existen son tan bajas que su "status" como agentes causales es dudoso. En todo caso, la observación de una correlación entre personalidad y enfermedades corporales nunca puede probar que aquella es causa de éstas. Aunque fueran fuertes, tales correlaciones podrían usarse tan fácilmente para demostrar que las enfermedades específicas producen conflictos o perfiles de personalidad específicos. "

Teorías más recientes en medicina psicósomática reconocen la complejidad y multiplicidad de factores causales en la enfermedad.

"Por ejemplo, las teorías modernas reconocen que la vulnerabilidad orgánica está determinada por factores tanto constitucionales como experimentales y que ambos tienen sus efectos, ya sea separada o combinadamente. Un "stress" extraordinario puede o no producir patología, dependiendo no sólo -

del tipo, intensidad y duración del "stress", sino también de las características del organismo individual que determina su capacidad para resistir. Los conflictos emocionales por sí mismos no causan enfermedad, a pesar de que pueden contribuir a disminuir el umbral de la respuesta física al "stress".

"Z. J. Lipowski resumió la situación haciendo notar - que la medicina psicosomática temprana se dedicó a probar hipótesis que especificaban los orígenes psicológicos de las enfermedades corporales. Lipowski dijo que los intentos por hacer válidas estas hipótesis se han hundido y que el concepto sobre simplificado de enfermedad psicosomática se está volviendo obsoleto".

"Parece no haber una explicación simple de la relación específica entre una emoción, una personalidad y una enfermedad. Más bien, al conocerse más información, la complejidad de la etiología de las enfermedades psicosomáticas se hace aparente. El psicólogo debe analizar cada caso con sus propios datos y contribuir al acopio siempre creciente del conocimiento conocido como teoría de la especificidad". (Shontz, 1975).



## DIAGNOSTICO.

Uno de los principales problemas en el diagnóstico es la falla en reconocer la neurosis y en tratar al paciente médica más que psicológicamente.

Más aún, aunque se excluya la enfermedad orgánica, hay más investigaciones necesarias para un diagnóstico de las enfermedades psicósomáticas.

Como declaran Weiss e English: "... el diagnóstico de enfermedad 'funcional' debe establecerse no simplemente por exclusión de enfermedad orgánica, sino por su propias características también". (Weiss e English, 1943).

Si lo anterior es cierto, entonces el análisis de la personalidad es tan importante como el trabajo de laboratorio.

Pero, aunque se encuentre enfermedad orgánica, los factores emocionales pueden jugar un importante papel en la etiología de la enfermedad. Como declaró Barr: "Las enfermedades orgánicas reconciliables... no quitan al paciente de la categoría de aquéllos que sufren adversamente por espacimientos emocionales".

Weiss e English señalan que este diagnóstico ya no está regido por un concepto disyuntivo. Uno debe descubrir qué tanto del problema es emocional y qué tanto es físico, y la relación entre ambos. Creen que siempre hay tres factores que operan en el diagnóstico: el individuo, el ambiente y el mecanismo.

En el área del diagnóstico hay varios conceptos operativos que pueden ser útiles a seguir. Uno es el "lenguaje or-

gánico". Cuando un paciente no puede encontrar una salida para alivio de sus tensiones, el cuerpo puede recurrir a un tipo de "simbolismo de síntomas" llamado lenguaje orgánico.

Si un paciente no puede tragar satisfactoriamente, puede haber algo en la vida que él "no puede tragar". Si siente náusea, puede significar que el paciente no puede "estomagar" algo. Un dolor en el brazo puede significar que al paciente - le gustaría golpear a alguien.

Weiss y English dicen: "Si los síntomas existen sin base física... búsquese su significado desde el punto de vista de la conducta".

Otro factor que notar es el factor sexual. No es que los problemas sexuales sean las únicas causas de las neurosis, sino que las dificultades sexuales son un índice revelador de una personalidad neurótica. Las perturbaciones en la vida sexual de un individuo sirven como indicador de la clase de personalidad que tiene el individuo.

Para comprender completamente los problemas del diagnóstico y tratamiento psicósomáticos, es necesario tener cierto conocimiento de la psicopatología. Entre los muchos síntomas psicopatológicos que deben reconcerse está la ansiedad, ese estado de tensión y displacer que indica la presencia de algún peligro para el organismo. Los dos peligros básicos son el miedo de daño físico y el miedo de pérdida de amor.

La ansiedad tiene dos componentes, uno es psíquico y el otro es somático; por lo que la ansiedad puede con frecuencia causar síntomas psicósomáticos, especialmente en aquellos órganos y tejidos relacionados con el sistema nervioso autónomo. Otros síntomas neuróticos incluyen fobias, compulsiones, obsesiones, histerias, paranoia, ambivalencia y otras. En re-

sumen, la psicopatología de las enfermedades psicósomáticas no difiere mucho de la de las neurosis.

Hay una creciente aceptación de la hipótesis de que son determinantes importantes del desarrollo emocional del individuo y de su salud mental en la vida adulta las relaciones familiares, particularmente en la niñez, los métodos de crianza y el clima emocional en el cual crece el niño.

Langer y Michael, en su trabajo sobre grupos de síntomas y categorías de diagnóstico, usaron una serie de preguntas de salud mental hechas para cuestionarios previamente desarrollados. Se seleccionaron el índice Médico Cornell y el MMPI como "núcleo de síntomas" de su cuestionario. Una de sus clasificaciones indicaba el tipo psicósomático de la persona. Aquellas personas que, mediante respuestas directas a preguntas concernientes a enfermedades físicas, enlistaban enfermedades psicofisiológicas o cuyos síntomas principales eran de este tipo, se clasificaron como del tipo psicósomático, (Langer y Michael, 1955).

Felix Deutsch define lo psicósomático de la siguiente manera: "La medicina psicósomática es el conocimiento sistematizado de cómo estudiar procesos corporales, los cuales están fusionados y amalgamados con procesos emocionales del pasado y del presente". Sugiere la "anamnesis asociativa" como método de diagnóstico. (Deutsch, 1939).

En el curso de la anamnesis asociativa se estimula al paciente a dar toda la información mediante la descripción de sus síntomas orgánicos, sin hacerlo consciente de un fondo psicológico en su enfermedad. Se permite al paciente hablar libremente y el examinador simplemente espera, algunas veces repite algún punto, siempre trata de usar las palabras que usa el paciente, estimulándolo de esta manera a hacer más asociaciones.

El médico está pasivo, escuchando, pero en un estado de atención concentrada. Una pregunta muy útil es: "¿Qué quiere decir con eso?" Esta clase de entrevista está basada en la transferencia positiva, y por lo tanto el paciente puede sentirse algunas veces aliviado después de la entrevista.

El paciente proporciona una mezcla de material emocional y somático, y el médico tiene que estar pendiente de las descripciones del conflicto antiguo, del conflicto reciente y de los factores temporales. La entrevista con frecuencia dura de una a dos horas. El paciente proporciona también el material acerca de sus principales motivaciones en la vida, sus reacciones hacia otras personas con las cuales vive o ha vivido, empezando por el presente y regresando hacia el pasado.

Como podemos ver, el diagnóstico de las enfermedades psicósomáticas está basado principalmente en la relación de la historia. El psicólogo escucha, observa, pregunta y analiza. Por medio de una cuidadosa anamnesis descubre los factores psicológicos involucrados en los problemas del paciente. Como en todas las investigaciones científicas, la formulación de las preguntas correctas conducirá a un mejor entendimiento de los problemas involucrados.

En cualquier investigación diagnóstica uno debe tener en cuenta los variados puntos "nodales" del desarrollo. Los hábitos alimentarios, el entrenamiento para ir al baño, los impulsos sexuales infantiles, las fases neuróticas de la infancia, la menarquia, la masturbación púbera, las primeras experiencias sexuales adultas, la revolución contra la dependencia los problemas de trabajo, el matrimonio, la actitud hacia los niños y muchos otros son todos importantes para un entendimiento psicológico completo del individuo.

Se deben investigar tanto los aspectos internos como -

los externos de la vida del paciente. La técnica de la "Anamnesis Asociativa" es útil para obtener una gran cantidad de datos del paciente. Preguntas tales como "¿Digame algo de sí mismo" o "¿Cuál es su problema?" o "¿Cómo se siente respecto a su vida?" facilitarán mucha información útil para el diagnóstico de los problemas del paciente. Un aspecto de la situación completa de la vida del paciente ayudará mucho en cualquier diagnóstico de síntomas psicosomáticos.

Grinker declara: "Más específicamente, deseamos saber algo del nacimiento del paciente, sus hábitos alimentarios tempranos y las relaciones entre sus padres; su entrenamiento respecto a las funciones rectales y vesicales y su control muscular tanto en el lenguaje como en el movimiento; sus primeras expresiones afectivas y la manera en la que fueron tratadas; cómo enfatizaron el paciente y sus padres enfermedades corporales de importancia; los patrones establecidos entre madre e hijo durante las situaciones tempranas y tardías en la familia la historia de sus adaptaciones sociales en sus primeros años y a través del período escolar y sustransformaciones en la vida prepúberal, púberal y adulta joven; las maneras mediante las cuales se manejaron las operaciones económicas y de seguridad social; cómo se trató la conducta genital en la niñez y los conceptos erróneos que surgieron en la familia y que se perpetuaron en su vida adulta con respecto a la sexualidad y a la agresión; las dificultades resultantes de relaciones heterosexuales en cualquier época, contra los antecedentes de su punto de vista usual de personas de ambos sexos.

Como resultado de esta orientación podemos ahora llegar a un entendimiento de las muchas facetas de la personalidad del paciente y su conducta característica en una variedad de situaciones. Los ejemplos son: su incapacidad o mala adaptación en el manejo de impulsos agresivos o sexuales; el experimentar ansiedad en situaciones no garantizadas o la falta de

experimentación de ansiedad y su transformación en una variedad de sustitutos; la correlación de emociones raramente dispares como, por ejemplo, furia cuando se podría haber experimentado placer, o placer cuando se ha provocado una herida, o la búsqueda de castigo cuando la satisfacción del impulso sexual parece ser deseada, o el experimentar ansiedad o pánico cuando la rabia hubiera sido lo apropiado, o huir cuando pelear hubiera estado mejor o viceversa. El examinador debe ser capaz de visualizar la realidad cultural y social que afronta el paciente, con objeto de determinar adecuadamente qué tanto de los sentimientos y conducta del paciente no es sano. La formulación diagnóstica terminará en un pronóstico, seguido por el tratamiento especificado. Debe, por lo tanto, ser tan completo y preciso como sea posible. Lo certero del diagnóstico depende del análisis final sobre la objetividad con la cual ha precedido el examinador, su éxito en la creación de una ambientación favorable para que el paciente provea datos tan poco contaminados como sea posible y, finalmente, su capacidad y experiencia para la adecuada interpretación y correcta formulación de los problemas". (Grinker, 1956).

Una historia clínica psicossomática debe incluir por lo menos lo siguiente:

1. Historia hereditaria (padres y abuelos).
2. Historia familiar (esposa e hijos).
3. Historia social (medio ambiente).
4. Historia personal (antes de la enfermedad).
5. Historia de la enfermedad.
  - a) Síntomas.

- b) Niñez.
- c) Educación.
- d) Trabajo.
- e) Cambios de residencia.
- f) Enfermedades y accidentes.
- g) Vida sexual.
- h) Hábitos e intereses.
- i) Actitudes.
- j) Sueños.
- k) Otros.

Con esta historia como material de antecedentes, el psicólogo puede proceder a diagnosticar y a tratar enfermedades del paciente.

La literatura sobre la medicina psicosomática se refiere en gran parte a la investigación psicológica más que al diagnóstico médico. Y la mayoría del diagnóstico psicológico viene del conocimiento psicoanalítico más que de la información conductista.

Por lo tanto, algunos teóricos psicosomáticos ofrecen sus ideas con referencias específicas a la mente inconsciente. Halliday en lista siete criterios que pueden coadyuvar en nuestro diagnóstico de enfermedades psicosomáticas:

1. En una gran proporción de los casos un hecho perturbador emocionalmente precede a la enfermedad o a su repetición.
2. Los tipos particulares de personalidad tienden a estar asociados con cada afección particular.
3. En la mayoría de estas enfermedades hay una marcada desproporción es incidencia sexual.
4. Diferentes afecciones psicosomáticas tienden a alternar una con otra, o menos frecuentemente, aparecen simultáneamente en el mismo individuo.
5. Una historia de la misma enfermedad o de enfermedades aliadas ocurre en parientes cercanos en una alta proporción.
6. El curso de la enfermedad tiende a ser fásico con periodos de recrudescencia, remisión y recurrencia.
7. El predominio está relacionada con cambios psicológicos y sociales en el ambiente comunal.

Weiss e English citan un número de enfermedades como primordialmente psicosomáticas o como influencias por factores emocionales. Estas incluyen problemas cardiovasculares, síntomas gastrointestinales, desequilibrios del sistema nervioso central, problemas de ojos y oídos, enfermedades cutáneas y alergias y problemas dentales, articulares y ortopédicos. Una lista completa bajo tal título sería bastante extensa, pero los principales problemas psicosomáticos incluirían neurosis cardíaca, indigestión, vómito, colitis mucosa, colitis ulcerativa, anorexia nerviosa, úlcera péptica, hipertiroidismo, fati



ga crónica, diabetes mellitus, impotencia y frigidez, problemas menstruales, tuberculofobia, asma bronquial, insomnio, dolor de cabeza, migraña, neurodermatitis, artritis crónica, dolor dorsal bajo y otros.

Weiss e English intentan delinear una técnica para el diagnóstico psicossomático basándose en una lista de conceptos, los cuales el psicólogo o el médico harían bien en investigar.

1. Una historia familiar que sugiere un antecedente - para problemas psicológicos (herencia o pseudoherencia).
2. Evidencias de una neurosis de infancia.
3. Sensibilidad a factores emocionales específicos - (relación temporal de la presente enfermedad y un hecho perturbador emocionalmente), especialmente - en periodos de época o cruciales de la vida (pubertad, matrimonio, alumbramiento, climaterio, etc.).
4. Una estructura de personalidad específica (otras - evidencias de neurosis o perturbación de carácter).
5. Demostración de conducta específica al hacer la - historia (exposición artificial a una situación de conflicto).
6. Hiposensibilización a la psicoterapia o el evitar - la situación provocante.

(Weiss e English, 1943).

Weiss e English han tratado de hacer un diagnóstico -

psicosomático definitivo por medio de un esquema que ellos llaman Correlación de Situación Vivencial y Formación de Síntomas.

En el desarrollo de un estudio del paciente psicosomático se puede observar que las enfermedades psicosomáticas aparecen en puntos modales de la vida de la persona. El esquema de Weiss e English muestra este rasgo.

Como una ayuda en el diagnóstico y para comprender mejor la etiología de las enfermedades psicosomáticas, sería útil analizar los problemas desde tres puntos de vista. Primero, una investigación dentro de la herencia y la constitución del paciente puede descubrir varios factores que podrían aumentar nuestro entendimiento de la fuente biológica de la enfermedad específica. Tanto los rasgos heredados como los factores biológicos son importantes en muchas enfermedades psicosomáticas.

En segundo lugar, el ambiente social y cultural del paciente es pertinente para un entendimiento completo de la reacción psicosomática. El cambio social rápido, la industrialización, la revolución, el cambio cultural, todos pueden contribuir a un aumento en el "stress" y a una ruptura de la homeostasis en el individuo.

En tercer lugar, es importante una investigación de la historia de la vida del individuo. Varios estudios sugieren que las experiencias de la vida temprana tienen resultados psicológicos y fisiológicos profundos. Por ejemplo, en parte del Africa el neonato nunca deja a la madre, con el resultado de que el espasmo pilórico es casi desconocido en estos bebés africanos en comparación con los niños de Europa y de Norteamérica. También un estudio de la edad de destete nos puede dar alguna luz en los problemas psicosomáticos. Otros hechos tomados de la historia de la vida pueden ser igualmente importantes

para el entendimiento de la etiología de la enfermedad.

Una enfermedad no puede ser considerada como psicosomática hasta que se demuestre objetivamente que los hechos físicos que son parte de esa enfermedad tienden a suceder después o junto con los hechos psicológicos de una naturaleza particular.

Weiss y Spurgeon (1943) dicen: "El que una persona se enferme somática o socialmente parece depender de la cantidad de culpa, ansiedad y hostilidad en su personalidad."

En el diagnóstico de un paciente, su estado mental debe determinarse. Si existe cualquier daño orgánico oculto, se reprudente investigar aspectos de memoria, orientación, habilidad y capacidad intelectual. Para este propósito es útil revisar su conducta general y apariencia, su fluidez al hablar, su estado de ánimo, contenido de pensamiento y estado intelectual. (Walker, 1967).

Hay algunas ayudas diagnósticas que aumentan la solidez del diagnóstico. Estas incluyen énfasis casuales del paciente, sus ideas de la enfermedad, al análisis de sueños, pruebas psicológicas, hipnosis y otras.

Podría valer bastante la pena hacer un análisis profundo de los sueños como un sondeo dentro de la mente inconsciente y hacer una serie de pruebas objetivas y proyectivas incluyendo el MMPI y el Rohrschach como herramientas diagnósticas en el análisis de la personalidad.

Con esta cantidad de datos, es un importante procedimiento una evolución crítica de los hallazgos, en el manejo de la enfermedad psicossomática. Cuando el diagnóstico descarta la enfermedad física, entonces el psicólogo clínico puede empe

zar su terapia como considere pertinente. Si se encuentra enfermedad física, entonces el método indicado de tratamiento es el enfoque de equipo, una empresa en cooperación entre el psicólogo clínico y el médico.

Maurice Levine de la Universidad de Cincinnati ha ideado un cuadro que incluye varias reacciones psicósomáticas generales. Como acercamiento a lo psicósomático, el cuadro es útil cuando se usa con otras herramientas diagnósticas. (Levine, 1948).

Como otros, Alexander cree en una explicación multicausal de la enfermedad. Uno no puede decir que una enfermedad es causada por una bacteria específica cuando son importantes en la etiología de la enfermedad factores emocionales e inmunológicos. De la misma manera, ciertas enfermedades psíquicas sólo aparecen en individuos predispuestos, mientras que otros en las mismas circunstancias no muestran síntomas. Como dice Alexander, "La multicausalidad y la distribución variable de factores psicológicos y no psicológicos de caso a caso invalida el concepto de 'enfermedad psicósomática' como grupo diagnóstico específico. "Realmente todas las enfermedades se pueden considerar psicósomáticas, ya que los factores emocionales influyen en todos los procesos corporales. (Alexander, 1950).

Alexander sugiere una ecuación que puede explicar las enfermedades de manera más cuantitativa. Nos da D (diagnóstico) = f (a, b, c, d, e, g, h, i, j, ... n) donde

- a - consitución hereditaria
- b - lesiones de nacimiento
- c - enfermedades orgánicas de la infancia
- d - naturaleza del cuidado infantil

- e - experiencias traumáticas físicas accidentales de la infancia y niñez
- g - experiencias traumáticas emocionales accidentales de la infancia y niñez.
- h - clima emocional de la familia.
- i - daños físicos posteriores.
- j - experiencias emocionales posteriores en relaciones personales íntimas y ocupacionales.

(Alexander, 1950).

Y podrían añadirse otros factores no específicamente mencionados por Alexander.

La mayoría de las perturbaciones psicosomáticas tienen por lo menos dos fases. La primera es funcional y consta de - respuestas reversibles e inapropiadas motoras, secretorias y vasculares en el cuerpo. La segunda fase consta de cambios tisulares que pueden o no ser reversibles. Las dos fases son bastante diferentes. La primera puede tratarse primariamente con medios psicológicos, mientras que la segunda necesita tratamiento tanto psicológico como somático.

La fijación orgánica puede resultar de estimulación intensa de la función orgánica durante la infancia. Más tarde - el organismo puede regresar a estos "puntos de fijación" bajo "stress", esto es, a una etapa infantil de respuestas físicas-indiferenciadas.

"En resumen, existe una continuidad estructural, fun-

cional entre la mente y el medio ambiente (incluyendo al cuerpo) que contiene puntos nodales en los cuales ocurren transformaciones de energía". (Sydney Margolin, 1953).

Mientras más temprano sea el trauma, mayor será el número de aspectos de la personalidad que se afecten.

Esto no quiere decir que uno pueda determinar "causas" sólo por medios puramente psicológicos. Aún Freud advirtió — que "no está dentro del campo de la investigación puramente psicológica el hecho de penetrar (tan) más allá de las fronteras de la investigación fisiológica."

A pesar de que las técnicas psicoanalíticas son bastante útiles para descubrir las influencias básicas y quizá aun — las causas, no explican los hechos fisiológicos y biológicos. — Como dice Mirsky, un afamado psicoterapeuta:

"El psicoanálisis permite una evaluación de las influencias relativas de las fuerzas motivacionales, abiertas y — escondidas, responsables de actitudes corrientes, sentimientos y conductas. Descubre el origen de tales fuerzas en los impulsos instintivos dados biológicamente que se vuelven elaborados, tergiversados, desviados y sumergidos en el choque con el ambiente humano, que es a la vez permisivo y prohibitivo, satisficentes y frustrante. Revela las adaptaciones psicológicas — que se desarrollan tanto para satisfacer como para combatir — las demandas instintivas conflictivas que inducen excitación — psíquica. Permite distinguir y evaluar la influencia de esas adaptaciones que fueron apropiadas en el pasado, de aquellas — que son apropiadas en el presente. Estos y muchos otros fenómenos psicológicos se ponen de manifiesto por la aplicación correcta de la técnica psicoanalítica y otras técnicas psicológicas, las cuales así revelan las fuentes y efectos de la tensión psíquica. Estos métodos, sin embargo, no proporcionan —

ningún dato concerniente a los mecanismos involucrados en la - producción de los concomitantes fisiológicos.

"Durante la fase de desarrollo cuando uno está todavía buscando trozos, es bastante apropiado usar observaciones psicoanalíticas para inferencias acerca de los mecanismos fisiológicos. Es peligroso, no obstante, olvidar distinguir entre co razonadas y hecho y expandir lo primero en estructuras complejas de especulaciones y modelos conceptuales. La advertencia de Freud: "no tomes el andamiaje por el edificio" con frecuencia se olvida por aquéllos que aplican el psicoanálisis en el estudio del paciente que sufre de alguna enfermedad fisiológica. Por ejemplo, el ampliar el concepto psicoanalítico de regresión a mecanismos fisiológicos y después referirse a "regresión fisiológica" o "inervación regresiva", como mecanismos involucrados en el desarrollo de varias enfermedades clínicas, - sirve sólo como un refugio para la ignorancia. Tales extrapolaciones de lo psicológico a lo fisiológico frecuentemente - conducen a conclusiones acerca de eventos bioquímicos que son contrarios a los datos observables. Se puede reunir amplia evidencia a partir de investigaciones psicoanalíticas para apoyar la hipótesis de que una regresión del ego está comprometida en la precipitación de muchas enfermedades fisiológicas. - Esto no quiere decir que en tales casos haya necesariamente - una regresión fisiológica concomitante, esto es, la utilización de mecanismos fisiológicos por el adulto que alguna vez - estuvieron presentes en la infancia. (Mirsky, 1957).

De esta manera, con muchas y variadas técnicas de diagnóstico descritas, el psicólogo clínico tiene a mano las herramientas para mejor entender, diagnosticar y tratar la enfermedad psicósomática.

## TRATAMIENTO

T. F. Main investigó el uso del psicoanálisis en el tratamiento de la enfermedad psicosomática. Cree que el psicoanálisis es primariamente una técnica para la investigación científica de la mente; pero, como en la física nuclear, la mera operación de una cierta técnica cambia el campo que estudia. El descubrimiento del material inconsciente cambia al paciente por lo que la investigación es terapéutica. Por lo tanto, el psicoanálisis es también un tratamiento y, es más, lo que Freud llamó "el salto misterioso de la mente al cuerpo" todavía no se comprende totalmente, y el psicoanálisis no puede hacer aseveraciones exactas acerca de la etiología de las enfermedades psicosomáticas. Lo que sí sabemos es que en las enfermedades psicosomáticas se encuentran ciertas fantasías inconscientes latentes y que la resolución de éstas disminuirá el nivel de ansiedad general y ayudará a curar la enfermedad psicosomática.

Declara también que hay dos posiciones extremas en el enfoque psicoanalítico de las enfermedades psicosomáticas. Una representa el método corporal primitivo de descargar tensiones y dice que si los síntomas somáticos mejoran, el ego puede verse agobiado por fuerzas instintivas con una psicosis resultante.

La otra posición extrema es la de Alexander, quien relaciona una fantasía específica con cada enfermedad psicosomática. La mayoría de los analistas se encuentran en algún punto entre estas dos posiciones. A pesar de que las defensas del ego en contra de la ansiedad son débiles, no se puede concluir que toda toda enfermedad psicosomática se relaciona con la psicosis. El uso de rutas somáticas de expresión no siempre indica patología del ego.



El psicoanálisis entonces puede ayudar en el tratamiento de enfermedades psicosomáticas a través de la investigación y la aplicación de esta investigación a marcos clínicos.

Sin embargo, no todas las enfermedades psicosomáticas se deben tratar mediante psicoanálisis. El nivel de perturbación psicológica se debe diagnosticar y se debe sugerir el tratamiento apropiado, ya sea una terapia a corto plazo, un análisis a largo plazo y cualquier cosa intermedia.

Las tres explicaciones más prevalentes del desarrollo de las enfermedades psicosomáticas enfatizan debilidad o inferioridad orgánica, especificidad psicosomática y un efecto interactivo entre varias predisposiciones físicas y factores psicológicos.

La teoría de la inferioridad orgánica sugiere que las respuestas emocionales tienden a dañar un órgano corporal inadecuado o que algunas partes del cuerpo parecen estar sobregastadas durante el tiempo del "stress" emocional. Después de un período prolongado el órgano débil continúa deteriorándose, lo que culminará en el síntoma psicosomático específico.

La teoría de la especificidad psicosomática sugiere que ciertas características fisiológicas son únicas o específicas de ciertas reacciones emocionales. Por ejemplo, el asma se puede deber al miedo del niño del rechazo materno. La úlcera puede deberse a dependencia frustrada.

La teoría de dos factores sugiere que cierta predisposición somática interactúa con factores psicológicos para producir cierta enfermedad psicosomática. Se necesita tanto el "stress" psicológico como la sensibilidad somática para producir un síntoma.

En general, el tratamiento psicossomático se basa en un diagnóstico, el cual a veces puede ser difícil; pero después — de un diagnóstico correcto el mejor tratamiento combina tanto el tratamiento somático como el psicológico. Normalmente el — tratamiento sintomático se da por el médico, y entonces la psi— coterapia por el psicólogo. O, en casos obvios de enfermeda— des psicossomáticas, el tratamiento primario puede ser la psi— coterapia.

El tratamiento más deseable combina esfuerzos médicos— y psicológicos. El tratamiento psicológico podría ser primero sintomático en cuanto se podría enseñar al paciente a relajarse y a reducir la ansiedad de varias maneras, o el tratamiento po— dría ser psicoanálisis, el cual investiga conflictos tempranos y trataba de resolverlos. O podría ser una terapia en algún — punto entre estas dos técnicas, enfocándose en los conflictos— corrientes y en las defensas contra la ansiedad del paciente.

Puede ser que la terapia, mediante la sustitución de — la razón por reacciones ciegas, emocionales, podría reducir — los síntomas psicossomáticos. Como en la mayoría de las enfer— medades, el mero hecho de saber la causa de la enfermedad, tie— ne valor curativo. El psicoanálisis ha demostrado lo correcto de este principio. La experiencia previa, los conflictos in— conscientes, los problemas de la primera infancia pueden cau— sar síntomas físicos y mentales. Pero después de que uno reco— noce el mecanismo de sus conflictos pueden dejar de molestarle a uno. Los descubrimientos revolucionarios de Freud, al prin— cipio duramente criticados, se aceptan ahora virtualmente por— todos. Problemas emocionales y mentales no explicados pueden— afectar el funcionamiento físico apropiado del cuerpo.

Saul y Fischer clasifican a los pacientes en tres gru— pos. En el primer grupo los factores psíquicos son de impor— tancia etiológica central: desmayos, palpitaciones, vómitos,—

etc. En el segundo grupo, los factores psíquicos son un factor contribuyente importante en una etiología compleja: úlcera péptica, asma, hipertensión esencial, colitis ulcerativa y otras. En el tercer grupo, el factor psíquico no tiene un significado directo, pero es un factor secundario importante. (Saul y Fischer, 1950).

Leon Saul describe algunos efectos fisiológicos de la terapia psicoanalítica. Es del común conocimiento de los terapeutas que hay impulsos biológicos inconscientes que tienen efecto sobre el individuo. Con frecuencia estos impulsos se bloquean y no se satisfacen, y trastornan el funcionamiento normal del organismo. El psicoanálisis produce alivio de los síntomas físicos y mentales haciendo conscientes estos impulsos inconscientes y ayudando al paciente a manejar el problema emocional y de efecto. La energía usada en reprimir el impulso se libera para hacerle frente a la vida y sus problemas. (Alexander, 1948).

En el tratamiento de enfermedades psicofisiológicas, Coleman sugiere un enfoque completamente integrado: un estudio basado en intervenciones médicas, psicológicas y sociológicas. Como paliativo a corto plazo, son de algún beneficio los tranquilizantes. Las técnicas de condicionamiento son prometedoras; el objetivo es balancear las funciones de los sistemas orgánicos involucrados y controlados por el sistema nervioso autónomo, evitando hipofunción o hiperfunción. No obstante, se debe usar una técnica médica o conductista junto con las técnicas psicológicas con objeto de cambiar la personalidad del paciente o su situación "stressante". El tratamiento exacto, claro, depende de varios componentes orgánicos, de personalidad y de "stress" y varía tanto con el individuo como con el tipo de enfermedad.

Un aspecto importante del tratamiento es el alivio de-

las tensiones emocionales excesivas. Algunos pacientes evitan inconscientemente la cura porque sus síntomas les producen ganancias secundarias en simpatía y preocupación y fomento por parte de otros, y, en algunos casos, incluye el dominio y manipulación de otros.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos son bastante importantes en algunas enfermedades psicósomáticas debido al posible daño tisular, el cual en algunos casos puede llevar a situaciones que ponen en peligro la vida.

Coleman enfatiza el enfoque integrado en el tratamiento de las enfermedades psicofisiológicas. Cree que "... la importancia crucial de los factores biológicos, psicológicos y sociológicos en su inicio y curso se ha vuelto cada vez más manifiesto". (Coleman, 1964).

Un aspecto del tratamiento psicósomático que se sugiere a sí mismo es aquél en el que si la causa se relaciona con el sistema nervioso autónomo, entonces la curación se puede hacer a través del mismo sistema. Se desprende de ahí que tanto el condicionamiento clásico como el condicionamiento operante pueden desempeñar un papel en el proceso de recuperación de las enfermedades psicósomáticas.

Cuando se somete a un paciente a "stress" psicosocial-agudo los síntomas psicósomáticos pueden aparecer. O si el paciente percibe crónicamente su medio como "stressante", aparecen síntomas similares. El tratamiento psicológico es similar y no diferente del de otras enfermedades en las cuales el terapeuta trata de modificar el ambiente.

Los síntomas psicósomáticos son más evidentes en las clases sociales menos privilegiadas médicamente. Sin embargo, es difícil especificar cómo influir en el ambiente con objeto de reducir las enfermedades psicósomáticas diferentes de aque-

llas usadas en la psicoterapia corriente para las psiconeurosis.

La forma ideal de terapia, según Wolff, es un psicoterapia a largo plazo, orientada analíticamente. Esto es muy favorable porque va a la raíz de la enfermedad y al mismo tiempo ofrece material de investigación acerca de la psicodinámica de lo psicosomático. Si se hace esto, el terapeuta debe trabajar junto con un médico para reducir los síntomas así como para limitar el uso de drogas. El terapeuta debe librar al paciente de sus conflictos para que pueda tener opciones de un modo responsable y realista o, de otra manera, puede desarrollar nuevas formas de enfermedades psicosomáticas.

En forma ideal, el tratamiento psicosomático constará de psicoterapia, manipulación del medio ambiente, drogas psicótropicas cuando sean necesarias y tratamiento sintomático de problemas somáticos. Para llevar a cabo esto completa y apropiadamente, podría ser necesario que hubiera una cooperación entre el psicólogo clínico o psiquiatra, el trabajador social y el médico. Es particularmente importante en el tratamiento psicosomático es reestablecer la confianza.

Los síntomas físicos alivian al paciente de la responsabilidad de sus problemas emocionales, por lo que inconscientemente se rehúsa a enfrentar sus conflictos y genera un síndrome físico, el cual puede presentar a su médico.

Idealmente, el terapeuta podría llamar la atención del paciente con respecto a esta maniobra psíquica y hacerlo darse cuenta de su falta de habilidad para tolerar estos problemas. El terapeuta tratará de persuadir al paciente de desempeñar un papel activo en la modificación de sus mundos interno y externo, con objeto de hacer frente a sus problemas emocionales. -

Black describe el tratamiento de las enfermedades psicósomáticas mediante la hipnosis. La enfermedad en cuestión es el tipo alérgico de respuesta de hipersensibilidad. Puso a sus pacientes en un trance hipnótico profundo y encontró que la reacción alérgica a los antígenos disminuía con el elemento verbal y psíquico en el tratamiento bajo hipnosis. El efecto de la SDBH, sugestión directa bajo hipnosis, indica que hay varias enfermedades, además de las psicósomáticas, que mejoran con esta técnica.

Entre ellas se encuentran el dolor de cabeza pasajero, dolor dorsal bajo, la "ciática" y el "reumatismo". Hace notar sin embargo, que nada se puede curar con hipnosis excepto la afición al tabaco, las verrugas y la frigidez en las mujeres. Agrega que el psicoanálisis es más efectivo, de más duración y de mayor valor para el paciente. (S. Black, 1969).

La mayoría de los investigadores coinciden en que hay cierto desajuste emocional en la personalidad en los individuos que desarrollan enfermedades psicósomáticas. Hay una alta incidencia de neurosis en la personalidad de estos pacientes y tienen dificultad para adaptarse a las situaciones vitenciales cambiantes.

H. H. Wolff cree que como las enfermedades psicósomáticas se relacionan más íntimamente con las psicosis que con las psiconeurosis, cualquier terapia analítica lleva el riesgo de precipitar debilidad psicótica.

También cree que las perturbaciones psicológicas subyacentes se pueden encontrar en un nivel temprano del desarrollo psicológico. Su causa básica se puede encontrar en la fase pregenital más que en la fase edípica.

Dice: "Estos pacientes han tenido una relación severa

mente perturbada con sus padres, usualmente con la madre, en la etapa en que las necesidades físicas básicas tales como el contacto corporal directo con la madre, y las funciones de regpiración, alimentación y excreción eran de importancia primordial en la relación madre-hijo. Estas perturbaciones dificultan el desarrollo de ego del niño y la emergencia de un verdadero sentido de identidad.

Esto conduce en la vida posterior al desarrollo de varias defensas de carácter y a la aceptación de una variedad de papeles falsos. Cuando éstas se quiebran, hay una marcada tendencia a regresar a un papel infantil temprano en el cual una enfermedad corporal se usa como un medio primario de obtener ayuda o de escapar de una situación insoportable cargada de "stress", de un modo que es de nuevo muy similar al del bebé cuya relación con su madre es representada en un nivel corporal. Esta tendencia del paciente psicossomático a la regresión uno será muy familiar cuando se piense en pacientes que padecen enfermedades como asma, dermatitis, colitis, úlcera péptica y otras". (Wolff, 1950).

El enfoque psicoterapéutico para el alivio de los síntomas psicossomáticos parece ser el más valioso. Si una enfermedad psicossomática se desarrolla cuando un paciente es incapaz de reconocer y/o tolerar un conflicto emocional con sus imppulsos instintivos, entonces la terapia es lo indicado con objeto de descubrir y expresar estos conflictos.

Los aspectos farmacológicos del tratamiento psicossomático parecen ser el método preferido de tratamiento por muchos profesionales médicos. Cuando el propósito inmediato del clínico es el alivio de los síntomas, es mucho más fácil prescribir drogas que sugerir la psicoterapia. A pesar de que las drogas son de gran valor a corto plazo, cualquier tratamiento a largo plazo de una enfermedad psicossomática debe tomar en -

cuenta alguna forma de psicoterapia.

Hace más o menos 25 años, el tratamiento con drogas - de las enfermedades psicósomáticas consistía principalmente en el uso de barbitúricos, bromuros y anfetaminas. Con el desarrollo de tranquilizantes menores y mayores, la terapia con drogas cambió drásticamente. Se usan ahora las fenotiazinas - en el tratamiento de la esquizofrenia así como en algunos problemas psicósomáticos. Los tranquilizantes menores tales como el meprobamato (Equanil); el clordiazepóxido (Librium), las diazepinas (Valium) están en constante uso. Los antidepresivos tales como la imipramina (Tofranil) y los inhibidores de la monoamino oxidasa tienen gran demanda.

Las combinaciones de estas drogas, especialmente una - mezcla de inhibidores de la monoamino oxidasa y Librium ayudan en ciertos síntomas psicósomáticos, mientras que la imipramina y los derivados de la fenotiazina ayudan en otros.

La eficacia del tratamiento con drogas se debe con frecuencia a su habilidad para interrumpir un círculo vicioso, para romper un patrón de síntomas y reacciones y para abrirle al paciente la posibilidad de la terapia. Las drogas, entonces, - son sólo una parte limitada del tratamiento de la enfermedad - psicósomática. También se necesitarán la psicoterapia y la - terapia ambiental.

No obstante, los efectos colaterales de las nuevas drogas son muchos y peligrosos. Como dice P. Dally:

"Los efectos colaterales de todas las nuevas drogas - son numerosos. Los tranquilizantes fenotiazínicos pueden producir trastornos extrapiramidales. Los IMAD producen a veces dolores de cabeza occipitales agudísimos que pueden tomarse - equivocadamente como hemorragia subaracnoidea. La imipramina-



le puede producir al paciente el sentirse desagradablemente - irreal los primeros tres o cuatro días de tratamiento; a menos que se le advierta esto, puede suspender el tratamiento. Ciertas combinaciones de medicamentos se deben evitar. La imipramina junto con IMAD puede producir hiperpirexia y muerte. La petidina o la metil-anfetamina intravenosa, combinadas con IMAD, pueden producir efectos físicos y mentales alarmantes. - Es mejor al tratar una enfermedad psicósomática no poner una - somatopsíquica en su lugar".

Hans Selye sugiere que todas las enfermedades psicósomáticas pueden mejorar reduciendo el "stress" al mínimo. Con frecuencia, la actividad "stressante" que llega a un final definitivo, le prepara a uno a un descanso total y al sueño. - Otra actividad mental "stressante" continúa durante las horas de sueño e impide la resolución de los problemas. Sugiere varias técnicas para reducir la continuación del "stress". Sugiere que se reduzca la excitación y el exceso de angustia durante el día para que las hormonas suprarrenales no alcancen niveles excesivos en la sangre. La adrenalina es un energético, por lo que debe reducirse a la caída de la noche para un sueño adecuado. Señala que la actividad exhaustiva repetitiva puede también ser dañina al cuerpo y a lamente. Redúzcase siempre que sea posible. Una variedad de actividades es mejor para el funcionamiento correcto de mente y cuerpo.

Insiste en que uno no debe formar un círculo vicioso de "stress" diurno y de insomnio nocturno. Rómpace el eslabón en cualquier punto para que el "stress" no llegue muy alto. - (Selye, 1956).

En general, la reducción de cualquier enfermedad básicamente psicósomática puede basarse en un intento para disminuir la cantidad total de "stress" en el cuerpo. O en algunos casos puede ayudar el uso de algún tipo de terapia de choque.

Por otro lado, el uso de una terapia de descanso completo, sueño prolongado, olvido o de tranquilizantes fuertes puede ayudar al cuerpo a "olvidar" reacciones somáticas este-reotipadas.

Lennart Levi (1971) ha diseñado un diagrama que podría explicar los problemas psicosomáticos y al mismo tiempo sugerir la gran importancia de reducir el "stress" en el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas.

Weiss e English sugieren algunos principios generales en el tratamiento de los padecimientos psicosomáticos. Son como sigue:

1. Déje al paciente tiempo para contar su historia; escuchar más que hablar.
2. Llegue a conocer al paciente como a una persona más que sólo como un caso médico. Búsquese a la persona en el paciente.
3. Hágase el examen físico (incluyendo estudios de laboratorio) tan completo como sea necesario: exclúyase o evalúese la enfermedad física.
4. Tranquilice: "No hay evidencia de cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad mental, etc."
5. Explique: Trastorno y no enfermedad (colon irritable, no "colitis", etc.); los síntomas son reales (no imaginarios) y aunque molestos no dañarán al cuerpo.
6. Si hay enfermedad presente, explique que los síntomas son desproporcionados en la enfermedad (por ejemplo, dolor de cabeza, fatiga, etc., en hipertensión).

7. Búsquese (y explique) la relación temporal entre el inicio de la enfermedad y los hechos perturbadores emocionalmente.
8. Foméntese la discusión de problemas personales, formación de la familia, situación marital, trabajo, vida social, etc.
9. Pídase al paciente que dé su propia explicación de la enfermedad. Reedúquese acerca del mecanismo de la formación de síntomas. Muéstrele al paciente cómo la tensión de origen emocional causa síntomas.
10. En lugar de descanso precautorio, estimúlese al paciente a comprometerse con más trabajo y esfuerzo social. "Continúe a pesar de los síntomas". (Esto exterioriza la energía psíquica - libido - y resta atención a las sensaciones corporales).
11. Si se están usando drogas, explíquese su acción: Evítese el "misterio".
12. Trátese de desensibilizar (mediante discusión repetida) de influencias ambientales nocivas (parientes no amigables, jefes criticones, etc.). Si la desensibilización no tiene éxito y es imposible la modificación del ambiente, entonces lo indicado es el cambio de medio ambiente.

Cherasken y Ringsdorf clasifican algunos padecimientos psicósomáticos como debidos a una "mini" deficiencia nutritiva. "Los trabajadores manuales, los trabajadores de oficina los profesionistas y los desempleados, todos pueden tener en la "zona crepuscular" una no tan obvia enfermedad mental. Muchos pueden ajustarse a un calendario con una queja por día: - Lunes, una cefalea molesta; Martes, furioso con el mundo; - Miércoles, mareos; Jueves, una noche de insomnio; Viernes, - "temblores"; Sábado, indispuesto; Domingo, demasiado cansado para gozar de un día libre." El tratamiento para estas que

jas es una dieta apropiada y abundancia de vitaminas. (Cheras ken, 1974).

Los curadores por fe tienen una larga tradición de "curar" a la gente "incurable". Aún hoy en día, "curan" enfermedades psicosomáticas que se han resistido al tratamiento médico. Pero, claro, no pueden curar enfermedades orgánicas. Desgraciadamente, los curadores psíquicos y sus pacientes no conciben la diferencia. Los psicólogos sí, o al menos deberían.

El doctor William Nolan, un notable cirujano, ha realizado algunas investigaciones en la curación por fe. Escribe - que es frecuente que los doctores mismos hagan que sus pacientes acudan con los curadores de fe: "Algunos curadores ofrecen a sus pacientes más calor y compasión que los médicos".

El método ideal de tratamiento de las enfermedades psicosomáticas es tanto psíquico como somático. No se pueden curar sólo con tratamiento somático ni con sólo tratamiento psicológico. Los síntomas somáticos deben manejarse somáticamente, mientras que la causa de raíz psíquica de la enfermedad debe tratarse psicológicamente.

Desde que el genio de Freud le proporcionó nuevas herramientas de investigación y tratamiento, la psicología ha estado ocupada en pulirlas y afilarlas. Ofrece estos nuevos tratamientos a la profesión médica, pero la oferta es con frecuencia rehusada. Y si los psicólogos sugieren que las drogas y la cirugía son inútiles y que el tratamiento psíquico es lo indicado, los somaticistas se esfuerzan con sospechas y miedo.

Como se demuestra, cada vez más médicos, el valor del tratamiento psicológico en todas las enfermedades y el uso de técnicas psicosomáticas y psicoterapéuticas, llevará a una tasa cada vez más alta de mejoría y curación fisiológicas.

## MIGRAÑA

El dato sobresaliente de la migraña es cefalea severa, periódica, unilateral en su inicio, con frecuencia generalizándose. Junto con la cefalea puede haber irritabilidad, náusea, fotofobia, vómito, constipación o diarrea. Los síntomas prodromáticos incluyen escotomas, hemianopsia, parestesia y trastornos del lenguaje. Ocurre expansión arterial craneal, pero el daño estructural permanente es raro.

Otros cambios corporales posibles son distensión abdominal, frialdad de extremidades, vértigo, temblores, palidez, sequedad de boca, sudoración. Antes de un ataque hay buen humor, euforia y apetito aumentado.

La migraña puede empezar a cualquier edad y en cualquier grupo social, económico e intelectual.

Al principio de su curso la cefalea puede ser, pulsátil, pero con el paso del tiempo se puede volver un dolor constante. Su intensidad varía de casi imperceptible a tajante (dolor intensísimo - sinónimo). La luz, el sonido o los cambios de posición pueden aumentar su intensidad.

El ochenta por ciento de los pacientes de migraña sufren de "migraña común", no necesariamente limitada a hemicraneal. Después, hay "migraña clásica" en uno de diez pacientes migrañosos. Es la histórica hemicraneal, limitada a un lado de la cabeza. La otra, la "migraña arracimada" más las otras dos constituyen por lo menos el noventa y cinco por ciento de las cefaleas tipo migraña.

Parece haber un componente genético en la migraña. Hay una historia familiar de migraña en alrededor del sesenta y -

cinco por ciento de los pacientes migrañosos. Puede deberse a un gene recesivo o a un gene dominante con "penetrancia incompleta".

La causa precipitante es casi siempre un "stressor", ya sea físico, emocional o situacional. (Friedman, 1973).

La palabra "migraña" proviene del griego Hemekrania, que significa una afección de la mitad de la cabeza. El síndrome migraña se acompaña con frecuencia por náusea, vómito y varias perturbaciones sensoriales. Una o cualquiera combinación de estos síntomas individuales puede encontrarse en las cefaleas migrañosas.

Los ataques pueden variar de pocos minutos a varios días, y fluctúan de síntomas menores a enfermedad prolongada. Alrededor de un hora antes del dolor de cabeza pueden encontrarse escotomas cintilantes u otros fenómenos sensoriales.

Se ha encontrado que el dolor se debe a vasodilatación de ciertas arterias cerebrales que pronto se vuelven rígidas y no comprimibles. Además, puede haber contracciones dolorosas de los músculos de la cabeza y el cuello. (Cecil y Loeb, 1959).

A veces la migraña es precedida por "auras", cambios en el gusto o en el olor, problemas de aura, sensibilidad cutánea excesiva y goteo nasal. Los franceses distinguen dos tipos de migraña; la "blanche", caracterizada por una cara pálida y extremidades frías; el tipo "migraña roja", caracterizada por cara enrojecida, lágrimas y escurrimientos nasales y una sensación de calor interno. (Larousse, 1924).

La duración de los ataques pueden ser desde pocos minutos hasta pocas semanas. Los ataques pueden ser de corta duración

ción, larga duración, gran intensidad, intensidad baja o cualquier combinación de estas características. La cefalea permite cierta clase de sueño, aunque un dolor de mucha intensidad hace imposible dormir.

El sitio del dolor de cabeza puede ser casi cualquier sitio en el cráneo, inclusive los dientes y la base de la nariz.

La migraña severa se acompaña de anorexia y con frecuencia de emesis. El edema facial acompaña con frecuencia a la migraña, así como rubor, diaforesis, rinitis y lagrimeo. - (Wolf, 1972).

Frecuentemente ocurren perturbaciones visuales prodrómicas, con patrones variados o interesantes de la geometría visual incluyendo chispazos de luz, bolas doradas, seselación y ondas, todos los cuales interfieren con la visión.

A veces acompañan a la migraña trastornos del estado de ánimo. El paciente se siente rechazado y deprimido. Rechaza la compañía y está irritable e irascible. Su juicio es pobre y está impulsivo, hostil y destructivo. Después del ataque salta a lo opuesto y es enérgico, entusiasta y alegre. Los síntomas son tan amplios y variados que no pueden describirse brevemente ni exactamente. Los ataques de migraña pueden presentarse de un modo definido y periódico, o pueden suceder sólo pocas veces durante la vida. Pueden cesar con la menopausia o aún empezar en ese momento. Un dato relevante es su aparición en un período de descanso, durante fines de semana, fiestas o vacaciones.

Debido a la gran variabilidad de la migraña hay una larga lista de variantes.

Los equivalentes migrañosos son aquéllos síntomas corporales que aparecen cuando las cefales migrañosas desaparecen. Toman muchas formas e involucran el abdomen, el pecho, la pelvis, los ojos y otros órganos. Aparecen en alrededor del veinte por ciento de los pacientes con migraña. Pueden aliviarse con la terapia usada para mejorar el ataque mismo de migraña.— Pueden ser difíciles de diagnosticar; en consecuencia, es necesaria una historia del paciente con objeto de investigar historia previa o historia familiar de migraña.

Donald Catino (1965) ha descrito diez equivalentes — migrañosos en los cuales los síntomas de la migraña no se encuentran. Pueden tener las siguientes formas: (1) abdominal (2) torácica; (3) pélvica; (4) oftálmica; (5) psíquica; (6) neurálgica; (7) hemipléjica; (8) dermatológica; (9) febril; (10) síndrome hombro—mano. Estos síntomas suceden — en un dieciocho por ciento de los pacientes con cefalea migrañosa.

El tratamiento de estos síntomas es el mismo que para la migraña normal: psicoterapia, ergotamina u otras drogas.

Los mecanismos de los equivalentes es similar en sus — aspectos psicofisiológicos.

En pacientes predispuestos los ataques de migraña suceden en un clima de fatiga, tensión y agotamiento. Cuando se — reducen estos sentimientos, se reducen los ataques de migraña. Wolff mostró que el relajamiento de la tensión podría precipitar la migraña. Se encuentra como una enfermedad conocida y — se relaciona con otros problemas de naturaleza alérgica tales como asma, urticaria y fiebre del heno.

Los dolores de cabeza migrañosos parecen ser poco frecuentes en algunos adultos viejos que han tenido este síndrome



por muchos años. Se dice teóricamente que la reducción de la ambición, el esfuerzo y la tensión en las gentes mayores podría haber reducido la aparición de estas cefaleas. En algunas personas mayores en quienes persisten las tensiones y los conflictos, la cefalea se vuelve más frecuente y severa.

Se postula que los sujetos propensos a la migraña son aquéllos cuya excesiva actividad neural se asocia con una tendencia a presentar respuestas vasomotoras al "stress".

Las cefaleas migrañosas son con frecuencia resultado de actividad del sistema nervioso central, viniendo después de períodos de alerta, esfuerzo o frustración. El dolor de la migraña es debido probablemente a la dilatación de las grandes arterias craneales en combinación con una sustancia disminuidora del umbral al dolor.

Hay evidencia de que en la migraña hay, además de la dilatación de las arterias craneales, un agente disminuidor del umbral del dolor y dañador de tejidos.

Ostfeld (1957) usó varias técnicas para probar el uso de un agente disminuidor del umbral al dolor natural como iniciador de cefalea y concluyó que algunas de estas sustancias, especialmente la serotonina y la bradiquinina, podrían ser los agentes farmacológicos que causan el dolor en la migraña.

Ostfeld y col., (1955) después de observar más de 200 cefaleas, mostraron que se presentaban una disminución de los umbrales de dolor profundo y del edema con mucha frecuencia en las áreas craneales donde se encontraba el dolor. Estas alteraciones tisulares locales volvieron a lo normal más rápidamente después de la administración de vasoconstrictores, que cuando el dolor de cabeza terminaba espontáneamente. Las biopsias de arteria temporal tomadas durante el dolor de cabeza confir-

maron la presencia de acumulación perivascular de líquidos.

Se concluyó que había en las áreas craneales donde estaba presente la cefalea, una sustancia que favorecía daño tisular y disminuía los umbrales al dolor profundo, y que estas alteraciones tisulares locales se hallaban íntimamente ligadas con el mecanismo del dolor de cabeza. El resultado es una reacción inflamatoria estéril, inducida neurogénicamente.

Alguna evidencia indica que la migraña puede deberse a una deficiencia enzimática genética que afecta al metabolismo de la tiramina. (Wolff, 1972).

Evidencias recientes indican que el uso de anticonceptivos orales aumenta la frecuencia y severidad de los ataques de migraña. Los anticonceptivos pueden aun precipitar los ataques migrañosos en aquéllas que nunca habían tenido esta forma de cefalea. (Wolff, 1972).

Sobre una base bioquímica existe evidencia de que la serotonina (5-hidroxitriptamina) está involucrada en el mecanismo de la cefalea migrañosa. Sicuteri (1960) sugiere que la serotonina ayuda a la liberación de histamina y de esta manera produce la cefalea.

Además de ello sugiere que el efecto de la metisergida para bloquear la migraña se debe a su efecto antiserotoninico. La hipótesis de Sicuteri es que inicialmente ocurre vasoconstricción que produce muchas manifestaciones sensoriales, pero indoloras. Después, la vasodilatación produce dolor y otros síntomas. Cree que la bradiquinina es el polipéptido vasodilatador producido en los capilares.

A pesar de que la migraña se clasifica con frecuencia como una enfermedad psicosomática, una investigación acerca de

sus orígenes neurogénicos indica que no sólo operan factores - emocionales y mentales, sino que también están involucrados in - termediarios fisiológicos neurogénicos. Una fórmula de los - factores químicos que determinan la vasodilatación, la causa - directa del dolor de la migraña, acrecentará nuestro entendi-  
miento del mecanismo de este síndrome.

La vasodilatación ocurre aun con un ligero aumento del contenido de CO<sub>2</sub> sanguíneo. Cualquier aumento en la acidosis-  
provoca el mismo efecto. La hipoglucemia también lleva a va-  
sodilatación cerebral. Varios otros factores aumentan también la vasodilatación cerebral: una caída en la tensión sanguínea debida a hemorragia, taquicardia, presión sobre la arteria ca-  
rotídea, masas intracraneales, hipoxia debida a CO o derivados del alquitrán de hulla.

En efecto, cualquier agente o proceso que reduzca el - aporte de oxígeno o el nivel de glucosa y aumente la concentra-  
ción de CO<sub>2</sub> da como resultado una dilatación rápida de los va-  
sos sanguíneos cerebrales.

Más aún, los procesos físicos en la cavidad craneana - tales como hemorragia subaracnoidea o infecciones inducen dila-  
tación cerebral. Otros estímulos nocivos de las estructuras -  
intracraneales pueden producir el mismo efecto.

También cualesquiera procesos que afecten al cerebro - pueden producir vasodilatación y cefalea. Estos procesos pue-  
den incluir pérdida de sueño, hambre, agotamiento, conflictos-  
y varios problemas emocionales y mentales. (Wolff, 1972).

Las arterias craneales pueden también estar involucra-  
das en un reflejo condicionado clásico bajo el control de estí-  
mulos pavlovianos secundarios y símbolos condicionados que tie-  
nen un significado especial para el sujeto.

Resumiendo, cualquier factor nocivo en el cerebro, químico, físico o emocional, puede producir dilatación de las arterias craneales. Al mismo tiempo se liberan bioquímicos como polipéptidos con una consecuente disminución del umbral al dolor y edema. Este síndrome de naturaleza neurogénica, psicósomática produce algunos o todos los síntomas típicos de la cefalea migrañosa.

Para resumir, lo mejor sería citar a Wolff (1972) como sigue:

1. El dato más sobresaliente del síndrome migraña es dolor de cabeza periódico, severo, usualmente unilateral en su inicio, pero que puede generalizarse. Las cefaleas se asocian con irritabilidad, náusea y, con frecuencia, con fotofobia, vómito, constipación o diarrea. Con no poca frecuencia los ataques se anuncian por escotomas, hemianopsia, parestesia unilateral y problemas de lenguaje. Comúnmente el dolor se limita a la cabeza, pero puede incluir la cara. Frecuentemente hay una historia familiar de la enfermedad.

2. Se ha presentado evidencia que sugiere que los fenómenos que preceden al dolor de cabeza en la migraña se relacionan con vasoconstricción cerebral.

3. La fase de dolor de cabeza en la migraña se relaciona con pulsación aumentada y vasodilatación de las arterias craneales, sobre todo las arterias carótidas externas. Puede también ocurrir vasodilatación intracraneal.

4. Los medicamentos tipo ergotamina pueden terminar la fase de dolor de la cabeza en la migraña produciendo vasoconstricción de las arterias extracraneales. La norepinefrina es efectiva de manera similar.

5. Se acumulan en el cuerpo dos clases de edema como parte del síndrome migraña. Puede aparecer edema local en el sitio de la cefalea. Puede suceder también una ganancia ponderal generalizada y retención de líquidos.

6. La sensibilidad de los vasos pequeños en el saco conjuntival bulbar al agente vasoconstrictor norepinefrina aumenta durante la fase pre-dolorosa de la migraña y reduce durante la fase de dolor.

7. La acumulación local de un polipéptido vasodilatador, la neuroquinina, relacionada con la bradiquinina, se ha encontrado en los tejidos subyacentes a la superficie en pacientes con migraña.

8. La tiramina, una amina presora preformada en ciertos alimentos, puede provocar migraña en sujetos susceptibles.

9. "Migraña complicada" es un término empleado cuando las manifestaciones neurológicas que caracterizan a la migraña persisten después del período inmediato de cefalea. Se encuentran en este grupo la migraña hemipléjica y la oftalmopléjica.

10. Pueden ocurrir cambios en el electroencefalograma (EEG) de diferentes tipos en los pacientes con migraña, dependiendo en parte de la severidad del episodio.

11. La migraña puede aparecer o exacerbarse por la ingestión de anticonceptivos orales en las mujeres. La migraña en aumento durante el período de terapia anticonceptiva oral es un presagio de enfermedad intracraneal más seria y es una contraindicación relativa para su uso continuado.

12. Los niveles plasmáticos de serotonina caen súbitamente al inicio de la migraña.

13. Un efecto colateral grave de la metisergida es la fibrosis, particularmente en el espacio retroperitoneal, factor que limita su uso en la medicina clínica.

14. Se propone una terapia neurogénica de la migraña. Se considera la migraña como una forma de vasoespasm<sup>o</sup> cerebral relativamente benigno, una enfermedad episódica de naturaleza integrativa producida por la interacción de los centros vasomotores centrales, los vasos sanguíneos intra y extracraneales y la microcirculación. Involucra tanto mecanismos vasomotores-centrales cuanto periféricos, así como una reacción inflamatoria estéril, provocada por la actividad del sistema nervioso.

Las teorías de "especificidad" se han basado en un número de variables psicológicas tales como rasgos de personalidad individuales tipos amplios de personalidad y configuraciones psicodinámicas. Otras hipótesis se han basado en situaciones vivenciales precipitantes (Wolff, 1950). o en la actitud del paciente hacia situaciones "stressantes" de la vida. (Hinkle, y col. , 1958).

Según Hinkle, "la clave de la relación (entre situaciones vivenciales difíciles y urgentes y la aparición de enfermedad) parece estar no tanto en la naturaleza de las situaciones de la vida misma, sino en la manera en que estas situaciones son percibidas por aquéllos que las experimentan". (Hinkle y col, 1958).

La actitud en la migraña podría resumirse así: "Sentí que tenía que lograr algo y entonces dejé de esforzarme".

Ciertas teorías atribuyen la etiología de las enfermedades psicosomáticas a una relación defectuosa con la madre en la infancia. Si la madre no cumple con las necesidades del niño de confort y satisfacción y no reduce los períodos de "stress" del niño, entonces el resultado para el niño y futuro adulto será enfermedad psicosomática neurosis o psicosis. Si no se le da al niño seguridad psicológica reacciona al "stress" con actividad fisiológica errática. Cuando el niño se enfrenta posteriormente con "stress" intenso o crónico, es vulnerable a reacciones psicosomáticas.

Parece ser que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, los traumas que llevan a enfermedades psicosomáticas suceden en la vida temprana del niño. Como señala Wenar: "En esta época sólo hay tensión y descarga. Si la madre no proporciona oportunidades adecuadas para la descarga, la tensión en aumento sólo podrá descargarse directamente en el funcionamiento fisiológico del niño".

Sin embargo, las madres de los niños psicosomáticos no son tan completamente rechazantes como las madres de los niños psicóticos, pero enfocan sus actitudes negativas específicamente en el funcionamiento fisiológico del niño. (Wenar, 1962).

Gildea apoya la hipótesis de que hay ciertos rastros de personalidad comunes a enfermedades psicosomáticas específicas. Basa sus conclusiones en entrevistas psiquiátricas de algunos pacientes. Como ejemplo, citó el caso de los hipertensivos que muestran fuertes tendencias obsesivo-compulsivas. (Gildea 1949). En el caso de los migrañosos parece hacer una constelación específica de personalidad.

Wolff describe a los individuos migrañosos como que tienen "sentimientos de inseguridad con tensión manifestados como inflexibilidad, rectitud, meticulosidad, perfeccionismo -

y resentimiento". Grace y Graham, sin embargo, señalan que - hay algunos pacientes migrañosos que no muestran estos rasgos - de personalidad, mientras que hay aquellos que si, que, empero, no tienen migraña. Grace y Graham apoyan el síntoma específico: hipótesis de actitud específica basada en su trabajo con 128 pacientes. Concluyeron que la cefalea migrañosa se presentaba cuando cesaba el esfuerzo y había relajación. (Grace y Graham, 1952).

Grace y Graham (1952) hacen notar que la especificidad de la enfermedad psicósomática todavía es discutible. Mencionan la idea de un solo rasgo de personalidad y la natación de inferioridad orgánica. Toman en cuenta la teoría de la niñez y la hipótesis de la situación y admiten que todas estas - ideas tienen algo de verdad, pero que ninguna de ellas es la - explicación última y única de la reacción psicósomática.

Green, sin embargo, que una explicación más apropiada - está involucrada con una investigación de la actitud del paciente hacia su situación vital. En otras palabras, se entrevistó al paciente respecto a los ataques de los síntomas del - paciente y una descripción de "su" actitud, lo cual significa una aseveración clara y no ambigua de lo que sintió que le estaba pasando y lo que quería hacer al respecto en el momento - de aparecer el síntoma".

Se encontraron las siguientes actitudes relacionadas - con la migraña: el individuo había estado haciendo un esfuerzo intenso para llevar a cabo un programa definido. El dolor de cabeza apareció cuando el esfuerzo, exitoso o no, había cesado. Los datos esenciales fueron esfuerzo y relajación posterior. Estaban involucradas ideas de llegar a un plazo o de hacer algo rápidamente.

Los resultados del estudio indican que cada actitud se



relaciona con una clase única de cambios corporales. No hay implicada una relación de causa-efecto, sólo una asociación.

Brow dice: "Abandonemos nuestras expectativas de hallar una relación simplificada punto por punto entre síntoma y personalidad, particularmente cuando esto llevaría consigo una concepción ingenua de especificidad". (Brown, 1950).

Crookshank en 1894 ya había reconocido el hecho psicológico de la migraña. Dice: "Siempre el contenido mental, en la cercanía de los paroxismos o durante su persistencia, está colorado por rabia reprimida y humillación".

Hilda Weber en 1932 dice que: "Mientras se lleva a cabo en la migraña el tratamiento sintomático, para obtener resultados más duraderos se requiere un tratamiento más definitivamente causal".

En su análisis de un caso de migraña encuentra que el migrañoso estaba actuando de "manera primitiva".

Tarachow (1943) refirió que en un ataque migrañoso durante un sueño hubo un inhibición masiva de varias tensiones. La migraña apareció después de cesar los estados de tensión y durante el descanso. Apoyó la teoría de que los fenómenos psicósomáticos caen ya sea dentro del síndrome de sobre movilización o dentro del de inhibición, según que las interferencias neuróticas estimulen una actitud hiperactiva o conduzcan a una actitud de completa derrota.

Los factores dietéticos pueden estar involucrados en los ataques migrañosos. En un análisis de las comidas que precipitan la migraña, Ivor Smith y otros concluyeron que la tiramina es constituyente de la mayoría de estos alimentos. El hecho de que la tiramina sea una monoamina vasoactiva apoya la

hipótesis. Una conclusión posterior fue que la migraña puede deberse a una deficiencia enzimática genética que afecta el metabolismo de las aminas. La migraña puede ser otro - ejemplo de enfermedad por "error congénito del metabolismo". (Smith - 1970).

Frederic Speer (1971) relaciona la migraña con la : - alergia, siendo las causas inhalantes y alimentos. Hace notar que la migraña no es básicamente una enfermedad alérgica, a - pesar de que la alergia puede ser un factor. Algunos inhalantes precipitantes de un ataque fueron el humus del suelo y el polvo casero; las comidas comunes fueron leche, chocolate-cola y maíz.

Perling refiere que en un estudio de nueve niños aparecieron migraña o dolor de cabeza persistente cuando el niño - tenía que reprimir impulsos de rabia en relación con el nacimiento de un hermano.

En la literatura sumeria, alrededor de 3000 años A. C. apareció un poema describiendo la "Tierra de Dilmun" (probablemente el Jardín del Edén), en el cual

"El enfermo de los ojos no dice  
Yo estoy enfermo de los ojos  
El enfermo de la cabeza no (dice)  
Estoy enfermo de la cabeza".

El poeta dio rienda suelta en pensamiento esperanzado - acerca de su Utopía, donde no sufriría más de migraña.

Otro poeta de Mesopotamia escribió:

"La cabeza palpita  
Cuando el dolor golpea los ojos  
y disminuye la visión".

Esta es una buena descripción de los aspectos tempranos de la migraña. (Alvarez, 1963).

Arateo de Capodocia, al final del primer siglo D. C., describió una de las muchas clases de cefalea de acuerdo con su naturaleza paroxística, su dolor intenso, su unilateralidad y su náusea concomitante.

Galeno introdujo el término "hemigránea". Durante siglos se usaron derivados de esta palabra, incluyendo hemigránea, emigranea, migraña, megrim y finalmente migraña.

Cervantes escribió: "Cuando duele la cabeza, todos los miembros participan del dolor". (Don Quijote).

Otros términos descriptivos son los siguientes:

Kopfschmerz  
 Mal de tete  
 Dolor de cabeza  
 Capitis dolor - latín  
 Cefalalgia - moderno, de origen griego

De la antigua Sumeria el remedio más viejo para dolor de cabeza:

"Toma el cabello de una criatura virgen

Deja que una mujer sabia lo retuerza a la derecha y lo doble a la izquierda

Amarra dos veces siete nudos  
 Después realiza el encantamiento de Eredu.  
 Amarra con eso la cabeza del hombre enfermo.  
 Amarra con eso el cuello del hombre enfermo.

Amarra con eso su vida.  
 Arroja el agua del encantamiento sobre él,  
 Que el dolor de cabeza ascienda al cielo".

Diodoro, padastro de San Lucas el Médico, fue víctima de la migraña; la descripción de Taylor Caldwell, en su biografía, investigada exhaustivamente, del apóstol, se distingue como una evocación realmente maestra de la agonía que la caracteriza.

"Despertó con el cobardemente súbito chispazo de luz — ante sus ojos, después la náusea siguiente, después la aguda — resquebrajadura de la visión y la disminución temporal de la — vista, y entonces el maldito dolor de cabeza de un lado".

"El hecho de que Keptah pudiera decirle doctamente que se trataba de una migraña y de que Hipócrates hubiera escrito — un largo y exacto tratado de ella, no abatía una arcada, un — golpe de martillo en el lado izquierdo de su cabeza o una sensación de que la muerte estaba cerca y era bienvenida. 'Que — Hades se trague a tu Hipócrates', le decía airadamente a Keptah".

En el siglo XIII la Abadesa Hiedegard de Binger escribió de sus "visiones milagrosas". "Vi una gran estrella muy — espléndida y hermosa y con ella una extraordinaria multitud de centellas que caían, con las cuales la estrella seguía al sur".

Freedman (1973) menciona varios remedios del pueblo, — tales como sangrías, aplicación de vejigatorios, hojas del "árbol del dolor de cabeza".

David Werner (1970) dice: "Entre los mestizos de la — Sierra Madre de México, un tratamiento común para la cabeza que

pulsa es golpear la frente con un sapo vivo. No son desconocidos las plantas mágicas ni los rituales místicos. Frecuentemente, se ve una mixtura de tradiciones del pueblo entremezcladas incongruentemente con ideas nuevas, "modernas". "No es raro", escribió un observador, "ver a una mujer con cefalea mi-grañosa atar su frente con la hoja de una lila aro silvestre, como hicieron sus predecesores indios; después consultar a una curandera para que le sane el "mal de ojo", como hicieron sus mayores españoles en la Edad Media; y finalmente ir con un charlatán moderno en el pueblo más cercano para que la inyecten, ya que "las inyecciones son buenas".

## PERSONALIDAD DEL PACIENTE MIGRAÑOSO

Es ahora del conocimiento común que el insoportable dolor de la migraña es causado por una distensión de las arterias craneales.

La migraña es una enfermedad psicósomática por excelencia. Varios investigadores han encontrado que ciertos factores emocionales precipitan la migraña en personas con rasgos específicos de personalidad. Touraine y Draper (1934) describen característica típica de personalidad de un individuo migrañoso. Estos pacientes tienen gran inteligencia, pero un desarrollo emocional limitado. Las reacciones sexuales son poco satisfactorias y son demasiado dependientes de la madre.

Knopf (1935) describe a los individuos migrañosos como ambiciosos, dominantes y con un limitado sentido del humor; to dos tenían un ajuste sexual deficiente.

Wolff (1937), en un análisis de individuos migrañosos-subrayó compulsiones, perfeccionismo, ambición, combatividad y rigidez.

Selinsky (1939) indica el significado de "lucha, resentimiento y ansiedad". Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden en que el factor precipitante principal es la rabia reprimida. El factor terminante es la conciencia de su rabia y una catarsis basada en expresión con palabras ofensivas.

Quizá los dolores de cabeza migrañosos son el medio adecuado para aliviar impulsos hostiles, en ausencia de cualquier mecanismo psiconeurótico específico.

La observación de Fromm-Reichmann de hostilidad hacia el logro intelectual puede indicar la ubicación de la enfermedad; la cabeza y el cerebro.

Con frecuencia se describe que los pacientes migrañosos tiene "sentimientos de inseguridad con tensión, manifestados como inflexibilidad, concienzudez, meticulosidad, perfeccionismo y resentimiento". (Wolff, 1948).

Freud proporcionó una explicación para la migraña; "Los dolores de cabeza histéricos se deben a un paralelo fantástico que iguala la cabeza con el otro extremo del cuerpo - (pelo en ambos sitios, mejillas y nalgas, labios y labios vulvares, boca y vagina), por lo que la migraña puede usarse para representar una desfloración violenta; de esta manera la enfermedad de nuevo en el lugar de la realización de un deseo".

Otros psicoanalistas han expresado sus opiniones a partir de Freud, y han arrojado más luz sobre la etiología y simbolización de la migraña.

Wolberg relaciona la migraña con sentimientos no expresados de hostilidad; Franz Alexander agrega a esto estados de ira reprimida; Eisenbud y Lustman, usando técnicas hipnóticas confirmaron esta explicación.

En 1937 Fromm-Reichmann descubrió que ocho pacientes migrañosos padecían de ambivalencia no resuelta. No podían aceptar sus hostilidad hacia personas amadas; por lo tanto, reprimían su ira y de forma inconsciente la convertían en síntomas físicos de migraña. Sus deseos hostiles se vuelven contra ellos mismos y, como ella lo expresa, "La castración activa se desplaza de abajo hacia arriba".

Milner, Vincent, Wolberg y otros señalan la central im

portancia de la hostilidad reprimida. Angel Garma (1955) señala que la identificación puede ser un factor en la migraña. - Si uno de los padres tiene un síndrome de cefalea, el niño se puede identificar con ese aspecto de la conducta del padre. - Esto puede explicar la aparente hipótesis "genética" de la migraña.

Otras hipótesis explicatorias psicoanalíticas de la migraña incluyen el trauma del nacimiento, la escena primaria o varias fantasías eróticas y edípicas.

Gutheil refiere el caso de una migrañosa que siempre terminaba su ataque con un orgasmo. Cree que "... el orgasmo que terminaba con el ataque de migraña era también la conclusión de una fantasía sexual inconsciente, la cual, como era de esperarse, debía experimentarse bajo la apariencia de un ataque."

Basa sus puntos de vista en la hipótesis de Stekel "... de que la migraña es una expresión neurótica de la lucha entre el Ego-moral por un lado y el Ego-impulso, con sus tendencias antisociales y antimorales, por el otro".

Según Gutheil, el antecedente psicológico de la migraña se base en sentimientos incestuosos y en homosexualidad latente. Dice: "Según nuestra experiencia, la mayoría de los casos de migraña muestran un orgasmo en forma enmascarada en la mayor parte durante el ataque mismo". Dice: "La migraña llega al pecador en el sitio donde los pensamientos malvados se producen". (Gutheil, 1934).

En 1939 Herman Selinsky escribió sobre la psicología de los individuos migrañosos. Cree que un componente básico en su psique es una reacción inhibitoria a un impulso agresivo. Estos individuos son del tipo intelectual con rigidez de acti-



tud, ambición impulsiva, sentido de responsabilidad, sensibilidad a la crítica y perfeccionismo. Estos son rasgos defensivos contra la ansiedad. Los ataques también pueden ser un intento por escapar de la madre, aun cuando con una compulsión - por no dejarla.

Evidencia cada vez mayor muestra que hay una asociación entre tipos particulares de personalidad y enfermedades fisiológicas específicas. La mayor parte de la evidencia se ha obtenido mediante métodos clínicos en psiquiatría y psicoanálisis. Ross y McNaughton (1945) aplicaron el método Rohrschach a un grupo de individuos migrañosos para dilucidar aún más la relación. Concluyen que el Rohrschach ha corroborado las conclusiones del psiquiatras y analistas de que la migraña presenta en los pacientes que la sufren las siguientes características: persistencia hacia el éxito, dificultad para el ajuste sexual, perfeccionismo, convencionalidad, intolerancia y datos obsesivo-compulsivos.

Las contribuciones de cualesquiera investigadores proporcionan evidencia de que las situaciones conflictivas, especialmente los sentimientos hostiles hacia una persona amada, inician el ataque migrañoso. Los pacientes migrañosos son con frecuencia de tipo intelectual, concienzudos con un exagerado sentido de la responsabilidad. También, como dice Adelaide Johnson (1946): "Tienen necesidad de ser independientes; son ambiciosos, muy sensibles a las críticas y muestran, sobre todo las mujeres, un desajuste sexual importante".

Alvarez (1947) describe a la típica mujer migrañosa como baja, de cuerpo bonito, bien proporcionado, inteligente y activa. Son con frecuencia hipersensibles a la luz, los sonidos y los olores. Son tensas, tienden a preocuparse, se agotan fácilmente y duermen poco. Con frecuencia están insatisfechas del matrimonio.

Cree que la herencia es un factor importante en la migraña. Si un paciente hereda migraña y epilepsia o migraña y psicosis, el resultado puede ser grave a incapacitante. (Alvarez, 1947).

Melitta Sperling (1952) hizo un estudio psicoanalítico de la migraña en el cual analizó varios casos y descubrió aspectos de rivalidad entre hermanos, impulsos inconscientes asesinos en contra de una hermana o de la esposa, y dependencia oral en otra persona. Sperling concluyó que los pacientes migrañosos son personalidades fijadas oralmente, ya sea depresivos o impulsivos. El comportamiento sexual de estos pacientes puede ser de inestabilidad o de rechazo completo al acto sexual. Sperling también describió el carácter narcisista en el paciente migrañoso. Cualquier insulto, por pequeño que fuera, produjo ira y hostilidad, ambas reprimidas, las cuales fueron descargadas en el dolor y castigo del dolor de cabeza migrañoso. Los síntomas acompañantes de náusea, vómito y diarrea fueron un intento de deshacerse de los impulsos destructivos de una manera regresiva.

Ella concluye que los pacientes migrañosos tienen todos una estructura de carácter pregenital (fijaciones oral y anal) con bajo tolerancia a la tensión. Cada ataque de migraña representa un matar inconsciente repetitivo del objeto frustante sin conciencia, culpa o depresión.

Furmanski (1952) analiza la personalidad de los migrañosos desde el punto de vista psicoanalítico. Los cambios vasomotores en la migraña se consideraron como hostilidad reprimida en contra de la familia y la sociedad. Estos pacientes eran bastante narcisistas y tenían impulsos agresivos intensos. La falta de afecto y la rigidez en la primera infancia dieron como resultado ambivalencia y un superego rígido.

Marcussen y Wolff (1940) han identificado una personalidad característica en los pacientes migrañosos. Se ha encontrado que son tensos, impulsivos, ambiciosos y perfeccionistas. Están constantemente bajo auto presión para hacer un trabajo sin tacha, ignorando las demandas biológicas de descanso y relajación. El resultado es tensión, resentimiento y fatiga, después de los cual hace su aparición la migraña.

Proponen que la causa precipitante pareció ser la ira reprimida, después de una serie de sucesos frustrantes. Con frecuencia está presente la culpa, aunque ésta sola no es un factor precipitante en los ataques de migraña.

Crean que "el ataque de migraña puede considerarse como una de las fases de una reacción protectora o de adaptación inadecuada que involucra el aparato circulatorio craneal, lo cual es manifiesto cuando el sujeto ha llegado al límite de su capacidad para tolerar la tensión, la hostilidad, la frustración y la fatiga". (Marcussen y Wolff, 1949).

En una muestra de catorce pacientes, Grace y Graham (1952) refirieron que "la cefalea migrañosa sucedía cuando el individuo había estado haciendo un esfuerzo intenso para llevar a cabo un programa planeado y definido o para lograr un objetivo definido".

La cefalea se presentó cuando el esfuerzo había cesado, sin importar que la actividad se hubiera asociado con el éxito o el fracaso. Los datos esenciales fueron esfuerzo y relajación posterior. Las aseveraciones típicas fueron: "Tenía que hacerlo; tenía que llegar a un plazo; tenía un millón de cosas que hacer antes de almorzar; estaba tratando de cumplir con todas estas cosas".

Friedman (1959) refiere que el papel de la alergia en

la migraña se ha exagerado. Llega a la misma conclusión respecto a la histamina. Generaliza, sin embargo, diciendo que las arterias craneales en los individuos migrañosos son susceptibles a casi cualquier vasodilatador.

Dice también que las deficiencias vitamínicas, las enfermedades hepáticas, la hipoglucemia, los traumatismos pasados y las funciones oculares deficientes no son causa de migraña. (Friedman, 1959).

Al evaluar varias enfermedades en el hombre, es necesario considerar el marco existencial en el que ocurren. Factores tales como la vida temprana del paciente, la causa precipitante, los sentimientos dominantes y las actitudes del paciente son todas muy importantes en el síndrome migrañoso.

H. C. Wolff hizo un estudio de 46 pacientes migrañosos y encontró algunos datos de personalidad comunes. Muchos de aquellos en su infancia fueron delicados, tímidos y retraídos, pero muy obedientes. Eran corteses, niños de buenos modales que iban bien en la escuela. Sin embargo, además de estos rasgos, muchos de ellos eran obstinados e independientes. Una conducta cortés y amable se asociaba con frecuencia con el reto y rebelión. En efecto, se notaron características paradójicas de conducta.

Cuando niños fueron cuidadosos, ordenados, pulcros y limpios. Durante la adolescencia estos niños se preocuparon de problemas morales y éticos. (Wolff, 1972).

Al irse haciendo adultos estos niños, estas características de personalidad tomaron forma definida. La mayoría de los adultos migrañosos se volvieron ambiciosos y preocupados con el "éxito". Todos intentaron dominar sus ambientes, a través de ganancia secundaria o a través del dinero y poder. Fue

ron perfeccionistas, exactos, meticulosos y eficientes. Con gusto aceptaron responsabilidades y resultaron incansables para lograr sus metas.

Una vez que empezaban un trabajo tenían que terminarlo. Su lucha por el éxito aumentó su ansiedad y su tensión durante los domingos y vacaciones; de ahí sus migrañas en domingos y vacaciones. Cualquier cambio en el horario de trabajo o falta de disciplina daba como resultado un ataque migrañoso. Las depresiones y el miedo al fracaso con frecuencia precipitaban las cefaleas migrañosas. Estos ataques parecen ser síndromes relacionados temporalmente, unidos de cierta manera a un reajuste biológico serio en aquéllos que constantemente operan bajo "stress". Cuando termina el período de "stress" empiezan los ataques.

El ser ordenados fue otro rasgo de personalidad encontrado en los pacientes migrañosos. Tenían listas de cosas; usaban sistemas de índices en tarjetas; pasaban a la máquina apuntes. Los que tenían inclinación por la música preferían la música formal, polifónica de Bach, Hayden y Mozart más que la de los románticos. Esta expresión formal se encontró también en aquéllos a quienes les gustaba la pintura. (Wolff, - 1972).

La repetición y la persistencia son también rasgos de carácter comunes en los casos de migraña. También son comunes la inflexibilidad y la falta de tolerancia para otros tipos de personalidad. El transigir es difícil para ellos; con frecuencia prefieren pérdida o derrota a adaptación.

Muchos pacientes tienen fuertes resentimientos hacia aquéllos que según ellos los han dañado. Rara vez expresaron estos sentimientos, suprimiéndolos y con frecuencia volviéndolos contra sí mismos.

Usualmente los pacientes no se preocupaban por su cuerpo mientras funcionaba bien, no preocupándose de las limitaciones de su organismo, pero obligándolo a los extremos. Mostraban mucha preocupación por ser puntuales, por no desperdiciar el tiempo, y usaban su tiempo libre de manera eficiente.

Unido al deseo de hacer lo más posible en un período - de tiempo dado, se encontró el deseo de sacar lo más posible - de su dinero. Aunque los pacientes de migraña no eran avaros, gastaban su dinero con mucho cuidado y hacían buenos negocios, (Wolff, 1972).

En las mujeres (siete casos), el ataque de migraña se estimula con conflictos sobre deseos sexuales que reavivan competencia y furia hacia las mujeres. La furia es reprimida. - La ansiedad y la culpa por estos sentimientos rivales fuerzan a retraerse a una actitud masoquista. La cefalea migrañosa refleja esta actitud masoquista. La cefalea migrañosa refleja esta actitud masoquista; la cabeza sirve como un sustituto de los órganos reproductivos y sexuales y sus funciones. El desplazamiento a la cabeza es debido a la identificación de la paciente con la madre, la cual es fuertemente masoquista en su función intelectual. La adopción de la paciente de una actitud similar depende tanto de identificación directa con la madre como de complacencia inconsciente del deseo de la madre, - también inconsciente, de que la criatura sea intelectualmente masoquista respecto a los hombres. El retraerse del conflicto sexual se evidencia aún más mediante regresión anal, por lo que el deseo edípico de tener un bebé con el padre aparece como el deseo de producir un bebé anal.

Los mismos factores dinámicos parecen operar en los - hombres (dos casos) con migraña. Sus deseos homosexuales pasivos reprimidos son una identificación con una madre masoquista.

Angel Garma (1958) enfatiza que el psicoanálisis de los pacientes con migraña, si se practica con la suficiente profundidad como para llegar más allá del nivel de "actitud enojada", encontrará la estructura masoquista subyacente, profundamente reprimida.

Garma continúa diciendo que el aislamiento emocional profundo es una característica prominente en los individuos migrañosos, junto con tensión, inseguridad y sensibilidad. Las mujeres son frías y rechazan el coito; los hombres con frecuencia se quejan de eyaculación precoz y tiene la tendencia de despreciar a sus objetos amados.

Cree que la génesis fundamental de la migraña se puede remontar a "golpes psicológicos" en la cabeza provocados por situaciones traumáticas infantiles. La hostilidad aparente que sienten los migrañosos es una defensa, y un análisis más profundo revelará una personalidad aplastada por agresión externa.

Vincent (1960) analiza desde un punto de vista psicodinámico a una paciente con migraña y concluye que la enfermedad es una reacción psicofisiológica a los impulsos del id, los cuales habían sido reprimidos. En esta paciente en particular la migraña servía como una expresión de sentimientos agresivos hacia el padre, la madre, los hermanos y el marido. También los ataques de migraña ocultaban impulsos sexuales de carácter incestuoso, homosexual y adúltero.

Los pacientes migrañosos con frecuencia son compulsivos, ambiciosos y perfeccionistas, los cuales se "stressen" con cualquier suceso que interfiera con su plan de vida. A pesar de criticar mucho a otros, son bastante sensibles a la crítica a ellos. Si sus relaciones interpersonales son infelices reaccionan con furia y resentimiento, los cuales son reprimi-

dos, pero se hacen manifiestos en la reacción psicofisiológica de la migraña. (Coleman, 1964).

Fine (1969), en su estudio psicoanalítico de la cefalea, hace notar que "Hay ciertas áreas donde hay un acuerdo importante en la descripción fenomenológica del paciente migrañoso: el perfil psicológico de personalidad, la omnipresencia de hostilidad reprimida, la importancia de otros factores emocionales (especialmente "stress"), y la importancia de la psicoterapia en el tratamiento. La descripción del individuo con migraña hecha por numerosos observadores es aquella generalmente resumida en la nosología psiquiátrica en la neurosis de carácter obsesiva-compulsiva en la cual la mayor parte de los rasgos de personalidad son experimentados por la persona como ego-sintónicos".

"Los pacientes que sufren de migraña son descritos en forma congruente como meticulosos y pulcros, rígidos en su pensamiento, tensos, sensibles, ambiciosos, aparentemente sumisos y, sin embargo, al mismo tiempo mostrando actitudes dominantes. La mayoría de los pacientes con migraña vienen de familias con gran orgullo en los logros y con conducta rígida que prohíbe la expresión de agresión física o verbal. Son concienzudos - al grado de tener un sentido exagerado de responsabilidad, con una gran necesidad de ser independientes, son muy sensibles a la crítica y muestran, sobre todo las mujeres, un desajuste sexual importante". (Fine, 1969).

Hilda Weber describió los ataques de migraña como resultantes de 'emoción de naturaleza perturbadora o posteriores a algo que hería la vanidad', asociados con fuertes sentimientos de culpa reprimida que surgía de sentimientos hostiles hacia personas con las cuales se tenían relación afectiva íntima.



Behldorff (1971) y socios estudiaron los factores psicológicos de la migraña y sacaron las siguientes conclusiones:

1. Los migrañosos están inhibidos para expresar sentimientos de agresión.
2. Los pacientes migrañosos tienen pocas fugas para expresarse.
3. Los pacientes migrañosos fueron castigados y/o se les evitó expresar coraje cuando eran niños.

Las relaciones sociales de los sujetos migrañosos eran con frecuencia cautelosas y cuidadosas, evitando la intimidad. Algunos de ellos daban la impresión de ser fríos, distantes y aislados.

Aunque criticaban a otros ellos se resentían mucho por cualquier crítica dirigida a ellos. Algunos sólo se relacionaban con los que apoyaban completamente sus pensamientos y acciones. Algunos evitaban conocer personas a menos de que se encontraran en posición dominante. (Wolff, 1972).

El ajuste sexual del paciente migrañoso es con frecuencia insatisfactorio. En el estudio de Wolff el ochenta por ciento de las mujeres estaban sexualmente insatisfechas. Sus actitudes hacia el sexo eran rígidas y dogmáticas. El contacto sexual era limitado y rara vez llegaban al orgasmo; sin embargo, con frecuencia estaban dedicadas a sus compañeros y tenían relaciones domésticas satisfactorias.

Entre los hombres migrañosos la actividad sexual era adecuada pero no extática. Los problemas maritales con frecuencia eran el factor precipitante de los ataques migrañosos. Durante la continencia forzada los ataques de migraña se pre-

sentaban con mayor frecuencia y aumentaban en intensidad.

La frigidez sexual de la mujer migrañosa parece estar basada en sus problemas generales de personalidad y en la inhabilidad para "dejarse ir". Los ataques en mujeres justo antes y durante la menstruación no fueron raros.

Un gran número de sujetos estaban excesivamente apegados a la madre y algunos al padre. Eran deficientes en cuanto a confianza en sí mismos y tenían dependencia emocional. Se redujeron los ataques migrañosos en pacientes bajo el control de los japoneses y los alemanes en la II Guerra Mundial, probablemente debido a la reducción de las situaciones que involucran responsabilidad personal y frustración en el trabajo. - También, se redujeron los sentimientos de culpa y la posibilidad de elección se limitó.

En general, la tensión junto con la ambición excesiva y la ansiedad acerca de la seguridad familiar o personal proporcionan las condiciones óptimas para los ataques de migraña. (Wolff, 1972).

Para resumir la estructura de personalidad y la psicodinamia del individuo migrañoso, sería mejor citar a Wolff (1972):

1. Los datos de personalidad característicos de los individuos con migraña son sentimientos de inseguridad y tensión manifestados como inflexibilidad, rectitud, meticulosidad, perfeccionismo y resentimiento. Estos rasgos temperamentales conducen a frustración, a falta de satisfacción por es status económico familiar y personal y a intolerancia de períodos de baja de energía en ellos mismos o de "standards" relajados en ellos mismos y en otros.

2. La elaboración de un patrón de inflexibilidad y - perfeccionismo para manejar sentimientos de inseguridad se inicia tempranamente en la infancia. El individuo con migraña ansía obtener aprobación para hacer lo más y mejor que sus compa ñeros mediante aplicación y trabajo duro, y ganar seguridad - asíéndose a un ambiente estable y a un sistema dado de funcio- namiento excelente, aun a un alto costo de energía.

3. Este patrón de conducta trae al individuo una res- ponsabilidad en aumento y admiración, pero poco amor, y un re- sentimiento cada vez mayor y mayor al ritmo que se cree obliga do a mantener. Con frecuencia es capaz de mantener a sí mismo a través de la adolescencia y aun después; pero con presión - en aumento y energía cada vez menor, se hace más difícil cum- plir con sus propios "standards".

4. Cuando la tensión asociada con frustración repeta- da, resentimiento sostenido, ira y ansiedad llegan a un nivel- crítico, se crea el clima en el cual aparece el ataque de mi- graña. Desde un punto de vista dinámico, es prudente ver es- tos rasgos de personalidad y reacciones como arreglos de adap- tación elaborados por aquéllos con propensión a provocar di- chas respuestas bajo circunstancias de coacción, más que como- rasgos primarios de estructura de personalidad o la causa de - las cefaleas.

5. . Ciertos individuos tienen una disposición y un - equipo psicobiológico que los predisponen a estados emocio- nales perniciosos sostenidos. Durante tales estados, funciones- fisiológicas lábiles ponen en marcha la cadena de eventos que- constituyen la crisis vasomotora característica de las cefaleas vasculares de tipo migraña. En términos amplios, la cefalea - migrañosa puede considerarse como un mecanismo vascular para - hacer frente a las situaciones de la vida que son "stressantes" para el paciente individual.

### TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Uno de los estudios más amplios sobre la migraña hasta 1932 fue el de Henry Alsop Riley. Mencionó todas las teorías existentes, causas y tratamiento de esta enfermedad.

El término de Galeno "hemigrania" se modificó en su forma inglesa a "mygrame" (1398), "myegryn" (1460), "migrim" (1579) y "megrim" (1713). La palabra francesa "migraine" ha adquirido aceptación casi universal, aunque en español la derivación viene a través del latín, de hemigranium, hemigranea, emigranea, migraña, migraña.

Riley enfatizó el carácter hereditario de la migraña. Por lo menos cincuenta por ciento de los hijos de los que padecen migraña tienen alguna forma de la enfermedad. Riley menciona la migraña "psíquica" como la que tiene perturbaciones psíquicas tales como confusión, mal humor, mareo, etc. También, con frecuencia se presenta un estado similar al estado crepuscular con desorientación y alucinaciones.

Menciona ciertas teorías para la causa de la migraña, entre ellas, la teoría refleja, la teoría central de la migraña (irritación en la corteza cerebral), la teoría alérgica, la teoría de la estasis duodenal, la teoría hipofisiaria, la teoría tóxica, la teoría de glándula endócrina y la teoría del sistema nervioso vegetativo. Aunque la lista de teorías de Riley tiene gran interés histórico, todas han desaparecido, con excepción de la última.

Menciona sustancias vasoconstrictoras en la sangre, idea que sería profética para teorías posteriores. También cita a Hare en la teoría vasodilatadora del dolor, la cual también se anticipa a trabajos posteriores. La técnica de trata-

miento de Riley se basa en las manipulaciones fisioterapéu—  
cas con gorras de hielo, bolsas de agua caliente y baños de —  
pies con mostáza, así como enemas glucosados con bromuros.

Sus tratamientos medicamentosos se basan sobre todo —  
en la técnica del café negro; pero cita a Tzanck confiando en  
la ergotamina, un feliz descubrimiento. También recomienda el  
uso de cannabis indica.

Cita a Gultheil, quien trató la migraña psicoanalítica  
mente y descubrió que los ataques de migraña se relacionaban —  
con el complejo de Electra, crisis de autocastigo y reacciones  
en contra de ideas homosexuales. (Riley, 1932).

Knopf (1935) anticipándose a las modernas actitudes —  
hacia lo psicossomático, se concentró en la estructura de la —  
personalidad de los migrañosos y encontró que los pacientes en  
general son "... del tipo bonachón, muy ambiciosos, reservados  
reprimidos, sensibles, dominantes, resentidos y que poseen muy  
poco sentido del humor". También menciona ella que las muje—  
res están desajustadas sexualmente y que el reajuste psicológi—  
co debería ser una parte importante del tratamiento del pacien—  
te.

Algunos pacientes con migraña tienen herencia alérgi—  
ca, psicopática o hipertensiva, lo cual complica el tratamien—  
to de la enfermedad.

Un examen médico rara vez es útil, aunque una vez reco—  
nocida la migraña se trata mejor con psicoterapia. Con excep—  
ción de alguna terapia medicamentosa, rara vez se alivia la —  
enfermedad con tratamiento médico normal..

Mollendorf señaló en 1867 que la migraña es una enti—  
dad y que la causa se debe encontrar sólo en la herencia del —  
paciente.

La posición del psicólogo clínico frente a casos de enfermedades psicosomáticas debe ser la de ofrecer entrenamiento diagnóstico, consulta y terapia en aquellos pacientes que no se beneficiaron con el tratamiento médico. Aunque los síntomas de las enfermedades psicosomáticas pueden ser dóciles a tratamiento médico, las causas de estos síntomas se manejan mejor con medios psicológicos. La mera supresión o alivio de los síntomas no es unacura a largo plazo, mientras que el tratamiento psicológico puede llevar a reducción o desaparición de síntomas y alivio a largo plazo de los síndromes orgánicos. En el caso ideal, un sistema constante de comunicación entre el paciente, el médico y el psicólogo clínico promete ser el tratamiento óptimo de las enfermedades psicosomáticas, incluyendo la migraña.

Es útil tener conocimiento de ciertas variables que afectan el tratamiento del paciente: (1) el estado presente de los cambios funcionales y estructurales en el paciente; (2) la naturaleza de su personalidad y el carácter de sus conflictos; (3) los "stresses" ambientales y la situación familiar, (WHO, 1964).

Será la decisión del psicólogo clínico que lo examine el tipo de terapia que sea más apropiada para el paciente. Aunque el psicoanálisis puede ser el mejor tratamiento a la larga, los factores limitantes en la situación específica deben tomarse en cuenta.

En ciertas culturas no occidentales, varios tipos de terapia han dado buenos resultados. La terapia Chi-King puede ser útil en cuanto a que es similar a las técnicas autogénicas; la terapia Morita es útil en Japón; los rituales africanos dan resultado en Africa. Desde un punto de vista antropológico, la cultura determina la terapia. No obstante, en cualquier sistema de tratamiento, es necesario asegurar la cooperación

ción de todas las gentes involucradas en el tratamiento del paciente.

Una actitud holística en el tratamiento es también importante. No sólo es útil la terapia psicológica sino también otras formas de tratamiento: terapia ocupacional, hidroterapia, hipnosis; terapia de sueño y otras. La reducción del "stress" es una de las principales aspiraciones de cualquier forma de terapia, mientras que el tratamiento de los cónyuges y de la familia puede ser con frecuencia útil para el fin deseado.

La terapia podría incluir funciones del ego tales como adaptación, suavización del efecto, inhibición y control de impulsos.

Sin embargo, en la psicoterapia de la migraña, el quitar el síntoma puede ser desadaptante. Puede ser un vínculo de gran cantidad de emoción, cuya liberación podría ser abrumadora.

Algunas intervenciones útiles posibles del terapeuta serían las siguientes:

- (1) Quitar síntoma.
- (2) Alteración de las causas externas.
- (3) Cambios ambientales.
- (4) Cambios de personalidad.
- (5) Relaciones interpersonales mejores.

El terapeuta debe preguntar:

- (1) ¿Es simbólico?
- (2) ¿Tormenta de dependencia?
- (3) ¿Arranque de ira?

- (4) ¿Ambivalencia?
  - (5) ¿Conversión?
  - (6) ¿Ansiedad?
- (Frazier, 1967)

La migraña puede no requerir otro tratamiento que el de explicación al paciente y de tranquilizarlo en cuanto a que no se trata de una enfermedad grave. Ciertos actos causan migraña en algunos pacientes. Estos actos deben abolirse. En algunas personas la corrección de un defecto de personalidad mediante psicoterapia puede desvanecer los ataques de migraña.

La psicoterapia explicatoria es con frecuencia útil debido a las actitudes intelectuales de muchos pacientes que sufren de migraña. Frazier (1967) sugiere lo siguiente:

1. Este no es un mundo perfecto. Las familias y los amigos tienen también sus fallas. Rara vez se consigue la perfección; por ello confórmese con menos.
2. La tolerancia hace el entendimiento de otro más fácil. Establece un "standard" alcanzable.
3. No sea un esclavo del reloj. Trabaje a su propio ritmo. Haga tanto como pueda. Crearse muchos plazos sólo produce tensión.
4. Usted no puede complacer a todos, por lo tanto deje de intentarlo. La popularidad viene de dar a sus amigos y familia la oportunidad de amarlos por usted mismo, no por su mejor actuación.
5. Sea eficiente, sí, pero no al grado de que la perfección se convierta en una carga.



6. Hable claro si lo desea. No puede complacer a todo el mundo, y la honestidad y la franqueza rompen barreras y hacen más fáciles las amistades.

7. Apruébese a sí mismo. Usted es tan bueno como el vecino.

8. Deje de ser tan crítico de sus sentimientos negativos. Todo mundo es ambivalente a veces; por lo tanto no se preocupe tanto sobre amar y odiar.

9. Deje de sentirse tan culpable. Todos somos humanos y todos cometemos errores. Dé un poco y recibirá mucho, quizá aún una reducción del dolor en su cabeza.

El uso de técnicas psicológicas en el tratamiento de la migraña es esencial para un alivio permanente de los síntomas. Sólo cambiando las actitudes en la vida será capaz el paciente de manejar conflictos emocionales. El ventilar los conflictos emocionales inconscientes es importante, así como el manejo ambiental en la terapia de los migrañosos. Una relajación adecuada, mejoría en el sueño y la corrección de cualquier problema orgánico o causa alérgica es necesaria.

La psicoterapia es un tratamiento indicado para la migraña por las siguientes razones.

(1) La mayoría de los pacientes de migraña con frecuencia muestran defectos de personalidad antes del inicio de la migraña (excepto en el caso de niños).

(2) Los episodios de migraña ocurren con mayor frecuencia después de sucesos perturbadores psicológicamente.

(3) Aquellos pacientes que alteran sus actitudes y -

conducta experimentan un alivio de la migraña.

Ostfeld (1958) cree que "no parece (haber) ninguna duda de que alguna forma de psicoterapia es una parte racional - del tratamiento del paciente con cefalea. Qué tan exitosa es; eso es otro asunto".

Lambley (1976) usó dos técnicas, el entrenamiento - asertivo y la enseñanza de la visión interna psicodinámica, para tratar en formas exitosa a un paciente que padecía una cefalea migrañosa severa. Se hace hincapié en que el tratar enfermedades psicodinámicas, debe modificarse la estructura de la - enfermedad, siendo necesario el uso de varias técnicas integra - das en un programa de tratamiento efectivo.

Las técnicas conductistas pueden ser valiosas para tratar la migraña. Estas incluyen el aumento de la temperatura - de las manos y la relajación condicionada.

Lambley usó una técnica en la cual una paciente se afirmaba a sí mismo y expresaba su rabia en los contestos apropiados. Además, se enseñó a la paciente a desarrollar su visión interior de las razones de los conflictos que la llevaban a los ataques de migraña. Después de seguirla nueve meses, la paciente no había tenido ataques en cinco meses. (Lambley, - 1976).

En una serie de ingenios experimentos en el Hospital - New York, se hizo la hipótesis de que la cefalea migrañosa es causada por la dilatación dolorosa de las arterias cerebrales como un intento de restituir la homeostasis circulatoria craneal después de la vasoconstricción prodrómica. El bióxido de carbono, un conocido y rápido vasodilatador se usó para reducir o abolir la vasoconstricción en las primeras etapas de un ataque migrañoso. La mezcla de bióxido de carbono y oxígeno -

redujo el dolor del ataque y aumentó sustancialmente la irrigación sanguínea craneal. Este tipo de terapia, según Alvarez, proporcionó un alivio total a 42% de los pacientes, mientras que el 44% mejoraron en algo. (Wolf, 1972).

El tratamiento médico terapéutico más común de la migraña es con el tartrato de ergotamina o con sus derivados. Su efecto en las arterias temporal y occipital es disminuir la amplitud de las pulsaciones en estas arterias y por lo tanto disminuir la intensidad de la cefalea.

El doctor Robert Marcusson hizo notar que algunas personas podían reducir o terminar un ataque de migraña parándose de cabeza. Cree que este tratamiento es de origen neurogénico y que cualquier método en el cual crea el paciente puede reducir un reflejo vasomotor que puede ayudar a reducir la cefalea.

Korn (1949) redujo la amplitud de la pulsación de la arteria temporal mediante técnicas clásicas de condicionamiento. Aplicaba hielo sobre la arteria temporal mientras sonaba una campana sonaba sin que se aplicara hielo y la amplitud de la pulsación se redujo en un 31%. Los experimentos han demostrado que la infusión de un agente vasoconstrictor puro, la no repinefrina, quita prontamente el dolor de la migraña. Este hecho es una evidencia más de que la causa del dolor en la migraña es la vasodilatación.

El tartrato de ergotamina se introdujo en los años de 1920. Es la "droga de elección".

Se combina sinérgicamente con la cafeína. Sin embargo tiene efectos colaterales, con frecuencia se vuelve inefectiva y produce síntomas de retirada. (Friedman, 1967).

No debe usarse en casos de enfermedad coronaria cardíaca u otros padecimientos vasculares.

Un preventivo de la migraña, el maleato de metisergida (Sansert) produce muchos efectos colaterales, para usarse en gran cantidad. Una técnica de prevención es ejercicio moderado en un deporte nuevo.

Hay muchas ideas nuevas sobre el tratamiento de la migraña. Varían de la A a la Z: de Acupuntura a Zen. La acupuntura se investiga aún en la medicina estadounidense, aunque algunos estudios con acupuntura han tenido éxito en la reducción del dolor en varios síndromes médicos.

La técnica de biorretroalimentación se usa en la migraña en la Clínica Menninger. Esto se descubrió con mayor detalle más adelante.

El Zen, el Yoga y la meditación parecen haber beneficiado a algunos pacientes mediante la producción de estados de consciencia sostenidos de ritmo alpha. Electrochoques moderados en la piel de los pacientes han reducido el dolor en algunos pacientes. En otras partes se han usado la criocirugía, las hormonas y muchas medicinas nuevas y antiguas; la clonidina en Europa, el propranolol y las prostaglandinas se están estudiando en busca de alguna acción en el tratamiento de la migraña. (Friedman, 1973).

Los resultados obtenidos mediante la terapia quirúrgica de la migraña han sido desalentadores. Sea que el procedimiento involucre las arterias craneales o el sistema nervioso simpático, los beneficios a largo plazo son mínimos. La proporción costobeneficio es muy alta para que este tipo de terapia se practique en medida alguna. La inyección de alcohol en el nervio trigémino se ha usado, pero las referencias de muerte después de estas inyecciones ha desalentado su uso.

Hay varios agentes misceláneos que actúan en el sitio.

del dolor y, o reducen la dilatación de las arterias craneales aumentan el umbral al dolor, o ambas cosas. Estos agentes incluyen la efedrina, la benzedrina, la cafeína, paquetes de hielo o la respiración de oxígeno al 99%. Estas técnicas y sustancias no tienen efectos a largo plazo y no se usan terapéuticamente con mucha frecuencia.

El tratamiento médico indicado de la migraña es la inyección intramuscular de tartrato de ergotamina en una dosis - de .25 a .50 miligramos. Los extractos de ergotamina se han usado durante casi un siglo para las cefaleas. Una de las primeras declaraciones publicadas sobre su uso fue la de W. H. - Thompson de la Ciudad de Nueva York. En 1884 prescribió extracto fluido de ergot para el alivio de las cefaleas frecuentes. Los derivados del ergot se usan ahora en forma extensa - para el tratamiento de la migraña; pero un tratamiento médico prudente siempre incluye tratamiento psicológico.

Wolff recomienda descanso en cama en un cuarto oscuro, tranquilo, ningún alimento ni bebida y ausencia de parientes - solícitos. A pesar de que la ergotamina puede tener efectos - colaterales desagradables, tales como náusea y vómito, esta - droga es el tratamiento médico recomendado para la migraña. - Otros efectos colaterales incluyen calambres, gangrena, tromboflebitis, enfermedad vascular, emesis, adormecimiento de extremidades y oclusión coronaria. (Wolff, 1972).

Hay contraindicaciones para el uso de los derivados - del ergot. No se debe dar a personas en estado infeccioso, - con enfermedades vasculares, arteriosclerosis, angina. Está - contraindicada en pacientes embarazadas o en la lactancia.

Algunos de los medicamentos para la migraña actúan elevando el umbral del dolor. Estos incluyen varios analgésicos - codeína o morfina. A veces se usan los bromuros, los barbitú-

ricos y el hidrato de cloral. En aquéllos que presentan náusea y vómito con la ergotamina, se usa la codeína. En las cefaleas muy severas que no ceden lo suficiente con la ergotamina, se puede administrar morfina. (Wolff, 1972).

Cuando la migraña es severa y no se puede controlar con otros medios, la metisergida puede tener éxito. Desafortunadamente los efectos colaterales son serios e incluyen fibrosis y complicaciones vasculares.

La ciproheptadina y los antagonistas de la serotonina y la histamina son útiles en el tratamiento de la migraña. Sus efectos colaterales son mucho menos serios que los de la metisergida. Los energizantes psíquicos se usan en casos de pacientes migrañosos en los cuales ningún otro medicamento es útil. Tanto los tricíclicos como los inhibidores de la MAO son útiles. (Wolff, 1972).

El "stress" psicobiológico puede reducir los ataques de migraña movilizandolos defensas del cuerpo para encontrarse con el nuevo problema y forzando al individuo a retirarse de sus actividades normales. Estos asaltos biológicos incluyen la inyección de proteínas, inyecciones de suero, fiebre artificial y otras; pero estas técnicas son tan drásticas que no son recomendables. Los regímenes dietéticos se han usado también para reducir la migraña, pero parece ser que tienen poca importancia en la cura a largo plazo de la migraña.

La terapia endocrina en el tratamiento de la migraña parece ser inútil; los procesos quirúrgicos tampoco funcionan. El racionamiento del sueño es un tratamiento que puede reducir la migraña. Muy poco o mucho sueño pueden causar los ataques; consecuentemente, un sueño nocturno de seis a siete horas puede reducir el número de cefaleas. (Gans, 1951).

Muchos de estos tratamientos "raros" deben su éxito a sus componentes psicológicos. En cualquier tratamiento, los efectos psicológicos concomitantes, tales como seguridad aumentada o terapia de apoyo, a por un cambio en el estilo de vida o en la actitud, pueden ser factores determinantes en el éxito del tratamiento.

Wolff cree que los alérgenos no son causa principal de la migraña, si acaso lo son. Hay gran evidencia, sobre todo en el trabajo de Mary Loveless, que indica que el interés del médico y la esperanza de mejoría pueden proporcionar alivio. En efecto, un tratamiento semipsicológico del paciente puede ayudar en el control de la migraña. La reserpina puede ser otro agente exógeno que puede provocar migraña por su modificación del metabolismo de las aminas.

La metisergida (1-metil-d-ácido lisérgico butanolamida bimalato) se ha empezado a usar en el estudio de la migraña. Se ha mencionado su acción antiserotonínica. Puede ser que también refuerce la acción de los agentes vasoconstrictores tales como la norepinefrina o la ergotamina. (Dalessio, - 1961).

Aunque la metisergida promete ser una terapia efectiva en casos de migraña, sus efectos colaterales alteran drásticamente su aplicación en la medicina clínica. Su efecto adverso principal es fibrosis inflamatoria. También la metisergida está implicada en el desarrollo de casos de enfermedad valvular cardíaca y en fibrosis pleuropulmonar. (Graham, 1967).

Es obvio que la metisergida en su forma actual se usará sólo para trabajo experimental de la migraña y no como medicamento clínico.

Se está continuando el trabajo sobre los medios bioquí

micos del tratamiento de la migraña. Sicuteri ha dirigido investigaciones clínicas sobre un sintético reciente, el BC-105, el cual es un antagonista serotoninico. El medicamento tiene un "efecto curativo en la migraña crónica". (Sicuteri, 1967).

Eckbohm sugiere que el BC-105 debe usarse en aquellos pacientes que no responden a la ergotamina o cuando este medicamento está contraindicado.

La clonidina, un agente farmacológico que disminuye la respuesta a agentes vasodilatadores, puede ser de alguna utilidad en el tratamiento de la migraña. (Alanis, 1969).

Sugiere Whitty que el retiro de progestinas exógenas - puede ser un efecto estimulante para los ataques de migraña. - Otros investigadores han observado que la administración continua de progestinas orales pueden prevenir los ataques. (Whitty, 1964).

Nelson (1973) tenía cuatro años de experiencia en tratar a 75 pacientes con un derivado del tiofeno llamado BC-105. Sandoz desarrolló este medicamento como agente antihistaminico y antiserotoninico, pero son los efectos colaterales serios de la metisergida. Alrededor de las dos terceras partes de los - pacientes se beneficiaron, con pocos efectos colaterales.

Thomard-Zeuman refiere una reducción en la severidad - y frecuencia de ataques de migraña cuando se inyecta heparina en la corriente sanguínea de estos pacientes.

Seymour Diamond (1973) refiere una lista de medicamentos usados en la terapia de la migraña:

BC-105 Pizotifeno, Sandomigran  
Clonidina



Ciproheptadina (Periactin)  
Derivados del ergot  
Meclofenoxate (ANP 235)  
Metisergida  
Isometeptene (Octin)  
Propranolol (Inderal)  
Difenilhidantoína (Delantin)  
Levodopa (Laradopa)  
Acido mefenámico (Ponstel)  
Inhibidores de la MAO

Sandler muestra los efectos de las monoaminas en la precipitación de las cefaleas migrañosas. Sugiere que la 5-hidroxitriptamina está al frente entre los factores bioquímicos implicados en la migraña.

Otros agentes bioquímicos implicados en la migraña son la P-clorofenilalanina, las catecolaminas, las prostaglandinas y la feniletilamina. (Diamond, 1975).

Una de las sustancias implicadas en el dolor de la migraña es un polipéptido llamado neuroquinina.

La amitriptilina reduce efectivamente la frecuencia y duración de las cefalalgias migrañosas en todos sus grados de intensidad y la mejoría es más notable en las cefaleas intensas o incapacitantes. La droga modifica en cierto grado el patrón individual de las cefaleas que, en general, se vuelven más leves cuando se presentan.

La mejoría producida por la amitriptilina parece tener muy poco que ver con el alivio de la depresión. Esto sugiere que la amitriptilina actúa primariamente sobre la causa de la migraña o que suprime los mecanismos desencadenantes.

La amitriptilina fue evaluada en 110 pacientes con migraña intensa. En 79 pacientes, más del 50 por ciento de los síntomas se aliviaron; en 63 de estos pacientes la mejoría fue superior al 80 por ciento. La mayor parte de los pacientes con menos de 50 por ciento de alivio prácticamente no presentaron respuesta. En general, la tasa de depresión mejoró mínimamente durante el curso del tratamiento. (Couch, 1976).

En varios números de "Headache", una revista dedicada a los numerosos aspectos del dolor de cabeza, se refieren varias investigaciones menores sobre la migraña.

Norman Cook (1973) ha referido el uso de la criocirugía en el tratamiento de la migraña. Da buenos resultados para este tratamiento.

Michael Pollack y Joseph French (1975) ha sugerido que los niveles altos de ácidos glutámico en la sangre pueden ser un factor en la etiología de la migraña.

Appenzeller (1975) sugiere que la inhibición central impedida de las estructuras autónomas causa tasas aumentadas de descarga en las neurosis, lo cual se complica con niveles alterados de sustancias vasoactivas y circulación periférica que conducen a un ataque migrañoso.

Thomas Browning (1967) manejó sus propios síntomas de migraña con dosis individualizadas de clorodiazapóxido.

Tibor Kopjas (1967) trató a sus pacientes con un esteroide intravenoso: dexametasona. Cree que la acción anti-inflamatoria de los esteroides reduce los síntomas de la migraña. El noventa por ciento de sus pacientes respondió bien.

L. Maex (1967) hizo la hipótesis de que hay una rela—

ción causal entre la postura no equilibrada y la migraña. La postura correcta reduce la incidencia de la cefalea.

Mitchell y White (1976) sugieren el auto-manejo conductista para reducir los efectos de la migraña. Esto implica - enseñar a los pacientes a identificar problemas, llevar a cabo estrategias de manejo y a autoaplicarse técnicas de control. - Creen que el éxito a largo plazo del manejo de la migraña dependerá más del auto-control que de las drogas.

Sicuteri (1976) propone que las monoaminas y sus enzimas están comprometidas en la migraña. Sugiere que la migraña es un ejemplo de cronopatología que involucra a estos agentes-bioquímicos.

Kentsmith (1976) refiere la mejoría sintomática de la migraña, lograda con meditación, biorretroalimentación y entrenamiento de relajación.

Se ha acumulado evidencia de que la aparición de la -- migraña se relaciona con presiones aumentadas en el trabajo, -- problemas interpersonales, dificultades en la autoexpresión, -- tensión y ansiedad, situaciones amenazantes para el ego y problemas que involucran posiciones de carrera o sociales.

Mitchell (1974) sugiere que la migraña podría tratarse mediante técnicas de conducta programadas. Concibió la reducción de la migraña como una función de control de la actividad del sistema nervioso simpático frente a eventos percibidos como "stressantes". Coincide con Cautela, quien afirmó: - "... que el relajamiento puede considerarse como una técnica de autocontrol... para reducir el nivel general de ansiedad y ... como un medio para disminuir la ansiedad o la tensión - siempre que el paciente esté involucrado en una situación que provoque ansiedad fácilmente reconocible o que esté experimen-

tando ansiedad sin ser capaz de discernir las condiciones antecedentes". En su estudio controlado refirió una reducción significativa en los episodios de migraña con una técnica de condicionamiento de la conducta modificada.

A pesar de que hay muchos tratamientos para la migraña, hay pocos, si acaso, que no tengan efectos colaterales de mayor o menor peligro para el paciente. Con excepción del tratamiento psicológico de la migraña, los variados métodos médicos y farmacológicos significan un riesgo para el migrañoso. Cualquier tipo de tratamiento que reduzca este peligro puede ser de gran valor para el paciente migrañoso. Tal enfoque lo constituye el uso de entrenamiento de biorretroalimentación autogénica para controlar la disfunción de la corriente sanguínea craneal. El tratamiento autogénico es una técnica psicofisiológica que regula las funciones mentales y somáticas.

Las respuestas somáticas deseadas se producen por medios mentales y psicológicos. Acoplado con un entrenamiento de biorretroalimentación basado en varios dispositivos visuales y auditivos, el individuo puede controlar varias funciones del sistema nervioso simpático.

En la Clínica Menninger, una recuperación casual de un paciente de una ataque de migraña, hizo que el doctor Elmer Green llevara a cabo varios experimentos sobre la curación de la migraña por medio del control del aporte sanguíneo a las arterias craneales. El doctor Joseph Sargent inició un estudio piloto en el cual se aumentó el flujo sanguíneo a las manos mediante entrenamiento de biorretroalimentación autogénica lo cual automáticamente pareció disminuir el flujo sanguíneo a la cabeza, reduciendo de esta manera la vasodilatación y el dolor de la migraña.

Sargent (1972) ha enfatizado que las técnicas de bio-

retroalimentación autogénica nos han "proporcionado las herramientas para explorar la interfase entre la medicina psicológica y la somática y para ayudar a obtener nueva información sobre la cual podemos postular nuevos conceptos unificantes".

La técnica involucra un termómetro que monitorea la temperatura de las manos (y de esta manera el volumen vascular sanguíneo en la mano). Junto con una técnica de relajación que parece ser necesaria en el control autónomo, el paciente puede aprender a controlar el flujo sanguíneo en las manos. Pronto el paciente es capaz de controlar el flujo sanguíneo sin un termómetro y al primer signo prodromico de migraña, puede reducir el flujo vascular a las arterias craneales y así impedir el ataque de migraña. (Sargent, 1973).

Los mecanismos nerviosos comprometidos parecen ser el eje límbico-hipotalámico, en el cual la percepción de los estímulos conduce a una respuesta límbica, la cual a su vez afecta al hipotálamo, el cual produce una respuesta autónoma que lleva a reacciones somáticas. En el entrenamiento de biorretroalimentación autogénica el paciente interrumpe la cadena al nivel de respuesta autónoma aumentada, disminuyendo así el aporte sanguíneo excesivo a la cabeza.

Los resultados muestran que en un estudio la mayoría de los pacientes se beneficiaron y en un estudio posterior alrededor del 74% de los migrañosos mejoraron en un grado significativo. (Sargent, 1975). Por lo anterior, la autorregulación psicósomática de la cefalea migrañosa parece ser una de las técnicas de tratamiento más prometedoras en el arsenal de la psicología.

Un ataque de migraña es un signo inocuo de que un organismo se encuentra bajo "stress". Además del tratamiento, deben usarse métodos para la prevención de estos ataques. Wolff

(1972) resume los procedimientos de prevención en siete clases, como sigue: (1) Procedimientos que producen efectos a través del choque y del descanso prolongado; (2) procedimientos quirúrgicos; (3) agentes químicos que inducen el relajamiento y que mejoran el sueño; (4) agentes o procedimientos que actúan induciendo sentimientos de seguridad a través de sugestión, tranquilización y confianza; (5) procedimientos que alivian la ansiedad e inducen el relajamiento mejorando actitudes, hábitos y situación vivencial del paciente; (6) agentes o procedimientos que inducen vasoconstricción; y (7) agentes o procedimientos que reducen la reactividad del centro vasomotor. Las últimas tres de estas medidas preventivas son las más efectivas.

### CONCLUSIONES

Ciertas enfermedades revelan componentes bien definidos en su etiología. Esas enfermedades puede comprenderse relacionando al individuo con su ambiente social y psicólogo. - Cuando el individuo bloquea sus emociones por la supresión y - la represión se puede surgir un tipo de expresión fisiológica y somática. El inconsciente puede manifestarse hasta que las actividades del consciente se deforma y distorsiona, expresandose como enfermedades neuróticas y psicósomáticas.

La mayor influencia en lo psicósomático ha sido la psicología dinámica, la psicología orientada psicoanalíticamente. La vida psíquica inconciente afecta nuestras reacciones, emociones y conducta, teniendo su efecto en las reacciones psicósomáticas.

Entre las causas más comunes de la enfermedad psicósomática son la pérdida de amor, sentimientos de desamparo y hostilidad reprimida. Sin embargo, el enfoque multifactorial es necesario a comprender a fondo la enfermedad humana.

Aunque una enfermedad puede ser física o mental siempre hay aspectos mentales en las físicas y aspectos físicos en las mentales, así que es una actitud holística que puede conducir a un tratamiento completo.

Si el stress puede conducir a la enfermedad, las personas deben programar su vida y trabajo para reducir las presiones de sus dos ambientes, el externo y el interno.

En cuanto a la migraña las causas precipitante es casi siempre un stressor, o físico o emocional. Los ataques pueden durar de unos minutos a varios días. Algunas veces hay síntomas anteriores como las auras, las escotomas y otros fenómenos

sensoriales. El dolor se debe a la vasodilación de arterias - cerebrales.

Los equivalentes migrañosos aparecen en algunas pacientes cuando las cefaleas desaparecen.

La personalidad del migrañoso tiene rasgos específicos. Tiene problemas sexuales y son dependientes de la madre; además, tienen un carácter de lucha, resentimiento, y ansiedad. Pero el factor determinante es la rabia reprimida; no podían aceptar su hostilidad hacia personas amadas.

El tratamiento de la migraña es manejada con medios - psicológicas. La reducción del stress es uno de las principales aspiraciones de la terapia. El tratamiento médico es sintomático y no puede resultar en beneficios a largo plazo. En casos ideales un sistema de comunicación entre el paciente, - el médico y el psicólogo clínico es el tratamiento óptimo.



BIBLIOGRAFIA

ABOULKER, CHERTOK Y SAPIR  
Psychosomatique et Gastro-Enterologie  
Paris: Masson y Cie., 1962.

ALEXANDER F., French, T and Pallock, G.  
Psychosomatic Specificity  
Chicago: The University of Chicago  
Press, 1968

ALEXANDER, F. AND FRENCH, T.M.  
Studies in Psychosomatic Medicine  
Ronald Press, New York, 1948

ALEXANDER, FRANZ  
Psychosomatic medicine, its principles  
and applications. With a chapter on the  
functions of the sexual apparatus and their  
disturbances by Therese Benedek.  
New York, Norton, 1950

ALEXANDER, F  
"Fundamental Concepts of Psychosomatic Research"  
Psych. Med. 5, 2050 1943

ALEXANDER, FRANZ  
The Medical Value of Psychoanalysis  
W. W. Norton and Company, Inc.  
New York, 1936

APPLEY, M. H.

Psychological Stress

N. Y., Appleton-Century-Crofts, 1967

ARTHUR, R.

Life Stress and Illness

E. Gunderson, ED. Thomas, Springfield,  
Ill. 1974

BAIN, ALEXANDER

Mind & Body

Y. G. D. Appleton 1973

BAKAN, D.

On Method, San Francisco

Jassey-Bass, Inc. 1967

BANDA, THEODORE,

Mental Factors in the Causation, Cure and  
Prevention of Disease.

Warcester, Mass. 1918

BANDLER, B.

"Some conceptual tendencies in the  
Psychosomatic Movement".

Amer. J. Psychiat., 1958,

BEACH, F. A.

Hormones and Behavior

New York and London, Paul B. Hoeber, Inc.  
1948

BELLOW, SOUL  
Henderson The Rain King  
Greenwich, Conn.  
Fawcett Publications, Inc.  
1958

BENEDEK, T.  
The Psychosomatic Implications of  
the Primary Unit: Mother-Child  
Am. J. Orthopsychiat., 19:642, 1949

BERKUN, M. M. ET AL  
Experimental Studies of Psychological Stress  
in Man. Psychol. Managr. 76 (15), 1962

BINET, ALFRED  
L'Âme et le corps  
Paris, Flammarion, 1907

BLACK, STEPHEN  
Mind & Body  
London, Kimber, 1969

BLAZER, ALFRED  
N. Y. State J. Med.  
11 1587-1590, July 1, 1950

BOARD, F., ET AL  
Psychological Stress & Endocrine Functions  
Psychosom. Med. 18: 4, 1956

BOGIIJ, JOHANNES, ed.  
Psychosomatics; a series of five lectures  
Amsterdam, New York  
Elsevier Pub. Co., 1957

BOSS MEDARD  
Einführung in Die Psychosomatische Medizin  
Bern und Stuttgart  
Verlae, Hanshuber, 1954

BROWN, F.  
"A Clinical Psychologists Perspective on  
Research in Psychosomatic Medicine"  
Psychosomatic Med., 1950, 20

VURKE, NOEL  
Br. J. of Med. Psych.  
Vol. 6, 1926

CANNON, W. B.  
Bodily Changes in Pain,  
Hunger, Fear and Rage  
Second Edition.  
New York, D. Appleton & Co., 1920

CANNON, W. B.

The Wisdom of the Body

N. Y., Norton, 1932

CANNON, W. B.

"The Role of Emotion in Disease"

Annals of Internal Medicine, 1936

CARBALLO, RAF

Patología Psicosomática

Madrid Ed. Paz Montalvo, 11949

CHAUCHARD, PAUL

La Médecine Psychosomatique

Presses Universitaire de France, 1955

COLEMAN, JAMES

Abnormal Psychology

and Modern Life

Scott, Foresman & Co.

Glenview, 1964

CROFTS, HELAND, et al

Recent Experiments in Psychology

New York, McGraw-Hill, 1950

DCHLSTROM, W. G. & WELSH, G. S.

An MMPI Handbook

Minneapolis, University of Minnesota, 1960

DARWIN, C. R.  
The Expression of the Emotions  
in Man and Animals  
London, J. Murray, 1872

DELAY, J.  
"The Experimental Bases of  
Psychosomatic Medicine"  
Rev. Med. Suisse Rom.  
69: 154-176, 1949

DELAY, JEAN  
Introduction a la Médecine Psychosomatique  
Paris: Masson et C , 1961

DESCARTES, RENE  
Les Passions de L'ame  
Paris, Baivir, 1973

DEOCURET, J.  
La Médecine des Passions  
Paris: Béchét et Labé, 1841

DEUTSCH, FELIX, ed.  
The Psychosomatic Concept in  
Psychoanalysis.  
New York, International  
University Press, 1953

DEUTSCH, FELIX

The Use of the Psychosomatic  
Concept in Medicine  
Bull. John Hopkins Hosp  
80: 71-85, 1947

DEUTSCH, FELIX  
The Associative Anamnesis  
Psychoanalytic Quarterly  
1939 Vol. 3

DEUTSCH, F.  
"Thus Speaks the Body"  
Fr. N.Y. Acad. Med. 12:2  
1949

DEUTSCH, FELIX, ed.  
On the Mysterious Leap from  
the Mind to the Body  
International Univ. Press Inc.  
New York: 1970

DIAMOND, SOLOMON  
The Roots of Psychology  
New York, 1947  
Basic Books, Inc.

DODGE AND MARTIN  
Social Stress and Chronic Illness  
Notre Dame, Ind.  
U. of Notre Dame Press, 1970

DEBAS, RENE

Man Adapting

New Haven: Yale Univ. Press, 1855

DUNBAR, F.

"Physical Mental Relationships  
in Illness; Trends in Modern Medicine  
and Research as Related to Psychiatry"  
Am. J. Psychiat. 91:541, 1934

DUNBAR, FLANDERS

"Character and Symptom Formation"  
The Psychoanalytic Quarterly, 1939

DUNBAR, F.

Psychosomatic Diagnosis

New York, London, Paul B. Hoeber, Inc.  
1943

DUNBAR, HELEN FLANDERS

Emotions and Bodily Changes; a survey  
of literature on psychosomatic inter-  
relationships, 1910-1945

New York, Columbia University Press  
1946

DUNBAR, F.

Mind and Body: Psychosomatic Medicine

New York, Random House, 1947



DUNBAR, H. F.

Synopsis of Psychosomatic Diagnosis  
and Treatment

C. U. Mosby, St. Louis, 1948

ENGEL, G. L.

Psychological Development in Health  
and Disease

Philadelphia, W. B. Saunders, Co., 1962

ENGEL, G.L. and SCHMALE, A.J.

Psychoanalytic theory of somatic disorder:  
Conversion, specificity and the disease  
onset situation.

J. AM Psychoanal. Assoc., 15: 344-365, 1967

ENTRALGO, PEDRO LAIN

Introducción Histórica al Estudio de la  
Patología Psicósomática.

Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1950

EFRMANN, IRMGARD

Age and Manifestation of Psychosomatic  
Disorders. Vita humana, Basel, 1962

EVANS, W.L.

The Effect of Phenelzine in Psychosomatic  
and Psychophysiological Illnesses

Psychosomatics, 1, 1960

EYSENCK, H. J.  
J Psychosom. Res.  
7: 107-130 Oct., 1963

FALCONER, W.  
A dissertation on the Influence of the  
Passions upon Disorders of the Body  
C. Dilly & J. Phillips, London, 1788

FEDIDO, Pierre  
"D'une Métapsychologie  
du Somatique"  
Bulletin de Psychologie  
XXVII (27) 1973-1974

FENICHEL, OTTO  
"Nature and Classification of the  
so-called Psychosomatic Phenomena".  
Psychoanalyt. Quart., 14, 1945

FRENCH, T.M. and SHAPERO, L.B.  
"The Use of Dream Analysis in  
Psychosomatic Research".  
Psychosom. Med. 11:110, 1949

GILDEA, F.F.  
Special Features of Personality wich  
are Common to Certain Psychosomatic  
Disorders.  
Psychosom. Med., 11, 1949

FREUD, SIGMUND;  
The Basic Writings of Sigmund Freud  
Random House, Inc., N. Y., 1938

FREUD, S.  
A General Introduction to Psychoanalysis  
N. Y. Boni and Liveright, 1920

FRIEDMAN RICHARD & JUNICHI I.  
"Genetic Predisposition and Stress  
Induced Hypertension"  
Science Vol. 193

GAYLIS et. al.  
South African M.J.  
38: 320-321, May 9, 1964

GELLHORN, E.  
Emotions & Emotional Disorders  
N. Y., Harper & Row, 1963

GERARD, R.W.  
Physiology and Psychiatry  
Am. J. Psychiat., 1949

GERAUD,  
Introduction to Psychosomatic Medicine  
Toulouse Med. 50: 347-363, 1949

GETELSON, M.

"The Role of Anxiety in Somatic Disease"  
Ann. Int. Med. 28:289, 1948

GOLDBERG, ELSA M.

Family Influences and Psychosomatic Illness  
London: Tavistock Publ. Ltd., 1959

GRACE, W.J. & Grahame D.F.

"Relationship of Specific Attitudes and  
Emotions to certain Bodily Diseases"  
Psychosom. Med. , 14 (1952,14)

GRINKER, R.R., and SPIEGEL, JP.

Men Under Stress  
Blakiston, Philadelphia, 1945

GRINKER, ROY

"Brief Psychotherapy in Psychosomatic Problems"  
Psychosom. Med., 9:98, 1947

GRINKER, ROY RICHARD

Psychosomatic Research  
New York, Norton, 1953

GRINKER, ROY RICHARD

Psychosomatic Case Book  
New York: Blakiston, 1954

GROEN, J.  
"Psychosomatic Disturbances as a Form of  
Substituted Behavior"  
J. Psychosom. Res. 1957

UNDERSON, . ERIC, ED.  
Life Stress and Illness  
Charles & Thomas publisher  
Springfield, Illinois, 1974

HALLIDAY, J.  
"The Rising Incidence of Psychosomatic Illness"  
British Medical Journal, 1938

HALLIDAY, J. L.  
"Concept of a Psychosomatic Affection"  
Lancet. 2: 692-969, 1943

HALLIDAY, J.L.  
Psychosocial Medicine:  
A Study of a Sick Society  
Norton, N. Y., 1948

HAMILTON, MAX  
Psychosomatics  
N. Y. Wiley, 1955

HARRIMAN, P.L  
Encyclopedia of Psychology

New York  
Philosophical Library, Inc., 1946

HARRIS, NOEL  
Modern Trends in Medicine  
New York, Hoeber, 1948

HINKLE, LE et al  
"An Investigation Between Life Experience,  
personality characteristics and general  
susceptibility to illness"  
Psychosom. Med., 20, 1950

HIPPOCRATES  
On Ancient Medicine:  
The genuine works of Hippocrates  
New York, Wood.

HODEEN, Samuel  
"Psychosomatic Medicine"  
Exerpto Medica Foundation  
Mayorca, Spain, 1966

HOEBER, Paul  
Modern Developments in Psychological  
Medicine, New York  
Harper & Bros., 1949

HOLLAND, H.

Mental Physiology

London: Longmans, 1852

HORNEY, K.

The Neurotic Personality of our Time

W. W. Norton & Co., N. Y., 1937

KORNEY, K.

Our Inner Conflicts;

W. W. Norton & Co.

New York, 1945 .

HOROWITZ, M.

Stress Responses Syndromes

New York, Aronson, 1975

HUNDER, R. & MacAlpine, I.

Three Hundred Years of Psychiatry,

1535 1860

New York, Oxford University Press, 1963

HUTSCHNECKER, A. A.

The Will to Happiness

New York, Cornerstone Library, 1964

HUTSCHNECKER, ARNOLD A.

The Will to live.

Englewood Cliffs, Prentice-Hall, c. 1958

SORES AND FREYBERGER (EDS)  
Advances in Psychosomatic Medicine  
New York, Robert Brunner, Inc. 1961

KAPLAN, H. I. & KAPLAN, HELEN S.  
Current Theoretical Concepts in Psychosomatic  
Medicine  
Amer. J. Psychiat., 1959

KIERKEGANRD, S.  
The Sickness Unto Death  
Princeton, Univ. Press, 1941

KRETSCHMER, F. I.  
The Significance of the Physical Constitution  
in Mental Disease, Baltimore, 1926

KUBIE, L. S.  
The Basis of a Classification of Disorders from  
the Psychosomatic Standpoint  
Bull. N. Y. Acad. Med., 20:46-65, 1944

LACEY, J. L.  
An Experimental Study of Differential  
Somatic Emphasis on Stress Responses  
Psychosom. Med. (inpress)

LACHMAN, SHELDON JOSEPH  
Psychosomatic disorders: a behavioristic



interpretation;  
New York, Wiley, 1972

LAMBERGEON, SOLANGE  
Psychosomatic et Angoisse Feminine  
Paris, Gonthiere 1966

LANGNER AND MICHAEL  
Life Stress and Mental Realth  
Free Press of Glencoe, London, 1963

LARAS, D.  
La Médecine de la Personalité:  
Dynemigus Psychosomatique  
Paris, Parjot, 1956

LEVI, LENNART  
Endocrine Reactions  
During Emotinnel Stress  
Forsvarsmedicin, Vol. 3 Suppl. 2:109,  
1113, 1967

LEVI, LENNART, ED  
Psychosocial Environment &  
Psychosomatic Disease  
New York, 1971 Oxford Univ. Press.

LEVI, Lennart and Anderson Lars  
Psychosocial Stress: Population, Environment

and Quality of Life

New York, Spectrum Publications, 1975

LEVINE, MAURICE

"An Orientation Chart in the Teaching of  
Psychosomatic Medicine"

Psychosom. Med. 10:111, 1948

LEWIS, HOWARD

Psychosomatics

N. Y. Viking Press, Inc., 1972

LEWIS, J. H. and SABIN, T. R.

"Studies in Psychosomatics"

Psychosom. Med., 5, 125, 1973

LINN, LOUIS, ed.

Frontiers in General Hospital Psychiatry

New York, International Universities Press, 1961

LUCE, G.G.

Biological Rhythms in Human and Animal Physiology

Dover Publications, Inc., N. Y., 1971

MACHT, D.I.

"Psychosomatic Allusions in the Book of Proverbs"

Bull. Hist. Med. 18 (oct., 1945)

MACLEAN, P. D.

"Psychosomatic Disease and the Visceral Brain"  
Psychosom. Med., 11:338, 1949

MAIN, T. F. (1965(

Psychoanalysis and Psychosomatic Illness  
"Principles of Treatments of Psychosomatic  
Disorders: Oxford, Pergamon Press, 1965

MALMO, R. B. & C. SHOGASS

Physiologic study of symptom mechanisms in  
psychiatric patients under stress  
Psychosom Med. 11:25 (1949)

MARGETTS, EDWARD

"Historia Notes on Psychosomatic Medicine"  
P. 41-61 in Wittkower,  
Recent Developments in Psychosomatic Medicine, 1954

MARGOLIN, S. G. & KAUFMAN, MAR..

What is Psychosomatic Medicine ?  
Med. Chim. N. A.  
New York num-er: 609-610, 1948

MARGOLIN, S.

Psychoanalysis and the Dynamics of  
Psychosomatic Medicine, 1952

MARGOLIN, S. A.

Psychotherapeutic Principles in Psychosomatic Practice  
Pittman Press, 1954

MASON, J. W.  
Strategy in Psychosomatic Research  
Psychosom. Med., 32:427, 1970

MCCLEOD, A., WITTKOWER, E. & MARGOLIN, S. G.  
Basic Concepts in Psychosomatic Medicine  
In Recent Developments in Psychosomatic Medicine  
London, 1953

MCGRATH, J. E. (ED)  
"Social & Psychological Factors in Stress"  
New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970

MEAD, MARGARET  
The concept of culture and the psychosomatic  
approach. In A. Weider (Ed.),  
Contributions Toward Medical Psychology, Vol. 1,  
New York: Ronald, 1953

MILLER, Hyman & Baruch, Dorothy  
The Practice of Psychosomatic Medicine  
McGraw-Hill Book Company, Inc., N. Y., 1956

MIRSKY, I. ARTHUR  
"The Psychosomatic Approach to the Etiology  
of Clinical Disorder"  
Psychosom. Med. 19:424, 1957

MODLIN, H. C.  
"A Study of MMPI in Clinical Practice..."  
Amer. J. Psychiat., 1947

MONTAGU, A.  
Culture and Mental Illness  
Amer. J. Psychiat., 1961

MUNRO, ALISTAIR, ED.  
Psychosomatic Medicine  
London Churchill Livingstone, 1973

MURPHY, JANE  
"Psychiatric Labeling in Cross-Cultural  
Perspective." Science, March 12, 1976  
Vol. 191 # 4231

NODINE & MAYER  
Psychosomatic Medicine  
Philadelphia, Lea and Febiger, 1962

NAVARRO, VICENTE  
"The Fetishism of Industrialization"  
Monthly Review, Vol. 28, #5, Oct. 1976

PAVLOV, I.P.  
Lectures on Conditioned Reflexes  
N. Y., International Publishers, 1928

PETERS & STERN

"Specificity of Attitude"

J. of Psychosom. Research, Vol. 15, 1971

PEURSEN, CORNELIS ANTHORNE VAN

Body, Soul, Spirit

New York, Oxford U. Press, 1966

P. SUÑER

Sistema Neuro-Vegetativo.

México, 1947

PHILIP, Hopkins, ED

Principles of Treatments of Psychosomatic Disorders

Oxford, Pergamon Press, 1965

RABKIN & STRUENING

"Life Events Stress and Illness"

Science # 194 Dec. 3, 1976

RATHER

Mind & Body in 18th Cent Medicine

Philadelphia, W. B. Saunders

RILEY, VERNON

"Mouse Mammary Tumor:

Alteration of Incidence as Apparent  
Function of Stress"

Science, 8 August, 1975

ROGERS, R. W.

Inscriptions of Sennacherrib"

London: S. Bogster, 1892

RUESCH, J. R. et al

"Chronic disease and psychological  
invalidism: a psychosomatic study"  
Psychosom. Med. Managr #9, 1946

RUESCH, J.

"The Infantile Personality—The Care  
Problem of Psychosomatic Medicine"  
Psychosom. Med., 10:134, 1948

SAUL, L. J.

A note on the psychogenesis of  
organic symptoms.  
Psychoanal. Quarterly, 4, 476-83, 1935

SAUL, L. J.

Emotional Maturity: The Dynamics & D  
Development of Personality, J. B.  
Lippincott Co.??, Phila, 1947

SAUL & FISCHER

Am. Pract. 1

938-940, Sept. 1950

SCHMALE, A. H.  
"Relationship of Separation & Depression  
to Disease"  
Psychom. Med. 20:259, 1958

SCHWAB, JOSEPH  
Man in a Stress Society  
Center Report, Juna, 1972, P. 15

SCHWARTZ, J. & SEMRAD, E.  
Psychosomatic Disorders in Psychoses  
Psychosom. Med., 13:314, 1951

SEGUIN, Carlos Alberto  
"La Historia Clínica Psicósomática"  
Gac. Med. Lima 2, 1946, 192-210

SEGUIN, Carlos Alberto  
Introduction to Psychosomatic Medicine  
New York, International Universities Press, 1950

SEIDENFELD, MORTON  
Psychological Aspects of Medical Care  
Springfield, C.C. Thomas, 1949

SELYE, HANS  
The Stress of Life  
New York, McGraw-Hill Book Co., Inc., 1956



SHARVON, H. J. (1955)  
Modern Trends in Psychosomatic Medicine  
Butterworth Series

SHONTZ, FRANKLIN  
The Psychological Aspects of  
Physical Illness and Disability  
New York: McMillan Publishing Co., Inc., 1975

SIGERIST, HENRY  
A History of Medicine  
N. Y., Oxford U. Press, 1961

SILVERMAN, SAMUEL  
Psychological Aspects of Physical Symptoms  
New York, Appleton - Century - Crofts, 1968

SIMEONS, A. T.W.  
Man's Presumptuous Brain  
New York, E.P. Dutton & Co., 1961

STAINBROOK, E.  
Psychosomatic Medicine in the  
Nineteenth Century  
Psychosom. Med., 14:211, 1952

STALKER, H.  
"The Psychosomatic Diseases:  
a Hypothetical Formulation"  
J. Ment. S., 95:355-368, 1949

STEIN, MARVIN et al  
"Influence of Brain & Behavior on the  
Immune System"  
Science, Fbb. 6, 1976

Tanner, J. M. (ed)  
Stress and Psychiatric Disorder  
Oxford, Blackwell, 1960

TARGOLA, R.  
Hysteria, Pithiatism, Psycho-Analysis and  
Psychosomatics, La Presse Med.  
57: 901-903, 1949

TISSOT, C. J.  
De L'influence des Passions del L'ame dan les Maladies  
e Des Moyen D'en Corriger les Mauvais Effects  
(Paris, 1798)

TUKE, D. A.  
Illustrations of the Influence of the  
Mind upon the Body in Health and Disease  
J. & A. Churchill, London, 1872

UEXKULL, T. VON  
"Problems & Possibilities of a System of  
Psychosomatics, etc"  
Zeitach . F. Klen, Med. 145: 117-184, 1949

VIOLA, G.  
La Costituzione Individuale  
Bologna, 1933

VON BERTALANFFY  
The Mind-Body Problem: a New View  
Psychosom. Med. 26:29-45, 1964

WAHL, C. W.  
New Dimensions in Psychosomatic Medicine  
Boston: Little, Brown & Co., 1964

WALKER, SYDNEY  
Psychiatric Signs and Symptoms due to Medical Problems  
Springfield: Charles Thomas, 1967

WEIDER, ARTHUR  
Contributions Toward Medical Psychology,  
Theory & Psychodiagnostic Methods  
N. Y. Ronald Press, 1953

WEISS, EDWARD & ENGLISH, O. SPURGEON  
Psychosomatic Medicine  
Philadelphia, W. B. Saunders, 1943

WEISS, FREDERICK  
"Neurotic Conflict and Physical Symptoms"  
The American Journal of Psychoanalysis  
Vol VI No. 1, 1946

WENAR, CHARLES

Origins of Psychosomatic & Emotional Disturbances

New York, P. B. Hoeber, 1962

WHITE, WILLIAM

Medical Psychology, Nervous & Mental

Diseases Monograph Series # 54 N. Y., 1931

WINTER, J. A.

Are Your Troubles Psychosomatic

N. Y., Julian Press, 1952

WITTKOWER, E.D.

20 Years of North American Psychosomatic Medicine

Psych. Med. 22, 308, 1960

WITTKOWER, MACLEAD AND MARGOLIN

Basic Concepts of Psychosomatic Medicine, 1954

WITTKOWER, ERIC D.

Life Stress and Bodily Diseaseñ

A Formulation. Proc. ARNMD, 29:1059, 1950

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Psychosomatic Disorders

Technical Reports Series

No. 75, Geneva, 1964

WORTIS, J.

Psychopharmacology and Physiological  
Treatment. Amer. J. Psychiat., 1963.

ZILBOORG, GREGORY

Mind, Medicine and Man

New York: Harcourt, Brace and Co. 1943

ZEWAR, M.

Psychoanalyse des Principaux Syndromes  
Psycho-somatic" Rev. Franc Psychoanal.  
12, 529,39, 1948

ZWEIG, STEFAN

Die Heilung Durch Den Geist  
Leipzig, 1932

BIBLIOGRAFIA MIGRAÑA

ALVAREZ, W. C.

"The Present Day Treatment  
of Migraine"

Proc. Mayo Clin. 9:22, 1934

ALVAREZ, W. C.

"The New Oxygen Treatment  
for Migraine"

Am. J. Dig. Dis.

6:728, 1939

ALVAREZ, W. C.

The Migrainous Personality  
and Constitution. The Essential  
Features of the Disease: a study  
of 500 cases

Am. J. Med. Sci. 213:1, 1947

ALVAREZ, W. C.

The migrainous scotoma as studied  
in 618 persons

Am. J. Ophthal. 49:489,1060

ALVAREZ, W. C.

"Notes on the History of Migraine"

Headache 2, #4, 1963

ANTHONY, M., H. Hinterberger, and J. W. Lance

"PLASMA SEROTONIN IN MIGRAINE AND STRESS"

Arch. Neurol. 16:544, 1967

ASK-UPMARK, E.

"Migraine"

Brit. Med. J.

2:-823, 1960

BALL, F. E.

"Migraine—its treatment with peptone  
and its familiar relation to sensitization  
diseases,"

Am. J. Med. Sci. 173:781, 1927

BALYEAT, R. M.

Migraine: Diagnosis and Treatment

J. B. Lippincott Co.,  
Philadelphia and London, 1933

BELLDORFF, JOHN et. al.

"Psychological Factors in Headache"

Headache 11, 1971

BEYME, FRITZ

El Juicio del Resultado del Tratamiento  
Psicoteropéutico con el ejemplo de la  
migraña.

Rev. Psicopato. Psicol. Med. Psycoter.

5:1, 38-60, 1966

BICKERSTAFF, E.R.  
"Basilar Artery Migraine"  
Lancet 1:15, 1961

BIRK, LEE, ED., BIOFEEDBACK  
Behavioral Medicine Seminars Psychoot.  
5:4 361-365

BRAAF, M. M.  
"Migraine headache treated successfully by  
head-traction, manipulation and thiamin chloride"  
N. Y. State J. Med. 49:1812, 1949

BRENNER, C. FRIEDMAN, A.P. & CARTER, S.  
"Psychologic Factors in the Etiology and  
Treatment of Chronic Headache!"  
Psychosom. Med. 11:53, 1949

BROOKS, S., M. E. O'SULLIVAN & D. YOUNG  
"The effect of non-sedative drugs and other  
measures in migraine, with special reference  
to ergotamine tartrate",  
AM. J. Med. Sci., 188:253, 1934

BUCHANAN, J. A.  
"The results of surgery for migraine"  
Surg. Gynec. Obstet.  
38:638, 1924



BUTLER, S. & W.A. THOMAS

"Intravenous histamine in the treatment  
of migraine"

J.A.M.A. 128:173, 1945

CAMPBELL, D.A., K. M. HAY & E. M. TONKS

"An investigation of the salt and water  
balance in migraine"

Brit. Med. J. 2:1424, 1951

CARTER, E. R.

"Bilateral thrombophlebitis after  
a single dose of ergotamine tartrate  
for migraine"

Brit. Med. J., 11:1453, 1958

CATINO, DONALD

Ten Migraine equivalents

Headache, 5:1-11, 1965

CECIL AND LOEB

Textbook of Medicine

Tenth Edition, Phil: W.B.

Sanders & Co., 1959

CHARCOT, J. M.

"Sur un cas de migraine ophthalmologique"

Prog. Med. Paris, 1890

CHILDS, A. J. & M. T. SWEETNAM  
"Study of 104 cases of migraine"  
Brit. J. Indust. Med.  
18:234, 1961

CHRISTIANSEN, V  
"Rapport sur la migraine"  
Reve. neurol., 11;854, 1925

CLARK, D., HOUGH, H., & WOLFF, H.G.  
Experimental Studies on Headache  
Observations on Histamine Headache  
A Research Nerv. & Ment. Dis. Proc.  
15:417, 1935

CLEVELAND, F. E. & R. L. KING  
"Gangrene following ergotamine tartrate therapy  
of migraine"  
Bull. Mason Clin., 2:1, 1948

COUCH, JAMES  
Amitriptiline prevents migraine  
Querology, 26, 1976  
New

CRAIG, W. McK  
"The hemicrania of migraine"  
Proc. Mayo Clin.  
10:362, 1935

CRITCHLEY, M.

"Prognosis in migraine"

Lancet 2:35, 1936

CROOKSHANK, F. G.

"Migraine & other Common Neuroses"

1894 New

DALESSIO, D. J., W.A. CAMP, H. GODDELL, AND H. G. WOLEF

"Studies on headache. The mode of action of UML-491 and its relevance to the nature of vascular headache of the migraine type"

Arch. Neurol., 4:235, 1961

DALSGAARD-NIELSEN, T.

"Migraine and heredity"

Acta Neurol. Scand., 41:278, 1965

DANDY, W. E.

"Treatment of hemicrania (migraine) by removal of the inferior cervical and first thoracic sympathetic ganglion"

Bull. Johns Hopkins Hosp.

48:357, 1931.

DeGOWIN, E. L.

"Allergic migraine: review of syxtycases"

J. Allergy, 3:557, 1932

DIAMOND & DALESSIO  
The Practicing Physician's  
Approach to Headache  
Med. Com. Press. 1973

DIAMOND, et al  
Vasoactive Substances  
Relevant to Migraine  
Springfield: Charles Thomas Pub.  
1975

DONAHUE, H. C.  
"Migraine and its ocular manifestations"  
Arch. Ophthal.  
48:96, 1950

EISENBUD, J.  
"The Psychology of Headache",  
Psychiat. Quart. 11:592, 1977

Engel, De E. And Co. O. Evanson  
"The effect of potassium thiocynate on the  
occurrence of migraine"  
Am. J. Med. Sci.  
204:697, 1942

ENGEL, G. L., W. W. HAMBURGER, M. REISER & J. PLUNKETT  
"Electroencephalographic and psychological studies  
of a case of migraine with severe pre-headache phenomena"  
Psychosom. Med. 15:337, 1963

FERE, C.

"Contribution à l'étude de la migraine  
ophtalmique"

Rev. Med. Paris, 1:625, 1881

FERE, C.

"note sur un cas de migraine  
ophtalmique à accès répétés et suivis de mort"

Rev. Med. Paris, 3:194, 1883

FINE, BERNARD,

Psychoanalytic aspects of head pain  
Res Clen Stud. Headache, 1969

FOLDES, E.

"Dietetic therapy for migraine"

Trained Nurse and Hosp. Rev.

95:348, 1935

FRANKEL, K.

"Relation of migraine to cerebral  
aneurysm"

Arch. Neurol. Psychiat.

63:195, 1950

FRAZUR, SHERVERT

"The Psychotherapy of Headache"

in Freedman, A,

Research & Clinical Studies in Headache

Baltimore, 1967

FRIEDMAN, ARNOLD

Headache

Phil. F. A. Davis Company, 1959

Friedman, ARNOLD, Ed.

Research & Clinical Studies

in Headaches.

Baltimore, Wm. & Wilkins Co., 1967

FRIEDMAN, A. et al

The Headache Book

N. Y. Dodd, Mead & Co., 1973

FROMM-REICHMAN, F.

"Contributions to the  
psychogenesis of migraine"

Psychoanal. Rev.

24:26, 1937

FUCHS, M. and L. S. BLUMENTHAL

"Use of ergot preparations in migraine"

J. A. M. A., 143:1762, 1950

FURMANSKI, A. R.

Dynamic concepts of migraine:  
a character study of one hundred patients

AMA Arch. Neurol. Psychiat., 1952

GANS, M.

"Treating migraine by sleep  
rationing". J. Nerv. Ment. Dis.  
113:405, 1951

GANS, MATTHIAS  
Migraine as a form of neurasthenia  
J. Neuro and Ment. dis.  
113:315, 1951

GARDNER, J. W. et al  
"Relationship of migraine to hypertension  
and to hypertension headaches"  
Am. J. M. Sc., 200, 1940

GARMA, ANGEL  
"On the pathogenesis of Headache"  
Psyche., 9:414-435 (1955)

GARMA, ANGEL  
El Dolor de Cabeza  
Buenos Aires: Editorial Nova, 1958

GARMA, ANGEL  
El Desplazamiento de la  
Enfermedad Psicossomática  
Rev. Psychoanalysis  
(Argentina) 26:1 39-96, 1969

GENTRY, DARRYL

Directive Therapy Techniques in the  
Treatment of Migraine Headaches: a  
case study Psychother:  
theory res prac. 10; 4 308-311, 1973

GIFFIN, MARY  
Some Psychiatric Aspects of Migraine  
Proc. Mayo Clinic.  
28:694-697 (1953)

GONZALEZ, AVELINO  
Psychodynamics of Migraine Syndrome"  
Rev. Psychoanal.  
Buenos Aires, 11:6173 (1954)

GODDELL, HELEN et al  
Familial occurrence of migraine  
headaches  
Arch. Neurol & Psychiat  
72:325, 1954

GRAHAM, J. R., And WOLFF, H. G.  
"Mechanism of Migraine Headache and  
Action of Ergotamine Tartrate"  
Arch. Neurol. & Psychiat  
39:737, 1938

GRAHAM, J. et al  
"INflammatory fibrosis associated with  
methysergide therapy"



Research EnClinical Studies in Headache  
Basel/N. Y. Karger, 1967

GRINKER, LEON, on a case of Migrone  
Rev. Psicoanal. B. Aires  
11:169-174, 1954

GUTHEIL, E.  
"Analysis of a Case of Migraine"  
Psychoanalyt. Rev.  
21:272, 1934

HEADACHE, 1967-1976  
Various authors

HENRYK-GUTT, RAN REESE, W. L.  
Psychological aspects of Migraine  
J. Psychosom res  
17:2-141-153, 1973

HUNTER RICHARD  
Psychotherapy in Migraine  
Brit. Med. J.  
12:1084-1088, 1960

JELLIFFEE, S. E.  
"Migraines"  
Encyc. of Med.  
Phila., 1933 U. 81

JOHNSON, A. M.

"A Case of Migraine"

in Proceedings of the Third

Psychotherapy Council.

Chicago, Institute for Psychoanalysis

1946

KENTHSMITS, A.

Headache

16:173-177 (1976)

LKEE, AXEL

A Clinical Study of Migraine

Munksgaard, Copenhagen, 1968

KOLB, L. C.

"Psychiatric Aspects of the Treatment  
of Migraine"

Neurology 18, 34 (1963)

KORN, R. R.

"Vasomotor Conditioning"

J. Intercol. Psychol. Ass. 1:51, 1949

KNOFF: O.

"Preliminary Report on Personality  
Studies in 30 Migraine Patients,"

J. Nerv. & Ment. Dis. 82:270, 400, 1935

LAMBEY, PETER

The use of assertive training and psycho-dynamic insight in the treatment of migraine headache.

J. Ner. Ment. Dis., 163:61 — 64, 1976

LAROUSSE MEDICALE ILLUSTRÉ

Paris: 1924

LENNOX, W. G.

Science and Seizures:

new light on epilepsy and migraine

N. Y.: Harper & Bros., 1941

LIVEING, E.

On Megrin.

London, J. & A. Churchill 1873

LIPPMAN, CARL W.

Hallucination in migraine

J. Psychiat

107:856, 1951

LIPPMAN, C. W.

Recurrent Dreams in Migraine:

an aid to diagnosis

J. Nerv. Ment. Dis.

12:273-276, 1954

LUCAS R. N. AND FOLKOWSKE, W.  
Ergotamine and methysergide abuse in  
patients with migraine  
Brit S. Psychiatr.  
122:567-199-203, 1973

LUTHER, E. R.  
Treatment of migraine headache by  
conditioned relaxation  
Behav. Ther.  
2:302-310, 1969

MALONE, J. P.  
"Migraine"  
J. Irish Med. Ass.  
1962, 51

MARCUSSEN, R. M. And WOLFF, H. G.  
"Therapy of Migraine"  
J. A. M. A.  
130:198, 1949

MARCUSSEN, R. M.. And H. G. WOLFF  
"A Formulation of the dynamics of  
the migraine attack"  
Psychosom. Med.  
11:261, 1949

MARCUSSEN, R. M.. And H. G. WOLFF

"Therapy of migraine"

J. A. M. A.  
139:198, 1949

MARCUSSEN, R. M. AND H. G. WOLFF

"Migraine Headache: What can be done about it?"  
Postgrad. Med. 7:362, 1950

MITCHELL, K. R.

A psychological approach to the treatment  
of migraine (abstract)  
Brit. J. Psychiat.  
119:552-533-534, 1971

MITCHELL, K. R.

Migraine: an exploratory treatment  
application of J. Psychosom. res.  
15:2 137-157, 1971

MITCHELL & WHITE

"Control of Migraine by Behavioral  
Self-managements"  
Headache, 16:178-184, 1976

MOERSCH, F. P.

Psychic Manifestations in Migraine"  
Amer. J. of Psych.  
V. 3, 1924

MONEY KYRLE, R. E.  
A note on migraine  
Int. J. Psychoanaly 44:490-492, 1963

MONSAUR, K. J.  
"Migraine, Dynamics and  
Choice of Symptom"  
Psychoanaly.  
Quarterly, 26: 476, 1957

MORLOCK, C. G. AND W. C. ALVAREZ  
"Has disease of the liver anything  
to do with the causation of migraine?"  
J.A.M.A. 114:1744, 1940

NELSON, ROBERT  
BC<sub>1</sub> 105, a new prophylactic agent  
for migraine  
Headache, 13:96, 1973

OLIVECRONA, H.  
"Notes on the surgical treatment  
of migraine"  
Acta med. Scand., Suppl.  
1956229, 1947

OSTFELD, A. M. et al  
"Observations on the morphologic  
and chemical pathology of of migraine headache"  
Am. Psychosom. Soc.  
Atlantic City, 1955

OSTFELD, A. M., L. F. CHAPMAN, H.  
Goodll, and H. G. Wolff.

"A summary of evidence concerning a noxious agent  
active locally during migraine headache"

Psychosom. med.

19:199, 1957

OSTFELD, A. M. And H. G. WOLFF:

"Identification, mechanisms, and management of the  
migraine syndrome

med. Clin. N. A.

42:1497, 1958

OSTFELD, A. M. And H. G. WOLFF:

"Vascular headache of the migraine type;  
Its relation to histamine and "allergic" headache

"International Textbook of Allergy.

J. M. Jamar, ed., Munksgaard, Copenhagen, 1959

OSTFELD, ADRIAN

The Common Headache Syndromes

Springfield: Charles Thomas, 1962

O'SULLIVAN, M.E.

"Termination of one thousand attacks of migraine  
with ergotamine tartrate"

J. A. M. A.

107:1208, 1936

PAGNIEZ, P., P. VALLERY-RADOT, And A. MAST  
"Therapeutique preventive de certaines migraines"  
Bresse med.  
27:172, 1919

PEARCE, JOHN  
Migraine  
Springfield: Charles Thomas  
Pub., 1969

PENFIELD, W.  
"Operative treatment of migraine  
and observations on the mechanism  
of vascular pain"  
Trans. Am. Acad. Phthal.  
37:50, 1932

POOL, J. L., T. J. C. VON STORCH AND W. G. LENNOX  
"The effect of ergotamine tartrate on pressure of  
cerebrospinal fluid and blood during migraine headache"  
Arch. Inter. Med. 57:32, 1936

PROGES, I:  
"Limitation of carbohydrates in treatment  
of migraine"  
Med. Klin., 33:664, 1937

RILEY, H. A.  
"Migraine"  
Bull. Neurol Inst. N. Y.  
1932



ROSENBAUM, H. E.  
"Familial hemiplegic migraine"  
Neurology 10:164, 1969

ROSENBAUM, M.  
"Psychogenic Headache"  
Cincinnati J. Med. 28: 7, 1947

ROSS, W. D. AND F. L. McNAUGHTON  
"Objective personality studies in  
migraine by means of the Rorschach method"  
Psychosom. Med. 7:73, 1945

RYAN, R. E.  
"New approach to the symptomatic  
treatment of migraine"  
Arch. Otolaryng. 72:325, 196)

SOCKS, OLIVER  
Migraine, the evolution of a common disorder.  
Berkeley: Univ. of Cal. Press, 1970

PENFIELD, W.  
"Operative treatment of migraine  
and observations on the mechanism  
of vascular pain"  
Trans. Am. Acad. Phthal.  
37:50, 1932

POOL, J. L., T. J. C. VON STORCH AND W. G. LENNOX  
"The effect of ergotamine tartrate on pressure of  
cerebrospinal fluid and blood during migraine headache"  
Arch. Intern. Med. 57:32, 1936

PROGES, I:  
"Limitation of carbohydrates in treatment  
of migraine"  
Med. Klin., 33:664, 1937

RILEY, H. A.  
"Migraine"  
Bull. Neurol Inst. N. Y.  
1932

ROSENBAUM, H. E.  
"Familial hemiplegic migraine"  
Neurology 10:164, 1969

ROSENBAUM, M.  
"Psychogenic Headache"  
Cincinnati J. Med. 28: 7, 1947

ROSS, W. D. AND F. L. McNAUGHTON  
"Objective personality studies in  
migraine by means of the Rorschach method"  
Psychosom. Med. 7:73, 1945

RYAN, R. E.

"New approach to the symptomatic  
treatment of migraine"

Arch. Otolaryng. 72:325, 196]

SOCKS, OLIVER

Migraine, the evolution of a common disorder.

Berkeley: Univ. of Cal. Pres, 1970

SICUTERI, F.

"Vasoneuractive substances in migraine"

Headache

6: 109, 1966

SICUTERI, F., G. FRANCHI, And P. L. DEL BIANCO

"An anti-aminic drug, BC-105,

in the prophylaxis of migraine

"Int. Arch. Allergy and Appl. Immunol.

31:78, 1967

SICUTERI, FEDERIGO

"Migraine"

Headache

16:145-169, 1976

SLIGHT, D.

"Migraine"

Canadian M. A. J.

35:268, 1936

SMITH, ROBERT,  
Background to Migraine  
London: Springer-Verlog, 1967

SMITH, I., A. H. KELLOW, AND E. HANNINGTON  
"Clinical and biochemical correlation between  
tyramine and migraine headache"  
Headache  
10:43, 1970

SMYTH, V. O. G. And A. L. WINTER  
"The EEG in migraine"  
Electroenceph. clin. Neurophysiol.  
16:194, 1964

SPEER, F.  
Headache  
11:63, 1971

SPEARLING, M.  
"Psychoanalytic study of migraine and  
psychogenic headache"  
psychoanalyt. Rev.  
32, 1952

SICUTERI, F.  
"Vasoneuractive substances in migraine"  
Headache  
6:109, 1966

SICUTERI, F., G. FRANCHI, And P. L. DEL BIANCO  
"An anti-aminic drug, BC-105,  
in the prophylaxis of migraine  
"Int. Arch. Allergy and Appl. Immunol.  
31:78, 1967

SICUTERI, FEDERIGO  
"Migraine"  
Headache  
16:145-169, 1976

SLIGHT, D.  
"Migraine"  
Canadian M. A. J.  
35:268, 1936

SMITH, ROBERT,  
Background to Migraine  
London: Springer-Verlog, 1967

SMITH, I., A. H. KELLOW, AND E. HANNINGTON  
"Clinical and biochemical correlation between  
tyramine and migraine headache"  
Headache  
10:43, 1970

SMYTH, V. O. G. And A. L. WINTER  
"The EEG in migraine"  
Electroenceph. clin. Neurophysiol.  
16:194, 1964

SPEER, F.  
Headache  
11:63, 1971

SPERLING, M.  
"Psychoanalytic study of migraine and  
psychogenic headache"  
psychoanalyt. Rev.  
32, 1952

TROWBRIDGE, L. S.  
"notes in the personality of patients with migraine"  
J. Nerv. and Ment. Dis.  
509-517, 1943

TOWNSEND, H. R. A.  
"The EEG in migraine"  
Background to Migraine  
Vol. 1, Springer Verlag, N. Y.  
1967, 15-21

TROWBRIDGE, et al  
"notes on the Personality of Patients  
with migraine"  
J. of Nerv. & Ment. Diseases  
Vol. 97, 1943

TZANCK, A.  
"Le traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine"  
Bull. Soc. med. hop. Pariss  
52:1057, 1928

VALLERY-RODOT, PASTEBR

Les Migrames  
Paris, Masson  
1935

VOUGHAN, W. T.

"Allergic migraine"  
J. A. M. A.  
88:1383, 1927

VILLEY, G. And J. F. BUVAT

"Arrest of migraine crises by intravenous injections  
of hypertonic salt solutions"  
Paris med.  
1:189, 1937

VINCENT, N. F.

Psychodynamics of a patient with migraine  
Ann J. Psycho.  
14:588-604, 1960

WALKER, C. H.

"Migraine and its relationship to hypertension"  
Brit. Med. J.  
2:1430, 1959

TROWBRIDGE, L. S.

"Notes in the personality of patients with migraine"  
J. Nerv. and Ment. Dis.  
509-517, 1943

TOWNSEND, H. R. A.  
"The EEG in migraine"  
Background to Migraine  
Vol. 1, Springer Verlag, N. Y.  
1967, 15-21

TROWBRIDGE, et al  
"Notes on the Personality of Patients  
with migraine"  
J. of Nerv. & Ment. Diseases  
Vol. 97, 1943

TZANCK, A.  
"Le traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine"  
Bull. Soc. med. hop. Pariss  
52:1057, 1928

VALLERY-RODOT, PASTERR  
Les Migrames  
Paris, Masson  
1935

VOUGHAN, W. T.  
"Allergic migraine"  
J. A. M. A.  
88:1383, 1927

VILLEY, G. And J. F. BUVAT  
"Arrest of migraine crises by intravenous injections



of hypertonic salt solutions"

Paris med.

1:189, 1937

VINCENT, N. F.

Psychodynamics of a patient with migraine

Amm J. Psycho.

14:588-604, 1960

WALKER, C. H.

"Migraine and its relationship to hypertension"

Brit. Med. J.

2:1430, 1959

WOLFF, H. G.

"Personality features and reactions of subjects with migraine"

Arch. Neurol. Psychiat.

WOLFF, H. G.

"Migraña"

Modern Medical Therapy in General Practice

Williams & Wilkins Co., Baltimore

1940, p. 2068

WOLFF, H. G.

Headache and other head pain

Cambridge" Oxford Univer. Press

1948

ZAIMIS, E. And E. HANINGTON

"A possible pharmacological approach to migraine"

Lancet

2:298, 1969