

PSICOLOGÍA MÉDICA

Ramón de la Fuente



Ramón de la Fuente (1921-2006) fue miembro de El Colegio Nacional, doctor *honoris causa* por la UNAM y fundador y director emérito del Instituto Nacional de Psiquiatría, que lleva su nombre. En el FCE publicó: *Nuevos caminos de la psiquiatría* (1990), *Salud mental en México* (1997), *La patología mental y su terapéutica* I y II (1997) y *Biología de la mente* (1998).

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS
dirigida por Ramón de la Fuente

PSICOLOGÍA MÉDICA

RAMÓN DE LA FUENTE

PSICOLOGÍA MÉDICA

NUEVA VERSIÓN



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Primera edición, 1959

Segunda edición, 1992

Decimosexta reimpresión, 2015

Primera edición electrónica, 2016

D. R. © 1959, Fondo de Cultura Económica

Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 Ciudad de México

Comentarios:

editorial@fondodeculturaeconomica.com

Tel. (55) 5227-4672



www.fondodeculturaeconomica.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio. Todos los contenidos que se incluyen tales como características tipográficas y de diagramación, textos, gráficos, logotipos, iconos, imágenes, etc., son propiedad exclusiva del Fondo de Cultura Económica y están protegidos por las leyes mexicanas e internacionales del copyright o derecho de autor.

ISBN 978-607-16-4403-9 (mobi)

Hecho en México - *Made in Mexico*

INTRODUCCIÓN

Conviene recordar que hacia la cuarta década del siglo XX, primero en Europa y después en los Estados Unidos, cobró fuerza la corriente de opinión en la medicina que ponía énfasis en los aspectos psicológicos en la iniciación, curso y desenlace de las enfermedades y en los factores terapéuticos implicados en la relación del médico con sus enfermos.

Este interés acerca de los problemas psicológicos de los enfermos y del trabajo del médico era entonces novedoso, puesto que en las escuelas de medicina, aun las de los países más avanzados, la enseñanza se orientaba dentro de un marco mecanicista que poco o nada tomaba en cuenta esos aspectos. La nueva corriente expresaba la creciente advertencia entre los médicos de que el avance de la medicina tiene un lado sombrío; aunque la tecnificación, la especialización y la extensión del cuidado médico al mayor número de personas entrañan grandes beneficios, han tenido a la vez algunas consecuencias desafortunadas. Una de ellas es la pérdida de la dimensión humana en el cuidado de los enfermos. Las preocupaciones de la profesión se hicieron patentes en diversas publicaciones y reuniones médicas. Si bien la medicina era técnicamente cada vez más rica, también era cada vez más pobre desde el punto de vista humano, es decir, no respondía a las necesidades de los enfermos.

En México, hacia 1954, algunos profesores de psiquiatría propusimos que se diera lugar a la psicología en el currículum de la carrera de medicina, el cual hasta entonces sólo tenía lugar para la psiquiatría como rama especial de la medicina que se ocupa de las enfermedades mentales. Determinante de nuestro interés fue el haber desarrollado anteriormente un servicio de psiquiatría en el seno de un hospital general, escenario donde se hace patente la importancia de la psicología en la medicina.

¿Cuál era la mejor forma de introducir la psicología en la dieta del estudiante de medicina, ya de por sí sobrecargada de datos y orientada hacia la técnica y la especialización? Además, ¿qué psicología pretendíamos enseñar? La psicología médica no existía aún como un campo definido. El libro de Kretschmer titulado *Psicología médica* no respondía a las necesidades del médico práctico.

Para los buenos clínicos, que siempre han estado interesados en los problemas psicológicos, era claro que lo que tiene la mayor relevancia para la salud o la enfermedad de un hombre no son por sí mismos los eventos externos en que se ve involucrado, sino el significado que tienen para él, la forma como los vive y los interpreta. Es decir, que el médico debe adentrarse en el conocimiento de los estados mentales de sus enfermos. El fenómeno clínico incluye, además de la identificación de indicadores objetivos de la enfermedad, las vivencias del enfermo, es decir, su padecimiento. El hecho central es que el hombre tiene la capacidad única de crear símbolos y de reaccionar a ellos en todos los niveles de su organismo, por lo que este proceso es inseparable de su bienestar o su sufrimiento.

Se discutió entonces si era mejor iniciar la enseñanza de la psicología médica al

principio o al final del adiestramiento del médico. Hacerlo demasiado temprano, se dijo, tenía como desventaja la inmadurez de los estudiantes y el que no hubieran aún tomado contacto con los enfermos. Iniciarla tarde tenía como desventaja abordar a estudiantes mentalmente “troquelados” con formas de pensamiento médico que excluyen o atribuyen poco valor a los datos y eventos psicológicos. Se llegó a la conclusión de que la enseñanza de la psicología médica debía hacerse en forma escalonada a lo largo de la carrera, iniciándose con un curso semestral de cinco horas por semana, en el primer año, seguido de otro de la misma duración en el segundo año y uno más en el tercer año, cuando los estudiantes inician su trabajo en los hospitales y centros de salud. La enseñanza de la psiquiatría tradicional se llevaría a cabo en un curso clínico intensivo en el quinto año. Aceptada la idea por las autoridades académicas de nuestra facultad, la tarea era estructurar un programa, reclutar profesores y desarrollarlo. Actualmente la materia se imparte en dos cursos anuales, uno teórico en el primer año y otro clínico en el tercero.

No era asunto de adherirse a una escuela en particular sino de mostrar a nuestros estudiantes los conceptos e hipótesis más útiles para comprender las transacciones entre la mente, el cuerpo y el ambiente y entre el médico y sus enfermos.

El atribuir desde un principio peso al estudio del sustrato biológico de la mente y de la conducta y al de las influencias sociales fue estratégicamente importante. El programa se estructuró dentro de un marco auténticamente biopsicosocial.

En los inicios de la enseñanza de la psicología médica en la Facultad de Medicina de la UNAM muchos de los profesores, psiquiatras clínicos sin mucha experiencia en otros campos de la medicina, producían enseñanzas demasiado teóricas. Por ejemplo, algunos ponían excesivo peso en las hipótesis especulativas y explicaban con gran detalle las controversias. Es dudoso que estas enseñanzas preliminares dejaran a los estudiantes una base de conocimientos y destrezas realmente útiles para su futuro trabajo profesional. Ocurría también que algunos colegas seguían pensando que la psicología médica era en último término “asunto de sentido común como lo había sido siempre”. No fue sino en 1964, con el establecimiento de cursos intensivos de un año de duración para la preparación de jóvenes psiquiatras en la enseñanza de la psicología médica, que ésta adquirió unidad y una clara orientación clínica.

Conjuntar conocimientos y criterios provenientes de fuentes diversas y útiles para el médico en el desempeño de su trabajo cotidiano fue la tarea principal en los primeros años.

El término *medicina humanística*, aceptado para designar el curso inicial, fue desde el principio un tanto problemático. A algunos colegas el término les suscitaba reacciones positivas, pero otros pensaban que era redundante. ¿No acaso la medicina había sido siempre humanista? Confundían el humanitarismo, cualidad muy apreciable en el médico, con el humanismo como marco de orientación filosófica y científica. Sin embargo, algunos de nuestros colegas comprendieron desde el principio que el término se refería a un marco de referencia biopsicosocial, como alternativa a la orientación biomédica mecanicista predominante.

Lentamente se abrió paso la idea de que la práctica de una medicina humanista requiere poner al hombre en el centro de la medicina, en la enseñanza, en el trabajo institucional y privado del médico y en la investigación; que el humanismo en la medicina no era el cultivo de las humanidades por los médicos. Tampoco era una materia, como por ejemplo la bioquímica, sino un marco de orientación general para la medicina que pone el acento en los aspectos específicamente humanos.

Para nosotros fue claro que si se pone mayor peso en lo que es propio del hombre: su mente y su sociedad, su capacidad de aprender, su razón, simbolización, imaginación, autodeterminación, plasticidad y perfectibilidad, sus pasiones y sus aspiraciones, lo que cambia no es sólo el rostro de la medicina que se practica, sino su espíritu.

La psicología médica se asentó en algunos conceptos básicos. Kurt Goldstein, entre otros, había demostrado en la clínica que la enfermedad pone de relieve el carácter del organismo como “totalidad”, y el biólogo Ludwig von Bertalanffy había propuesto una “teoría general de sistemas” que conducía a una concepción humanista a partir de la biología.

En la última década, conforme ha crecido la convicción de que el país necesita más médicos generales capaces de resolver los problemas habituales de los enfermos y promover la preservación de la salud, la importancia de la psicología médica en la formación del médico ha tenido cada vez mayor reconocimiento.

En los años transcurridos la enseñanza de la psicología médica se ha depurado, el campo está mejor definido y hay mayor claridad en los conceptos. Las ventajas didácticas de separar por un lado el estudio de los problemas psicológicos engranados en la práctica de la medicina y por otro el estudio de las enfermedades mentales que caen de lleno en el campo de la psiquiatría como especialidad son claras.

Lo que se pretende es que el estudiante aprenda a identificar las situaciones de la vida, tensiones, crisis, conflictos, pérdidas y frustraciones, que intervienen en la iniciación, evolución y desenlace de los estados patológicos; que advierta el efecto de sus propias reacciones y actitudes hacia los enfermos y que aprenda a usar la influencia personal en beneficio de ellos.

El antecedente directo de esta obra es el libro *Psicología médica*, del que soy autor, editado por el Fondo de Cultura Económica en 1959, pero difiere ampliamente de la obra original en su contenido temático, que refleja los avances en el campo, particularmente en el área biológica, y la experiencia acumulada en unas décadas de relación estrecha con mis pacientes y mis colaboradores, quienes han contribuido a hacer de la psicología médica un instrumento humanizador del trabajo del médico en nuestro país, donde la enseñanza de la materia se ha generalizado. He procurado poner límites a la extensión y he reducido la bibliografía a la que a mi juicio es la esencial en cada uno de los temas. Para quienes desean ampliar sus conocimientos ofrezco los títulos de lecturas complementarias. Quiero expresar mi reconocimiento a mi secretaria en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Marcela Ramos, por su valiosa participación en la preparación del manuscrito.

I. FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA Y DEFINICIÓN DEL CAMPO

Causas y consecuencias de la ignorancia de la psicología por el médico.—Los modelos conceptuales en medicina: el modelo biomédico y el biopsicosocial.—El campo de la psicología médica.—Las bases psicológicas del trabajo del médico, los conceptos de evolución, adaptación, psicogénesis y estrés.—La importancia de la relación médico-paciente.

ACTUALMENTE la medicina puede enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento cada vez más minucioso de la estructura y el funcionamiento de las partes que integran el organismo humano, de sus métodos para identificar las disfunciones de los órganos y determinar su patología y de sus recursos para prevenir y combatir las enfermedades. Sin embargo, con escasas excepciones, tanto el médico general como el que se dedica a la práctica de alguna de las especialidades tendrían que admitir que hay una marcada desproporción entre sus conocimientos acerca de la fisiología y la bioquímica del organismo y lo que conocen de ese organismo como persona que vive en relación recíproca con otros individuos y es parte activa del proceso social y cultural.

A pesar de que el concepto expresado hace ya 130 años por Claude Bernard,¹ “no hay enfermedades sino enfermos”, es frecuentemente repetido y nadie se atrevería a refutarlo, la implicación profunda de este principio, su referencia a la indivisibilidad e individualidad de la persona, no ha sido aún suficientemente asimilada por muchos médicos y, por lo tanto, no la aplican en su trato diario con los enfermos. Esto a pesar de que su práctica profesional hace sentir a cualquier médico reflexivo que existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, quiere o teme y sus estados de salud o enfermedad, y que la angustia, la frustración, el abatimiento del humor, la hostilidad y la culpabilidad, etc., son afectos capaces de alterar funciones mentales y corporales.

Una de las causas inmediatas de la relativa incapacidad de muchos médicos para entender problemas psicológicos es la orientación de la educación médica que recibieron durante sus años formativos. No hace mucho tiempo que en las escuelas de medicina la enseñanza en el área de la psicología y la salud mental se reducía a una serie de conferencias descriptivas de enfermos burdamente afectados en su conducta. Pero en los últimos años la situación tiende a cambiar y hoy en día muchas escuelas de medicina han integrado la psicología médica al adiestramiento profesional con distintas estrategias.

Otra causa reconocida del descuido de la psicología por el médico es que la medicina se ha visto inevitablemente impulsada hacia la *especialización*. Aunque la creciente acumulación de conocimientos y la complejidad de las técnicas justifican plenamente que el médico, particularmente en las grandes urbes, se limite al manejo de áreas restringidas de la patología y de la terapéutica, y a pesar del progreso científico que esto ha significado, es necesario reconocer que la especialización conduce a convertir el aparato o el órgano aislados en el foco único de atención del médico, en tanto que el organismo como totalidad, la persona, se esfuma en el gabinete de investigaciones clínicas o se

pierde en el camino de las consultas entre varios especialistas.

A aquellos médicos que aún ven con escepticismo el papel que se atribuye a la psicología como parte integral de la medicina se les puede hacer notar que algunos tratamientos medicamentosos, dietéticos e intervenciones quirúrgicas que se practican a *personas emocionalmente enfermas*, no identificadas como tales, no son, a pesar de su apariencia, más aceptables racionalmente que las “limpias” y las sangrías, y que además son tanto más peligrosos cuanto que con frecuencia producen alivios temporales que contribuyen a convencer al médico, y transitoriamente a los enfermos, de su eficacia.

Para comprender las causas del rezago en la integración de los conocimientos psicológicos en la medicina actual es necesario tener en cuenta algunas condiciones inherentes a la naturaleza misma de la psicología y a la influencia de algunas circunstancias históricas y culturales.

Aunque comprender la naturaleza de su espíritu ha sido para el hombre desde épocas remotas un incentivo poderoso, el carácter subjetivo de los fenómenos mentales y el hecho de que el instrumento que el hombre usa en sus excursiones científicas, la mente, sea en este caso al mismo tiempo el objeto de estudio han representado en el avance de la psicología escollos difíciles de superar. Es decir, los procesos mentales, normales y patológicos, no se pueden abordar con la misma disposición impersonal con que se estudian las plantas, los gases o los insectos. Nada tiene de extraño que el hombre tuviese que acumular primero un conocimiento considerable de otros fenómenos naturales antes de abordar con mente científica el conocimiento de su propia mente. Es un hecho verificable que siempre ha sido más fácil para el hombre prescindir de ilusiones acerca del resto de la naturaleza que aceptar descubrimientos que conmueven las ilusiones que tiene acerca de sí mismo. Prueba de ello es que tanto Copérnico, quien en el siglo XVI demostró que el planeta que habitamos no es el centro del universo, como Darwin, quien en el siglo XIX nos señaló nuestro lugar en la evolución de las especies animales, y Freud, quien demostró que los motivos de nuestras acciones suelen ser distintos de los que les atribuimos, tuvieron que enfrentar la ira y el desdén de sus contemporáneos antes de que la trascendencia de sus descubrimientos fuera universalmente reconocida.

Otras causas de las dificultades para la integración de los conocimientos médicos y psicológicos son comprensibles en términos de la evolución del pensamiento occidental, y a ellos habremos de referirnos en el capítulo dedicado a la historia de los conceptos médico-psicológicos.

HUMANISMO Y MEDICINA

En el pasado, ciencia y humanidades fueron dos modos de aproximarse a la realidad. Actualmente se distingue entre *humanidades*, como filosofía, literatura, poesía, etc., que no tienen una relación directa con la medicina, y *ciencias humanas*, como antropología, psicología, axiología, sociología e historia, que sí tienen con ella una relación directa.

Las ciencias humanas estudian aspectos de la realidad distintos de aquellos de los que

se ocupan las ciencias de la vida. Por ejemplo, estas últimas se ocupan de la base molecular del organismo, pero no se ocupan de la dimensión ética del hombre. Ambos grupos de ciencias son necesarios en el trabajo del clínico y en la investigación de algunos territorios de la medicina aún insuficientemente explorados.

Los logros de la medicina técnica son notables, pero la técnica por sí misma ha mostrado tener limitaciones. Por ejemplo, una perspectiva exclusivamente técnica conduce a una impercepción de la subjetividad, es decir, de la experiencia de los enfermos. Cuando esto ocurre la visión del médico se estrecha, su juicio se empobrece y sufre su trato con los enfermos.

Una corriente de opinión en la medicina ha advertido desde hace varias décadas el peligro de que bajo el signo del progreso la medicina se convierta en una tecnología fría y burocrática. Esta posibilidad es real y no puede ser soslayada por los médicos. Es claro también que la despersonalización de los actos médicos no es una consecuencia ineludible de la técnica, sino de la forma como se aplica. En realidad, el problema es complejo, porque la tecnificación ciertamente permite contender con los problemas más graves de la asistencia a los enfermos, si bien la magnitud de su poder puede impedir que muchos vean sus limitaciones. Además, desarrollo tecnológico y desarrollo humano no son procesos simultáneos. Por ello se ha dicho, no sin razón, que la técnica que no se pone al servicio del hombre se convierte en su amo.

La *posición humanista* en la medicina postula que, al lado de la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas, el estudiante de medicina necesita adquirir conceptos y educar su sensibilidad para aprender a percibir la humanidad de los enfermos; su lado subjetivo y su lado social. Los predicamentos humanos, la biografía, la personalidad, la interacción con otros, el estilo de vida y las circunstancias familiares, culturales y sociales ocupan un lugar central en las acciones médicas, y aspectos como la relación médico-paciente, las influencias psicoterapéuticas y la necesidad de que el médico adopte una posición crítica y reflexiva ante el uso de los recursos técnicos emergen como puntos centrales en el trabajo del clínico.

LA DIMENSIÓN SOCIAL EN LA MEDICINA

En todos los problemas médicos se encuentra, además de un componente psicológico, un componente social que debe ser ponderado. De hecho, ocurre que el abordaje social es el más apropiado para alcanzar las raíces y las consecuencias de algunos problemas médicos. Prestar atención a un paciente y cuidar la salud de la colectividad son dos de las tareas que la sociedad encomienda a los médicos.

En lo que va del siglo la medicina, las instituciones médicas y el cuidado de la salud han experimentado notables transformaciones. Los cambios son muy notorios si se les observa desde el punto de mira de las funciones que cumplen los hospitales. En su origen, su función fue proteger a la sociedad. Con el tiempo se convirtieron en instituciones al servicio de los enfermos; antes, instituciones fincadas en la noción de

caridad, después han cumplido una función de solidaridad social. Los cambios han alcanzado al trabajo del médico y muchos han dejado de ser *profesionistas libres* para convertirse en *servidores públicos*. En un sentido amplio, la sociedad planifica la salud; el Estado emplea al médico y le dice qué espera de él.

Un cambio de grandes consecuencias es el reconocimiento de que en gran medida la salud de los individuos depende de factores enraizados en la estructura socioeconómica: nutrición, educación, salubridad y otros que se derivan de las condiciones de vida en las grandes urbes, como son la contaminación ambiental, el ruido, la transportación ineficiente, el hacinamiento, cuando no la insalubridad y la pobreza extremas. Hoy en día la medicina, como tarea de salud pública, se inclina a acciones preventivas y sale al encuentro de los problemas abordándolos en el seno de las comunidades. Virchow se adelantó a su tiempo y, a finales del siglo XIX, inspirado en los estudios de Engels, hizo explícita su convicción de la importancia que para la salud tiene el mejoramiento de las condiciones de vida. Los expertos de la Organización Mundial de la Salud han formulado el concepto de salud en términos del “desarrollo óptimo de las capacidades humanas y el bienestar integral de las personas”.

El nacimiento y el desarrollo de la medicina institucional y de la seguridad social, en sus distintas modalidades y versiones, son el avance más importante de la medicina en lo que va del siglo, porque han hecho posible la extensión de los servicios de salud al mayor número de personas. Las ventajas y los beneficios de la colectivización de la asistencia médica han coincidido con los beneficios que resultan del gran avance de la tecnología. Sin embargo, en éste y en otros campos el progreso tiene un lado negativo. Algunas de sus consecuencias no han sido del todo favorables a la práctica de la medicina y a sus instituciones. Uno de los objetivos de la psicología médica es ayudar al médico a contender racionalmente con estos predicamentos y encontrar su lugar en la sociedad cambiante.

MODELOS CONCEPTUALES EN MEDICINA

Un *modelo científico* es un marco de referencia que determina nuestras percepciones y también nuestras exclusiones. Quien lo usa sólo ve lo que el modelo le permite.

En otras palabras, la forma como los médicos se aproximan a sus pacientes está muy influida por el modelo conceptual en torno del cual han organizado sus conocimientos y sus experiencias. Este modelo no es necesariamente explícito, y de hecho es frecuente que el médico desconozca el poder que ejerce sobre su pensamiento y sus acciones. El modelo está en la trama de su aprendizaje de la medicina y forma el trasfondo sobre el cual el estudiante aprende a ser médico. Sus maestros, los textos y las instituciones y organizaciones administrativas de las que forma parte expresan el modelo conceptual prevalente en su época y en su cultura.

Modelo biomédico

El modelo que ha estado vigente en nuestras escuelas de medicina es el predominante en la medicina occidental: la aplicación del enfoque analítico de factores, que ha caracterizado a la ciencia por varios siglos. Merced a él la biomedicina ha llegado a ser un cuerpo de conocimientos, prácticas científicas y técnicas deslumbrantes, y sus logros inducen a muchos a anticipar que a la larga todos los problemas de salud serán resueltos por el refinamiento y la diversificación de la investigación biomédica. Sin embargo, en el grado en que el punto de vista biomédico no toma en cuenta “la humanidad” de los pacientes, tiene limitaciones. Su valor demostrado en la investigación científica de los problemas no lo convierte necesariamente en el modelo adecuado para la práctica de la medicina clínica, porque no incluye al paciente como persona.

Conviene recordar que en su esencia el quehacer del clínico difiere del quehacer del científico. En tanto que este último tiene como objetivo aumentar el conocimiento, el clínico tiene como tarea principal cuidar la salud de las personas, prevenir sus enfermedades y curarlas cuando enferman. El científico aborda componentes de la totalidad organizada, en tanto que el clínico ha de abordar a la persona enferma como una totalidad.

Quienes proponen en forma estrecha el modelo biomédico y no asignan en la medicina clínica un lugar al lado humano de los problemas piensan que éste nunca podrá integrarse a una práctica verdaderamente científica. Sin embargo, es claro que el médico no puede aproximarse satisfactoriamente a los problemas de sus enfermos con el mismo modelo con que se aproxima a los problemas médicos en el laboratorio.

La teoría general de sistemas

La teoría general de sistemas propuesta por el biólogo Ludwig von Bertalanffy² es un modelo intermedio entre las abstracciones de la matemática y las teorías específicas de las disciplinas especializadas.

La formulación central en esta teoría es precisamente que el *organismo como totalidad es un sistema cuyas partes están en interacción dinámica*, de modo que la alteración de una de ellas altera al resto.

El punto de partida es la distinción entre *sistemas cerrados* y *sistemas abiertos*. Un sistema cerrado es cualquier sistema mecánico. Los sistemas biológicos son sistemas abiertos.

Algunas actividades de los organismos, como son las funciones del sistema músculo-esquelético o los actos reflejos, pueden explicarse siguiendo el *modelo de los sistemas cerrados, mecánicos*. Funciones más complejas, como son la regulación de la temperatura o la respiración, requieren también modelos mecánicos pero más complicados, como son los *modelos cibernéticos*. Los modelos cibernéticos permiten explicar algunos aspectos del funcionamiento cerebral y de la conducta. Sin embargo, otras actividades propias del hombre, como son la creatividad y las acciones dirigidas hacia la consecución de metas, no pueden ser comprendidas con base en estos modelos.

Se puede decir, metafóricamente, que la computadora está contenida en el hombre pero no es suficiente para explicar al hombre y que éste es mucho más que una computadora o un juego de computadoras. Hay funciones del cerebro, como, por ejemplo, acumular información y procesarla, que las máquinas pueden reproducir, pero hay otras, como crear su propia actividad, tener acción continua, desarrollar capacidades mediante la práctica, etc., que las máquinas no pueden imitar. Tampoco pueden las máquinas reproducir los aspectos irracionales del hombre: sus pasiones, sus sentimientos y sus emociones.

El *modelo de los sistemas abiertos*, que concibe a los seres vivos como sistemas en continua interacción con otros sistemas, es ciertamente más apropiado que los modelos cerrados para explicar las conductas complejas de los organismos. La concepción de sistemas abiertos es un marco teórico utilizable por diversas ciencias, especialmente la medicina y la psicología. Si tomamos la posición de que el individuo, la familia y la comunidad son sistemas que tienen entre sí interacciones recíprocas complejas y que ninguno de ellos tiene mayor realidad ni prioridad que el otro, sustituimos el concepto lineal de causalidad por un concepto circular.

En los organismos, la *totalidad* es una entidad diferente de las partes y sus propiedades no son la suma de esas partes. De hecho, el principio que rige a los organismos es la jerarquización y la ordenación de las partes en relación con la totalidad. En los organismos animales complejos, esta integración es operada esencialmente por el sistema nervioso, el sistema endocrino —incluyendo el “sistema endocrino difuso”—, y el sistema cardiovascular. Todas las partes del organismo están en interacción recíproca, y los procesos que se integran en los niveles jerárquicos más elevados, los niveles mentales, ejercen una influencia sobre otros que se integran a niveles más bajos, los niveles somáticos, que a su vez influyen en los primeros. En la enfermedad puede verse, aun más claramente que en la salud, que la totalidad rige el funcionamiento de las partes. Kurt Goldstein³ puso de manifiesto la operación de este principio en enfermos con lesiones cerebrales, cuyos síntomas expresan siempre tanto el daño local como el intento de la totalidad de compensar las consecuencias de la lesión.

La *individualidad* es otro principio que rige a los organismos superiores y que se muestra en una variedad de formas: la vulnerabilidad al estrés, la proclividad a ciertas enfermedades, las reacciones a los medicamentos, el rechazo de tejidos y órganos trasplantados, etc. La individualidad es un hecho biológico: genético, hematológico, fisiológico, inmunológico, etc., y también psicológico. En el nivel psicológico la individualidad se expresa en la forma de sentir, pensar y actuar que hace a un sujeto único y distinto de los demás y determina su experiencia personal. Tomar en cuenta la individualidad psicológica de los pacientes es tan esencial en la clínica como tomar en cuenta su totalidad como personas.

La teoría general de sistemas aplicada a la psicología y a la medicina permite articular diversas teorías (por ejemplo, en el nivel intrapsíquico, la teoría psicodinámica, y en el nivel familiar, la teoría de las interacciones sociales). El cuerpo, la personalidad, el grupo, la sociedad y la cultura pueden ser conceptualizados como sistemas abiertos en

interacciones recíprocas y continuas. En la práctica médica la teoría general de sistemas tiene su expresión en el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial

Este modelo permite extender los alcances de la medicina para abordar con un criterio científico áreas como la personalidad del enfermo, la relación médico-paciente, la psicogénesis, etc., que habían sido relegadas al “lado intuitivo y artístico de la medicina”.⁴

El punto de vista de que la mente, el soma y las manifestaciones de ambos deben ser entendidos en términos de una totalidad humana, que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que le rodea, es reconocido como un postulado básico en la psicología y en las ciencias del hombre en general.

En forma limitada al campo de la percepción, el concepto de totalidad fue inicialmente enfatizado en el mundo moderno por los exponentes de la psicología de la estructura, quienes demostraron experimentalmente que ni aun el objeto más simple se percibe como un elemento aislado sino como una totalidad organizada, que es algo más y también algo diferente de los elementos que la integran.

Por razón de nuestras deficiencias semánticas, no es fácil usar con todas sus implicaciones en la psicología médica el concepto del organismo como totalidad. Existe en nuestro lenguaje, profundamente arraigada, la tendencia a considerar a la mente y al soma como entidades separadas. El término “medicina psicosomática”, que pretende restablecer la unión, es un ejemplo de ello.

Sin embargo, tanto en la psicología como en la biología modernas hay una corriente que tiende hacia conceptos unitarios que pugnan por anular la dicotomía artificial entre organismo y psicologismo.

Un beneficio que la medicina ha derivado de su vinculación con la psicología es, como Franz Alexander⁵ lo señaló hace ya algunas décadas, la posibilidad de situar el estudio de los procesos del organismo en una línea continua que se inicia en la civilización y la cultura y termina en el síntoma y la enfermedad teniendo como centro las emociones humanas. El médico que tiene una clara advertencia de que la sociedad y la cultura tienen una relación directa con el bienestar o el malestar de los organismos humanos tiene una imagen más completa de la salud y de la enfermedad y puede participar más efectivamente en el cuidado de la salud.

A nuestro juicio, la psicología médica es el instrumento más apropiado para la aplicación de principios humanistas en la medicina. Ciertamente no resuelve los problemas, pero permite plantearlos en una perspectiva más justa. Es improbable que la medicina se humanice con sólo ponerle algunos parches de humanismo; lo que se requiere es una ampliación de sus bases en función de un modelo de hombre más real y también más complejo y contradictorio. Los conceptos y criterios humanísticos que la psicología médica introduce en el adiestramiento del estudiante se derivan de la práctica y en ella demuestran su valor y su utilidad.

EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA

La psicología médica es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los *aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo del médico*. Al hacerlo, tiende un puente entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociomédicas. En lo que se refiere a las primeras, relaciona la personalidad, sus trastornos y desviaciones con su sustrato orgánico: neural y endocrino, y por lo que respecta a las segundas, estudia la interacción de eventos psicológicos con eventos familiares y sociales. Para fines didácticos, el campo de la psicología médica se circunscribe a los aspectos psicológicos que el médico encuentra en su trabajo cotidiano y se le separa del campo de la psiquiatría como especialidad, cuyo objeto central de estudio son las enfermedades y los trastornos mentales. La psicología médica tiene estrechas relaciones con la medicina general y con las especialidades médicas, porque se ocupa de problemas que les son comunes a todas ellas.

Esencialmente se trata de una disciplina clínica que se aproxima al hombre, sano y enfermo, como una totalidad. Se nutre de sus propias observaciones y recibe aportaciones tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias humanas (sociología, antropología, axiología, etc.). Incluye observaciones y conceptos que se derivan de diversas corrientes psicológicas: la *corriente conductual* aborda los problemas a nivel del comportamiento explícito; la *corriente fenomenológica* tiene como foco de interés las experiencias mentales, los estados y contenidos de la conciencia, y la *corriente psicodinámica* aborda los problemas humanos en términos de motivos y conflictos inconscientes y relaciones significativas. La sociología, la antropología y la psicología social aportan a la psicología médica datos relativos al funcionamiento de los grupos humanos: la familia, las sociedades, las culturas, y sus interacciones con el individuo.

Ya hemos propuesto que un marco conceptual general adecuado a la psicología médica es la teoría general de sistemas, propuesta por Von Bertalanffy, la cual permite transitar conceptualmente en una y otra dirección, de lo que es biológico a lo que es psicológico y social, y también englobar teorías parciales específicas. El organismo, la personalidad, el grupo, la sociedad y la cultura son vistos como sistemas abiertos en interacción recíproca continua.

En su aplicación al hombre, la concepción de sistemas se remonta a partir de la biología a lo que son características propias del hombre: mente autoconsciente, capacidad de simbolización, razón, imaginación, margen de autodeterminación y naturaleza social. La medicina, informada por la psicología, sitúa en el centro de su interés, en la enseñanza, en la práctica, en la investigación y en la salud pública, al hombre como persona, restaurando la unidad de aquello que en su avance fragmentan la ciencia y la técnica. Los conceptos, los conocimientos y los métodos que aporta la psicología médica a la medicina la enriquecen y la amplían en sus aspectos etiopatogénicos y terapéuticos.

La importancia de la psicología para el médico

Con frecuencia, el médico general es el primero y no pocas veces el único que toma contacto con enfermos cuyos problemas tienen implicaciones psicológicas importantes. Por ello, es necesario que esté capacitado para manejar conceptualmente los aspectos psicológicos con la misma destreza con que maneja los aspectos morfológicos y funcionales.

El contacto diario con los enfermos, vivido en su dimensión psicológica, hace más profundas y comprensivas las acciones médicas. Esta dimensión contribuye también a fortalecer el sentido de dignidad del médico, porque le devuelve aquello que tradicionalmente tuvo: el acceso a la intimidad de los enfermos.

Es claro que la capacidad y experiencia psicológicas que el médico general necesita no son las mismas del especialista en enfermedades mentales ni las del psicólogo experimental, sino las que tienen relevancia inmediata para comprender y manejar en la clínica los problemas inherentes a la salud, la enfermedad y las acciones médicas. Es de pensarse que en todos los tiempos los buenos clínicos han tenido advertencia de que es importante tomar en cuenta los estados psicológicos de sus pacientes. En efecto, los médicos experimentados intentan dar sentido a la experiencia subjetiva de sus enfermos y tomar en cuenta las circunstancias de su vida. Cuando el médico no contaba aún con recursos fundados en la psicología, usaba su sentido común, que rara vez iba más allá del empeño en ganarse la confianza de los enfermos, consolarlos y aconsejarles descanso, tal vez un cambio de ambiente, y evitar preocupaciones y disgustos. Además, sus intervenciones eran frecuentemente matizadas por sus prejuicios. Hoy en día la psicología aplicada provee a la práctica médica bases psicológicas que pueden estimarse como un complemento necesario de sus bases fisiológicas.

Se estima que los enfermos en quienes los aspectos psicológicos, por sí mismos o en combinación con otros factores somáticos, son importantes suman de 30 a 40% de quienes acuden a la consulta externa y de 20 a 30% de los enfermos internados en hospitales generales. El médico debe estar preparado para contender con estos problemas; es decir, identificarlos, estudiarlos, evaluar su importancia y manejarlos, y referir aquellos casos que rebasen sus habilidades y experiencia a quienes tengan la capacidad de brindarles la ayuda que necesitan si tal cosa es posible.

Lo que un médico general puede hacer en favor de ese conglomerado de enfermos que requieren ayuda psicológica depende de su adiestramiento, su experiencia y su interés. Hasta ahora, sus errores son más bien errores de omisión. Muchos médicos no tienen advertencia clara del papel que las experiencias subjetivas desempeñan en los estados de salud y enfermedad; no abordan los aspectos personales, familiares y sociales involucrados, y subestiman su propia personalidad como instrumento de influencia terapéutica. Como consecuencia, no proporcionan a sus enfermos el trato y el tratamiento que necesitan.

La subestimación de los aspectos psicológicos tiene consecuencias adversas en la práctica de la medicina. Una de esas consecuencias es que el médico no identifique

trastornos tan frecuentes y significativos como la depresión y la angustia, que son causa de grandes sufrimientos. Otra consecuencia es el abuso de los exámenes de laboratorio y gabinete y el exceso de consultas con otros médicos en busca de alguna forma *sui generis* de “patología orgánica” que explique las quejas del enfermo o el énfasis exagerado en cambios orgánicos irrelevantes o concomitantes, a los cuales atribuye un papel causal que no les corresponde. A los errores en el diagnóstico se siguen otros en el manejo de los enfermos.

El hecho de que el médico general sepa identificar y manejar problemas psicológicos tiene ventajas. Una de ellas es que pueda apreciar y tomar realmente en cuenta el papel que los eventos adversos de la vida desempeñan en la iniciación, curso y desenlace de muchos trastornos; otra, que tenga la habilidad para asegurar la participación activa y perseverante de los enfermos en su curación.

Es importante tomar en cuenta que no hay ni habrá suficientes especialistas para atender a todos los enfermos con problemas psicopatológicos. En nuestro país y también en otros países la alternativa para muchos de ellos es, o bien recibir ayuda del médico no especialista, o no recibirla del todo. Que el médico dé a la medicina que practica una dimensión psicológica y social es la única respuesta satisfactoria a las tendencias deshumanizantes que hoy en día se dejan sentir en el ejercicio de la medicina tanto institucional como privada.

Frente a una medicina centrada en la enfermedad y abrumada por la técnica se propone una medicina centrada en la persona. Es claro que esta última requiere que el médico dedique el tiempo necesario a cada uno de sus enfermos. Desafortunadamente muchos médicos usan el tiempo de que disponen, siempre insuficiente, para buscar soluciones apresuradas y se cierran a sí mismos en el camino para abordar los aspectos humanos. El resultado es que su trabajo institucional se ve reducido a un ejercicio nosológico elemental que es tan insatisfactorio para los enfermos como para los propios médicos.

Bases psicológicas del trabajo del médico

La mente, el conjunto de funciones mentales y sus contenidos, y el cuerpo constituyen una unidad funcional. Sin embargo, en la etapa actual del conocimiento del hombre, la ciencia de la mente y la ciencia del cuerpo utilizan aún lenguajes diferentes: conceptos, niveles de abstracción y modos de aproximación diferentes. En principio la subjetividad requiere ser abordada mediante la comunicación y la *introspección*, y el estudio de su sustrato neural se hace mediante la observación y la experimentación. Aun cuando la mente no sea vista como una sustancia aparte, sino como el conjunto de procesos que ocurren en los más altos niveles de integración del organismo, la conceptualización se dificulta porque la dicotomía cartesiana está arraigada en nuestro lenguaje.

Es pertinente distinguir, aunque parezca innecesario, entre el concepto teológico de “cuerpo finito y alma inmortal”, que es asunto de fe, y el concepto de cuerpo y mente,

que es asunto de ciencia. Los contextos en que se dan son diferentes. No es aún posible usar un lenguaje que supere del todo la dicotomía mente-cuerpo, ni un marco conceptual compartido, ni conceptos “puente” que siendo isomórficos pudieran ser usados en ambos campos. Ocurre que el punto de vista dualista se deriva del sentido común, en tanto que el concepto monista es resultado de la reflexión científica. También es pertinente distinguir entre la mente entendida como el conjunto de las funciones mentales, y la mente entendida como los contenidos de la conciencia, y aún más, los contenidos que operan sin la clara advertencia consciente del sujeto.

En la declaración final de la XXVII Asamblea Mundial de la Salud de 1974 se recomendó a los países apoyar la investigación del papel de los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, dado que “pueden precipitar o contrarrestar enfermedades físicas y mentales y son de importancia crucial en la prevención y en el manejo de todas las enfermedades”. En esta resolución se expresó una corriente de pensamiento cada vez más generalizada en la medicina.

En la psicología médica las funciones mentales, los contenidos de la mente y la conducta son estudiados tanto en su propio derecho como en la relación con su sustrato biológico y sus raíces y efectos socioculturales. Aunque hemos enfatizado la individualidad, también es cierto que cada individuo enfermo no es totalmente distinto de los demás. Ocurre que tiene características que coinciden con las de otros enfermos. La psicopatología se ocupa de describir síntomas o especies morbosas cuya expresión es principalmente psicológica y también las reacciones y las actitudes que desempeñan un papel en el proceso salud-enfermedad. La regularidad de las manifestaciones facilita al médico la identificación de las distintas condiciones patológicas y también las situaciones, conflictos, actitudes y reacciones comunes que, modeladas por la individualidad, se ven reproducidas en los casos concretos.

La psicología médica ayuda al médico a comprender a cada persona enferma como miembro de una clase o entidad nosológica y como sujeto único y a abordarlo en forma íntima y directa. Como dice Viktor von Weiszäcker, “no hay contradicción entre estudiar y tratar a los enfermos mediante técnicas objetivas y comprender su subjetividad”. Hoy es posible investigar algunos procesos biológicos estrechamente relacionados con procesos psicológicos, que previamente habían sido inaccesibles, y también se han abierto nuevas perspectivas en el campo social y transcultural que permiten evaluar el papel de la sociedad y de las distintas culturas en el modelado de la personalidad y de sus perturbaciones.

En la psicología médica son objeto de interés las emociones, el humor, los procesos cognitivos, etc., y sus sustratos y concomitantes cerebrales en el grado en que son conocidos. El acento cae en las respuestas psicobiológicas, las interacciones humanas, los estilos de vida y los sistemas de valores.

Nos referiremos a continuación a algunos conceptos que engloban las principales aportaciones de la psicología al campo de la medicina, y de las ciencias biológicas al campo de la psicología. Estos conceptos apuntan hacia las áreas que vinculan ambas disciplinas.

Evolución y adaptación

Entre las ciencias que convergen en la medicina, ciencias de la vida y ciencias humanas son complementarias. Entre unas y otras hay dos conceptos que sirven de “puente”: el *concepto evolutivo*, que por los caminos de la biología conduce a la comprensión de lo que es específicamente humano, y el *concepto ecológico*, que sitúa al hombre en interacción recíproca con el ambiente en el cual evoluciona como especie.

La *conciencia de sí mismo* es el logro supremo de la evolución biológica. El desarrollo de la autoconciencia es, tanto filogenética como ontogenéticamente, un estado que se alcanza a partir de un potencial básico.

Una observación fundamental en el campo de la evolución de la conducta y de la mente es que, conforme se avanza en el proceso, los instintos pierden relativamente poder y hacen su aparición capacidades nuevas, suprainstintivas: la razón, que permite al hombre inquirir el porqué de las cosas; la simbolización, que le permite manejar el mundo mediante símbolos, y la creatividad, que le permite encontrar soluciones nuevas. Como consecuencia el hombre, que “es parte de la naturaleza, se experimenta como algo aparte de la naturaleza” y, a diferencia de otros seres, “tiene que valerse de sus capacidades para dar a su vida un significado”.

La función biológica fundamental del organismo es la *adaptación al ambiente*. La adaptación de los organismos a los cambios ocurre en dos niveles: el evolutivo y el ontogenético; es decir, hay adaptación en el curso de la filogenia y adaptación en el curso de la vida. La adaptación incluye tres tipos de cambios: cambios estructurales, regulaciones funcionales y cambios conductuales.

Refiriéndose a la adaptación, dice René Dubos:⁶ “El organismo es sabio, pero la sabiduría del organismo es una sabiduría a corto plazo”. Por ejemplo: los humanos llegamos a adaptarnos a las condiciones de un ambiente insalubre y a la desnutrición, pero en el proceso de esta adaptación a condiciones adversas el organismo preserva la totalidad a expensas del sacrificio de algunas de sus partes. “El hombre —asevera Dubos— no ha aprendido aún a apreciar los efectos de su adaptabilidad, ni a cuestionar y prever los resultados de sus soluciones adaptativas a corto plazo.”

El concepto corriente de enfermedad contiene, aun en círculos médicos ilustrados, elementos residuales del pensamiento primitivo y mágico. La enfermedad sigue siendo vista como “algo que sobrecoge”, que ataca a ciertos individuos desde fuera. Todavía solemos decir que una persona “contrae” una infección, cuando sería más apropiado decir que en realidad lo que ocurre, como dice Jules Masserman,⁷ es que “reacciona adaptativamente con todos los medios fisiológicos a su alcance: fiebre, leucocitosis, antitoxinas, cambios inmunológicos, etc., ante una compleja combinación de circunstancias internas o externas que le hicieron temporalmente susceptible a una infección bacteriana”. Una buena parte de los síntomas, tanto en las enfermedades mentales como en las orgánicas, se entienden mejor como procesos adaptativos del organismo, como transacciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras. Este concepto de enfermedad ha sido ampliamente usado en el campo de la psicopatología,

donde los síntomas son entendidos ya sea como expresiones de un desequilibrio o bien como intentos de restaurar un equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas.

Psicogénesis de los síntomas corporales

Un hecho apoyado en múltiples observaciones es que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, contribuyendo a generar disfunciones de los órganos y sistemas e influyendo en la iniciación y evolución de diversos procesos patológicos.

Si los estados psicológicos de los enfermos son tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad y detenimiento con que se estudia el funcionamiento del hígado, de los intestinos o del corazón, se puede constatar que dadas ciertas condiciones estos estados son capaces de alterar las funciones de los órganos.

En ciertas circunstancias, un síntoma corporal puede ser expresión de un conflicto mental o bien la respuesta del organismo a estímulos emocionales persistentes o recurrentes. En ocasiones, el síntoma corporal, su presencia o su persistencia, llena la función de satisfacer necesidades de afecto, seguridad, atención o prestigio del sujeto que lo sufre.

Las *emociones* y los *deseos* son el motor de la conducta. Este concepto ha sustituido gradualmente al de la psicología tradicional, que atribuía el papel más importante a la voluntad y a los procesos intelectuales. Lo que habitualmente mueve a la gente a actuar en determinada dirección no es tanto su pensamiento lógico y abstracto como la fuerza irracional de sus deseos, sus pasiones y sus temores. Siguiendo esta línea de pensamiento se llega a la conclusión de que la angustia, que expresa la reactividad del organismo total ante la incierta posibilidad de injurias o amenazas vitales, debe ser singularizada. Algunas teorías importantes de la personalidad consideran a la angustia como “el núcleo dinámico de las neurosis” y un generador prominente de patología. El estudio de este fenómeno debe ocupar un lugar importante en el campo de la medicina.

Enfermedades biológicas y enfermedades biográficas

La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena con el resto de la biografía personal. Cuando estamos enfermos el padecimiento que nos agobia pudo no habernos ocurrido, de no ser porque en un momento de nuestra existencia factores físicos, químicos u orgánicos y/o acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos han coincidido en un organismo cuya dotación genética e historia personal determinan su vulnerabilidad.

A. Jores⁸ distinguió entre *enfermedades biológicas* (infecciones, parasitosis, traumas, etc.), que son comunes a los hombres y a los animales, y *enfermedades biográficas* o

específicamente humanas. Estas últimas están estrechamente relacionadas con “el estilo de vida”. Un ejemplo de enfermedad biográfica es la oclusión coronaria. Este padecimiento es sólo comprensible como una sucesión de interacciones y de respuestas en las que el estilo de vida y la personalidad forman parte de la cadena etiopatogénica.

La relación médico-enfermo como eje del trabajo del médico

Un capítulo central en la psicología médica es el estudio de la interacción médico-paciente porque es el eje en torno del cual gira el trabajo del médico.

Cada intervención médica se inicia con el interrogatorio, cuya finalidad es buscar información sobre los síntomas y las circunstancias de la iniciación y evolución del padecimiento por el cual se consulta al médico, y también sobre los antecedentes personales y familiares que pudieran ser relevantes. Después del interrogatorio viene la exploración. El desarrollo del acto médico continúa con el pronunciamiento por el médico de un juicio acerca del trastorno o enfermedad que sufre el paciente, es decir, el diagnóstico y su probable evolución o pronóstico. Tanto en esta primera fase del contacto con los enfermos como en la que le sigue, que es el tratamiento, es necesario que el médico tenga advertencia clara no sólo de la enfermedad, cuyos síntomas y signos trata de identificar, sino del *padecimiento*, es decir, la forma como el sujeto experimenta su enfermedad y el significado que le atribuye; su respuesta como persona. Del reconocimiento de esta dualidad depende en buena parte el éxito o el fracaso de su intervención.

Pedro Laín Entralgo⁹ se ha referido a la relación del médico con el enfermo como un encuentro entre dos hombres determinado por la intención tanto consciente como inconsciente de ambos. Normalmente la *intención del médico* es conseguir la curación del enfermo o el alivio de su sufrimiento, pero lamentablemente también puede ocurrir una distorsión del acto y que el médico vea al enfermo como un objeto de lucro, un instrumento para incrementar su prestigio, o simplemente como un caso que encaja en la investigación científica que lleva a cabo. Por otra parte, es normal que la *intención del paciente* sea recibir ayuda competente, conocer la naturaleza de su enfermedad para hacer lo que convenga y así recuperar la salud, pero puede ocurrir que en forma desviada pretenda refugiarse en ella. También puede ocurrir y ocurre ocasionalmente que el paciente pretenda engañar tanto al médico como a las personas con quienes convive, y utilizar en su provecho su condición de enfermo.

Un carácter esencial en la relación médico-paciente es la situación en la que se encuentran el médico y el enfermo. El primero cumple una función profesional y su relación con el paciente puede ser para él un acto rutinario, en tanto que éste se encuentra en una situación que para él es excepcional. Por ello y por la autoridad que la sociedad confiere al médico, la desigualdad es notable.

En la relación médico-paciente, tanto la *personalidad* del médico como la del enfermo y el estrato social y cultural al que uno y otro pertenecen y el escenario en el cual se da el

acto médico desempeñan un papel importante. La relación que se establece tiene aspectos cognoscitivos y afectivos y está sujeta a normas éticas y sociales. Las actitudes del médico, sus acciones y sus omisiones influyen en el enfermo, y la disposición y las actitudes de este último a su vez influyen en el médico. En tiempos recientes, como consecuencia de la tecnificación, la comercialización y la expansión de los servicios médicos, la relación ha experimentado cambios profundos y el lado humano de los actos médicos tiende a diluirse. Un objetivo de la psicología médica es ayudar al estudiante de medicina y al médico para que desarrollen la sensibilidad que les permita percibir y comprender la naturaleza de la relación y sus vicisitudes y responder a las necesidades y expectativas de sus pacientes, y no a sus propias necesidades y contradicciones. Otro objetivo es que el médico aprenda a usar su personalidad y su autoridad como instrumentos que aseguren la confianza y la cooperación de los enfermos.

Se espera que el médico maneje siempre la relación en beneficio de su paciente, lo cual implica que pueda establecer con él una comunicación interpersonal viva y significativa y mantener una relación que le permita asegurar su cooperación a lo largo del examen y su apego al tratamiento, ya sea breve o de larga duración.

De la capacidad de cada médico para comprender los elementos que veladamente participan en su relación con el enfermo depende su habilidad para identificar e influir en el padecimiento y los síntomas, estimulando en él la restitución del equilibrio perdido. Esto se facilita cuando el médico es consciente de que su propia personalidad es un instrumento terapéutico importante.

El sustrato neural de los fenómenos mentales

Seguramente la principal aportación de las ciencias biológicas al campo de la psicología es haberse apropiado de los fenómenos anímicos, tradicionalmente abandonados en manos del filósofo especulativo, para su estudio por los métodos de las ciencias naturales. Esto fue posible en buena parte merced al impulso derivado de los trascendentales descubrimientos de Charles Darwin, quien demostró que aun las formas de vida más complicadas, inclusive los altos atributos del espíritu humano, son susceptibles de ser trazados desde sus orígenes en formas de vida más primitivas. Cuando la mente pudo ser visualizada como expresión de las integraciones que ocurren en los más altos niveles del organismo, lo anímico perdió gran parte de su misterio y quedó en situación de ser abordado por métodos científicos.

A partir de la noción empírica de que el cerebro es el órgano de la mente, los neurobiólogos, los fisiólogos, los neuroquímicos y los genetistas han avanzado en el conocimiento de la estructura y las funciones específicas del encéfalo. Aunque todavía existen y seguirán existiendo por mucho tiempo grandes lagunas, los progresos logrados en el último cuarto de siglo hacen posible que hoy pueda hablarse del sustrato neuronal del pensamiento, la emoción, la conciencia, la memoria, etc., así como de la participación de los sistemas endocrinos e inmunológicos en las respuestas adaptativas del organismo.

Los primeros avances en el conocimiento de la relación del viejo cerebro olfatorio y del hipotálamo con la vida emocional y las reacciones viscerales, así como el conocimiento de las funciones de la sustancia reticular del mesencéfalo en procesos tales como la conciencia y la atención, fueron pasos iniciales en el conocimiento de las bases estructurales de la mente. El conocimiento íntimo de la sinapsis a nivel molecular y del papel de los neurotransmisores y de los receptores celulares ha abierto horizontes insospechados que, ligados con los progresos en el esclarecimiento de las bases genéticas de algunas enfermedades mentales, hacen de las neurociencias en su aplicación a la psicopatología un campo muy activo de la investigación biomédica en expansión. Nuestros conocimientos son aún fragmentarios y por ello es preciso resistir la tentación de hacer traspolaciones que conduzcan a simplificaciones mal sustentadas.

Concepto de estrés

Uno de los conceptos originados en la biología que han ejercido una influencia mayor en la psicología es el concepto de *estrés*, propuesto por el fisiólogo canadiense Hans Selye¹⁰ y del cual se hace uso extenso tanto en el campo de la psicología como en el de la medicina.

Si bien el concepto ha perdido validez en cuanto a sus aplicaciones específicas en las llamadas enfermedades de la adaptación, mantiene su valor como una formulación general de las tensiones que pueden llevar a los organismos al límite de sus capacidades de adaptación y hacerlos sufrir la alteración de sus funciones y aun daño tisular.

De acuerdo con su uso común en el idioma inglés, el término *estrés* equivale a carga o fuerza externa. En mecánica, *estrés* significa la fuerza o resistencia interna suscitada por fuerzas o cargas externas que pueden ser breves y de gran intensidad, repetidas y de baja o moderada intensidad, o continuas y de baja intensidad. Por analogía, cuando se usa el término *estrés* en medicina o psicología se hace referencia a la interacción entre fuerzas externas y otras propias del organismo que ha sido modificada por experiencias pasadas. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que se suscitan en él determinan eventualmente el restablecimiento del equilibrio o bien su ruptura.

El concepto *estrés* tiene sus antecedentes en Claude Bernard,¹¹ quien consideró a la enfermedad como el resultado de los intentos del organismo, aunque insuficientes, para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores. Ya Bernard había hecho notar que en ocasiones la respuesta adaptativa puede ser más destructiva que el ataque original.

Después Cannon,¹² ampliando las ideas de su precursor, introdujo el concepto *homeostasis*. La homeostasis puede ser definida como la tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez que éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno. La aplicación de estos conceptos al estudio de las integraciones que ocurren al nivel mental ha fortalecido y apoyado las observaciones agrupadas en la teoría de los mecanismos de defensa de la personalidad, que es la teoría de la homeostasis o del “estado estable” a nivel mental.

La enseñanza de la psicología médica en la clínica

Metodológicamente, la enseñanza de la psicología médica se basa principalmente en el material clínico que se recoge del estudio y tratamiento de casos concretos. Este material debe contener los datos de la participación de factores psicológicos y psicosociales: conflictos, pérdidas, frustraciones, etc., en la iniciación, curso y desenlace de los estados patológicos y de las vicisitudes de la relación del médico con el enfermo. Esto requiere que el médico esté realmente interesado en los problemas humanos y tenga la convicción de su importancia aun cuando no pueda medirlos satisfactoriamente. Precisamente algo que distingue al buen clínico es la capacidad de convertir los datos de la subjetividad de sus enfermos en juicios objetivos mediante la observación, la introspección, la reflexión y la inferencia lógica.

El que los médicos generales adquieran destreza en la sensibilidad para percibir la subjetividad de los pacientes y los efectos que sobre ellos tienen sus palabras y sus actos, y den a su relación con ellos una orientación psicoterapéutica, requiere adiestramiento. El manejo de casos bajo supervisión, la discusión en grupo y la reflexión sobre la propia experiencia son el mejor camino, tal vez el único, para adquirir estas habilidades.

A nuestro juicio, la enseñanza de la psicología médica tiene un carácter formativo, y más aún si el estudiante y el médico se toman a sí mismos como objeto de sus observaciones y adquieren advertencia clara del efecto de su personalidad y sus actitudes en los enfermos, sus familiares, los colegas y subalternos. Este aprendizaje por medio del conocimiento de uno mismo es una posibilidad única en el campo de la medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernard, C. E., *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*, Dover Publications Inc., Nueva York, 1957.
2. Von Bertalanffy, L., *Teoría general de sistemas*, FCE, México, 1976.
3. Goldstein, K., *The Organism*, American Book, Nueva York, 1939.
4. Engel, G. L., "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model", *Journal Med. Philos.*, núm. 6 (1981), pp. 101-123.
5. Alexander, F., "Los aspectos psicológicos de la medicina", en A. Wonder, *Contribuciones de la psicología médica*, Eudeba, Buenos Aires, 1962.
6. Dubos, R., *Hombre, medicina y ambiente*, Monte Ávila, Caracas, 1969.
7. Masserman, J., *Principles of Dynamic Psychiatry*, Saunders, Filadelfia, 1946.
8. Jores, A., *El hombre y sus enfermedades*, Labor, Barcelona, 1961. Véase también A. Jores, *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, Siglo XXI, México, 1967.
9. Lain Entralgo, P., "La relación médico-enfermo. Historia y teoría", *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.
10. Selye, H., *The Stress of Life*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956.
11. Bernard, C. E., *op. cit.*
12. Cannon, W., *The Wisdom of the Body*, Norton, Nueva York, 1939.

LECTURAS RECOMENDADAS

De la Fuente, R., "La perspectiva del hombre desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas", *Psiquiatría*, núm. 7 (3) (1977), pp. 20-25.

Se puntualiza la necesidad de poseer una visión del hombre que lo sitúe dentro de la naturaleza y a la vez lo distinga de las demás criaturas. La teoría general de sistemas provee este marco.

Engel, G. L., "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model", *Am. J. Psychiatry*, núm. 137 (1980), pp. 535-544.

El autor analiza las implicaciones del modelo biopsicosocial en la atención a un paciente con infarto del miocardio. Se compara con el modelo biomédico tradicional.

Leigh, H., y M. F. Reiser, *The Patient. Biological, Psychological and Social Dimensions of Medical Practice*, Plenum Medical Book Company, Nueva York, 1985.

Se enfatiza el papel del paciente como el objetivo de la práctica médica. Se revisan los aspectos relevantes del ambiente, la familia y el personal médico y paramédico en el proceso de enfermedad-tratamiento.

Walton, D. N., *Physician-Patient Decision Making: A Study in Medical Ethics*, Greenwood Press, Westport, C. N., 1985.

Aborda la toma de decisiones, la ética médica, los modelos teóricos y la relación médico-paciente.

II. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CONCEPTOS MÉDICO-PSICOLÓGICOS

Ventajas que se derivan de este estudio.—Conceptos médico-psicológicos del hombre primitivo: animismo, totemismo, ritos, pensamiento mágico, actitudes del hombre primitivo hacia el enfermo mental.—Las civilizaciones griega y romana: la cultura griega, aplicación sistemática del razonamiento objetivo, ideas médico-psicológicas de los griegos y romanos.—La Edad Media: la cultura medieval, reactivación de las ideas demonológicas, las cruzadas, epidemias de histeria colectiva, la posesión por el demonio y la brujería, actitudes de los primeros cristianos hacia el enfermo mental, tendencia creciente a la interpretación teológica.—Los siglos XV y XVI: humanismo, Renacimiento, protestantismo, desarrollo de las ciencias naturales.—El siglo XVII: racionalismo, la anatomía de la melancolía.—El progreso durante los siglos XVIII y XIX.—La reforma humanitaria.—Las enfermedades nerviosas: de los vapores al temperamento nervioso.—Desarrollos recientes: el enfoque de la psicología experimental, el enfoque taxonómico organicista, el enfoque psicoanalítico, descubrimientos básicos de Freud.

EN CUALQUIER rama del conocimiento el estudio del proceso que conduce a los conceptos y métodos actuales tiene la virtud de ampliar la perspectiva individual enriqueciéndola con la experiencia de los predecesores. En nuestro campo la revisión histórica de las ideas acerca de la naturaleza de la mente y de sus perturbaciones, así como de las actitudes colectivas hacia los problemas psicológicos y hacia los enfermos mentales es particularmente instructiva. Una observación que se desprende de este estudio es que la historia de los conceptos psicológicos está inseparablemente ligada con la de los esfuerzos humanos por encontrar soluciones a los problemas del significado de la existencia; otra observación es que los logros del espíritu que señalan el progreso en una época determinada, aun los más audaces, están por lo menos germinalmente presentes en sociedades y culturas de épocas anteriores. Otra más es que el grado de *evolución cultural* no está inseparablemente ligado con la cronología, es decir, que en nuestro mundo actual existen pueblos que viven en fases de evolución ya superadas por otras sociedades humanas: unos en plena etapa paleolítica, otros transitan por su Edad Media y otros más experimentan las crisis inherentes al inicio de la industrialización. Es además evidente que en las sociedades actuales, postindustriales, continúan vigentes formas de vida y de pensamiento que representan la supervivencia del hombre primitivo o del hombre medieval; que grandes sectores de la población sólo superficialmente han adoptado los usos y costumbres del hombre moderno.

Por último, una revisión histórica como la que haremos a continuación nos muestra que no es lo habitual que aquellas ideas y descubrimientos que señalan un paso hacia delante en la evolución humana se generen espontáneamente en la mente de los genios, sino que esas ideas existen latentes durante un tiempo en el ambiente. Captarlas, darles vida y aplicación práctica es la misión histórica de algunos hombres selectos.

CONCEPTOS MÉDICO-PSICOLÓGICOS DEL HOMBRE PRIMITIVO

Desde sus orígenes el hombre, que se experimenta a sí mismo como una entidad

separada del resto de la naturaleza, dotado de razón que lo compele a preguntarse el porqué de las cosas y de imaginación que le permite prever el futuro, no ha dejado de ofrecerse a sí mismo respuestas que atenúen su angustia ante los enigmas de la vida y del mundo que lo circunda.

Desconocedor de las leyes de la causalidad natural y ante la necesidad de explicarse fenómenos tan sorprendentes como la salida diaria del sol, la periodicidad de las estaciones, la tormenta, el rayo y las erupciones volcánicas, el hombre primitivo los atribuyó a seres sobrenaturales a quienes concibió antropomórficamente e hizo responsables de todo aquello que para él resultaba incomprensible e inmanejable.

Entre los seres de la naturaleza sólo el hombre tiene advertencia de su mortalidad. Lo mismo que el hombre actual, el hombre primitivo, impulsado a vivir por el más poderoso de sus instintos y obligado a enfrentar la muerte, se consoló con la idea de otra vida reservada para una parte inmortal de su propia naturaleza. La experiencia de los sueños, en los que se desprende de nosotros algo que es capaz de saltar la barrera del tiempo y anular las distancias y nos permite una vida misteriosa y omnipotente, debe de haber contribuido a la consolidación de las ideas animistas del hombre primitivo.

La idea de su propia inmortalidad y la creencia en seres poderosos que manejan la naturaleza a su arbitrio son parte de la respuesta del hombre primitivo a su problema existencial y el origen de sus prácticas mágicas y religiosas. Los entierros con esqueletos en posición flexionada (posición fetal que simboliza el nacimiento en una vida futura), mirando hacia el oeste (el sol poniente, hora del sueño, principio de una nueva existencia), la trepanación *post mortem* (para permitir la salida del espíritu), así como los entierros ceremoniales, en los que al lado del cadáver se dejan ofrendas, objetos de uso personal e implementos indican la creencia del hombre en una vida posterior.

Una de las prácticas mágico-religiosas prevalecientes en las culturas primitivas es rendir homenaje a un animal o a una planta cuyo espíritu se considera ligado al grupo. El *totemismo* implica la creencia de que cada miembro del clan está mágicamente aliado con una especie de animal o de planta y que de esta relación depende su bienestar.

El *rito* constituye la práctica religiosa más elemental. En muchos pueblos primitivos algunos “ritos de tránsito” se practican en ocasión de cambios importantes en la vida de los individuos: nacimiento, pubertad, matrimonio y defunción. Otros, “ritos de intensificación”, sirven al propósito de superar crisis colectivas como las epidemias y el hambre o bien promover las buenas relaciones entre los espíritus y los miembros del grupo.

Los estudios antropológicos ponen de manifiesto que, aunque la *mente primitiva* es potencialmente capaz del pensamiento lógico y del razonamiento objetivo, en su medio cultural funciona en forma diferente a la mente del hombre civilizado y es, en ciertos aspectos, semejante a la del niño y a la de ciertos enfermos psicóticos. Por ejemplo, el hombre primitivo no tiene impedimento para aceptar simultáneamente hechos contradictorios. Su incapacidad para diferenciar claramente entre lo que ocurre en el mundo de la realidad y en el de su fantasía le permite atribuir existencia real a cosas que él desea reales.

Naturalmente, las teorías del hombre primitivo acerca de las perturbaciones mentales giraron en torno de sus conceptos *mágico-animistas*. El miembro de la tribu cuya conducta era extraña y difería en forma importante de la del resto de los individuos era visto con admiración si se pensaba que un espíritu bueno se había apoderado de él, o con horror si su conducta peculiar era atribuida a su penetración por un espíritu maligno. En este último caso se recurría a los encantamientos y a la administración de algunos cocimientos y menjurjes; en casos extremos, los brujos y los chamanes, a cuyo cargo estaba el tratamiento, empleaban la flagelación y el hambre como recursos más enérgicos.

Por algunos escritos se infiere que el pensamiento de los antiguos chinos, hebreos, caldeos, asirios y egipcios fue igualmente mágico y animista y que las perturbaciones mentales eran entre ellos atribuidas a demonios que se apoderaban de los individuos. En el papiro *Ebers* (1550 a.C.) se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos. En el *Ayur-Veda* (1400 a.C.), el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesión demoniaca. Conceptos semejantes se encuentran en el *Talmud* y en el *Antiguo Testamento*.

LA CIVILIZACIÓN GRIEGA

Durante su época clásica los griegos produjeron en una u otra forma todas las expresiones intelectuales y emocionales que posteriormente el hombre occidental ha reconocido y nombrado. No sólo se plantearon la mayor parte de los problemas que aún en la actualidad debaten la filosofía y su hija, la psicología, sino que propusieron una gran variedad de soluciones.

El que aún en nuestros días los psicólogos se sientan atraídos por las fuentes griegas no es una mera pedantería. Si de ellas se han extraído imágenes tales como la de Edipo (de la tragedia de Sófocles, en que Edipo, rey de Tebas, mata sin saberlo a su propio padre y se desposa con Yocasta, su madre) o la de Narciso (el joven que se enamoró de su propia imagen reflejada en el estanque) es porque la mitología de los griegos es un caudal de observaciones realistas y penetrantes acerca de las pasiones y aspiraciones humanas.

Aunque quizá una buena parte de la masa del pueblo griego interpretó los fenómenos naturales como causados por la acción de dioses, espíritus, ninfas, gigantes y héroes, y no dudó de que, por ejemplo, la causa de las tormentas fuera la cólera de Zeus que arrojaba sus rayos a otros dioses, hubo en las ciudades-Estado suficientes ciudadanos escépticos que llegaron a la conclusión de que mucho de lo que ocurre en el universo ocurre por sí mismo; que las tormentas, por ejemplo, son fenómenos naturales sujetos a una explicación natural.

La imagen que nos ha quedado de los griegos de los siglos V y IV a.C. es la de gente para quienes la vida era natural y lo natural era respetable; cuyas normas éticas y

estéticas principales eran la medida, el equilibrio y la dignidad; que no se consolaron cultivando esperanzas de inmortalidad ni creyeron en un dios moralmente interesado en su destino, y en quienes el sentimiento de pecado no fue un regulador importante de la conducta, tal como ocurrió en la civilización judeocristiana. Sin embargo, es posible que el hombre común atribuyera a los dioses del Olimpo una participación en su vida y que ocasionalmente hiciera uso de una de las instituciones religiosas, el oráculo, que, como el de Apolo en Delfos, ofrecía consolación y consejo por medio de sus sacerdotes a quienes lo solicitaban.

Seguramente el principal avance cultural de los griegos fue su aplicación sistemática del razonamiento objetivo a la comprensión de la naturaleza y de las experiencias personales. Fue precisamente el uso del razonamiento científico lo que permitió a Hipócrates (460-377 a.C.) y a sus discípulos hacer observaciones clínicas e inferir a partir de ellas conceptos que no sólo trascendieron el pensamiento animista sino que incluso superaron las ambiciosas teorías generales. Hipócrates, llamado el padre de la medicina, expresó el punto de vista de que el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de que las enfermedades de la mente tienen, como cualquier otro padecimiento, causas naturales. Refiriéndose a la epilepsia, entonces considerada una enfermedad sagrada, escribió:

No me parece que sea más sagrada que cualquier otra enfermedad, sin embargo, a causa de su inexperiencia y superstición, los hombres creyeron que había algo de divino tanto en su naturaleza como en su causa, porque no se parece a ninguna otra enfermedad en ninguna forma [...] por mi parte, yo no creo que el cuerpo humano sea alguna vez sobrecogido por un dios.

Hipócrates enfatizó también el punto de vista de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis. Basándose en la observación de los hechos escuetos, señaló la importancia de la herencia en las enfermedades y afirmó que las lesiones de la cabeza pueden ser causa de alteraciones motoras y sensoriales. En cuanto a la terapéutica, fue más allá de las prácticas exorcistas. Confiando más en la *capacidad recuperativa* del organismo que en los medicamentos, prescribió a los enfermos melancólicos una vida tranquila, sobria y sin excesos, dieta vegetal y sangrías en caso necesario. A las enfermas histéricas, cuyo padecimiento se atribuía a la migración del útero, les recomendaba con frecuencia el matrimonio.

Platón (428-347 a.C.) enseñó que la salud depende del equilibrio entre el cuerpo y el alma y que los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales. También contribuyó a una mejor comprensión de la conducta señalando el poder motivador de los apetitos naturales. Expresó el punto de vista de que cuando las pasiones no son inhibidas por las altas facultades, como ocurre en el sueño, los deseos tienden a ser satisfechos en la fantasía: “Pero el punto que deseo hacer notar es que en todos nosotros, aun en los hombres buenos, hay una naturaleza de bestia salvaje que persiste en el sueño [...]” Las ideas de Platón acerca de los sueños se anticiparon a las teorías de Freud.

Platón aludió también al problema de los enfermos mentales que cometen actos criminales y expresó claramente el criterio de que dichas personas no son responsables de sus actos: “alguno puede cometer un acto cuando está loco o afligido con alguna enfermedad [...] que simplemente pague por el daño y exceptúesele de otro castigo”. Este filósofo hace también una de las primeras referencias a la protección necesaria para el enfermo mental. En *La República* dice: “Si alguien está insano, no se permita que se le vea abiertamente en la ciudad, que sus parientes lo vigilen en casa de la mejor manera y que paguen una multa si son negligentes”.

Aristóteles (384-322 a.C.) acumuló conocimientos en campos tan diversos como la política y la biología y logró hacer la síntesis de los conocimientos de la naturaleza logrados hasta su época. Su prestigio fue tal que, a pesar de que su método, la lógica deductiva, representó un obstáculo para el desarrollo de la ciencia, su influencia no pudo ser eliminada hasta que los creadores del método científico en Francia y en Inglaterra se rebelaron contra su autoridad en los siglos XVI y XVII. Aristóteles pensó que si la mente era de naturaleza inmaterial no podía ser atacada por ninguna enfermedad. Probablemente el hecho de que Aristóteles haya negado la causalidad psicológica de las enfermedades mentales influyó en el tardío desarrollo de la psicopatología.

La civilización y la cultura griegas alcanzaron su esplendor máximo en los siglos V y IV a.C. Al no superar las luchas internas que dividían entre sí a sus ciudades, Grecia cayó finalmente bajo el dominio de Roma en el siglo II a.C., no sin que durante los siglos previos a su ocaso su cultura se viera desvirtuada por la pedantería, el academicismo y la falta de inspiración (helenismo). A su caída surgieron nuevos centros urbanos: Roma, Antioquía y Alejandría, en cuyas bibliotecas las ideas desarrolladas por los griegos se preservaron y después se difundieron entre las minorías ilustradas de más de 50 razas, unidas bajo el control de Roma.

LA CULTURA ROMANA

Asclepiades (124-40 a.C.), seguramente la figura más influyente entre los médicos romanos que desarrollaron la medicina griega, distinguió entre las ilusiones, los delirios y las alucinaciones y se opuso vigorosamente a las sangrías y a las restricciones mecánicas.

Areteo de Capadocia (30-90 d.C.) señaló la relación entre ciertos rasgos psicológicos de las personas y su propensión a las enfermedades mentales; fue el primero en describir las fases maniaca y melancólica de las psicosis como expresiones de una misma enfermedad y expresó con toda claridad el concepto de que ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas cuando hace mención a los trastornos de la mente y de la emoción como una de las causas de la parálisis: “los vehementes afectos del alma tales como la sorpresa, el miedo, la depresión del espíritu y, en los niños, los sustos. También el gozo grande e inesperado ha ocasionado parálisis, aun la muerte, del mismo modo que la risa sin restricción”.

Galeno de Pérgamo (129-199 d.C.), además de haber contribuido al conocimiento de

la anatomía del sistema nervioso, señaló diversas causas para las enfermedades mentales: lesiones en la cabeza, alcoholismo, miedo, la adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y fracasos amorosos. Con su muerte se inició una etapa regresiva en que la mayor parte de los médicos, con contadas excepciones, volvieron a la aceptación de conceptos demonológicos y se perdieron las contribuciones científicas de Hipócrates y sus discípulos griegos y romanos.

LA EDAD MEDIA

La Edad Media abarca el periodo de 10 siglos comprendidos entre la caída del Imperio romano de Occidente (476) y la conquista de Constantinopla por los turcos (1453). El hecho político que caracteriza a esta época es la penetración y la injerencia de la Iglesia en todas las actividades humanas. Las universidades de París, Oxford, Colonia y Salamanca fueron inicialmente escuelas dependientes de la Iglesia. En ellas se enseñó la utilización del método deductivo, que consiste en razonar especulativamente tomando como punto de partida verdades apoyadas en la autoridad de quien las afirma. Esta manera de pensar, propia del escolasticismo medieval, es opuesta al pensamiento científico y se caracteriza por la reverencia por la autoridad clásica, la credulidad y la ausencia del escepticismo sano del científico y aun de la convicción, exhibida más tarde por los humanistas, de que no hay contradicción entre afirmar que lo común y lo misterioso son obra milagrosa de Dios e investigar y comprender los fenómenos científicamente. En la Edad Media, los hombres esperaban lo milagroso con la misma confianza con que ahora esperamos lo que está estadísticamente previsto, y este énfasis en lo milagroso no favoreció la creación del clima necesario para el estudio lento y paciente de los eventos naturales. El lema de Tertuliano fue “Credo quia impossibile”, y san Ambrosio decía: “Discutir la naturaleza y posición de la Tierra no nos ayuda al logro de nuestras esperanzas en la vida venidera”.

La cultura medieval es la que corresponde a una sociedad estratificada, ordenada y estable; educada en la obediencia a la autoridad y en la aceptación de las normas y de las costumbres como si fueran parte fija de la naturaleza humana. En esta sociedad la Iglesia se ocupaba de cuidar las almas, y la nobleza feudal de preservar el orden civil y de proteger a los siervos, a cambio de los servicios que recibía de ellos. Sin embargo, esta aparente tranquilidad estaba empañada por la angustia teológica, la escasez recurrente de alimentos y las epidemias que se extendían a través del continente segando millones de vidas.

La cultura griega clásica y la medieval difieren entre sí tanto como un templo griego y una catedral gótica. El primero tiende hacia lo horizontal, lo armónico, lo medido, lo concreto; la segunda aparece más espontánea, menos planeada y tiende hacia lo vertical, en un afán de remontarse hasta lo infinito, lo imposible.

En Europa, después del colapso de la civilización grecorromana, hubo una reactivación de las ideas demonológicas y el hombre se convirtió en el campo de batalla

de demonios y espíritus que luchaban por la posesión de las almas. Algunas reacciones mentales colectivas son producto de las peculiares condiciones sociales y culturales de esta época: las procesiones de flagelantes, las cruzadas, la histeria colectiva, la posesión por el demonio y la brujería.¹

Particularmente en Europa central eran frecuentes durante la Edad Media las *procesiones de flagelantes*, viajeros ataviados con túnicas negras y portando antorchas que recorrían los campos y las ciudades haciendo penitencia pública por sus pecados y golpeándose a sí mismos con látigos de puntas metálicas, convencidos de que se aproximaba el fin del mundo.

Entre las *cruzadas*, cuya finalidad explícita era arrebatarse el Santo Sepulcro a los infieles, impresiona por insólita la llamada *cruzada de los niños*.

Otro fenómeno característico de la Edad Media fue la ocurrencia de *crisis colectivas de histeria*. Hacia el siglo IX y en los posteriores ocurrieron verdaderas epidemias de danzas, brincos y contorsiones en que participaban grupos de individuos. En el siglo XVI estas epidemias se conocieron con el nombre de *tarantismo* en Italia, mientras que en Alemania y en el resto de Europa con el de “danza de san Vito”. Sigerist describe uno de esos episodios en los términos siguientes:

La enfermedad aparecía durante el verano, sobre todo en plena canícula. La gente dormida o despierta saltaba de pronto al sentir un dolor agudo como la picadura de una abeja. Algunos veían la araña, otros no; sin embargo, todos sabían que era la tarántula. Salían corriendo hacia la calle, al mercado, bailando con gran excitación. Pronto se les reunían otros que también acababan de recibir la picadura o que la habían recibido años atrás [...] De este modo se congregaban grupos de personas, ataviadas de la manera más rara, que bailaban frenéticamente [...] Otros se desgarraban los vestidos y mostraban su desnudez, pues perdían el sentido del pudor [...] Otros pedían látigos con los cuales se flagelaban unos a otros [...] A todos se les ocurrían cosas muy extrañas, como por ejemplo que los mantearan, o abrir hoyos en la tierra y revolcarse entre el fango como puercos. Todos tomaban vino hasta hartarse, cantaban y hablaban como ebrios.²

De hecho la conducta de esta gente era muy similar a los antiguos ritos orgiásticos en los que la gente rendía culto a los dioses griegos Dionisio, Orfeo, etc., que habían sido desterrados con el advenimiento del cristianismo. Es aparente que el ser víctima de la tarántula permitía la libre expresión de tendencias reprimidas sin que la persona se considerara a sí misma o fuera vista por los demás como malvada.

Otra condición prevalente en la Edad Media fue la *posesión por el demonio*. Se suponía que el demonio era capaz de empujar, jalar y tirar a sus víctimas causándoles gran excitación y violencia. Para expulsarlo era necesaria la intervención de alguien con verdadero poder espiritual. Hay numerosos grabados de la época en que se ve un diablillo negro con alas saliendo de la boca del poseso.

Un hecho significativo es que en la Edad Media el hombre fue conceptualmente escindido en dos campos distintos e irreductibles: el de las operaciones del espíritu y el de las operaciones del cuerpo. El estudio de la mente quedó en el campo de los intereses del clérigo y del filósofo especulativo y el médico se limitó al estudio de las operaciones corporales. Esto se tradujo en un divorcio de la materia psicológica y la medicina cuyas consecuencias fueron notorias en el desarrollo de ambas: por una parte la psicología,

desligada del resto de las ciencias naturales, no participó del desarrollo de ellas y el esfuerzo de sus estudiosos se desvió hacia las especulaciones metafísicas.

Por otra parte, el médico dedicado al estudio del cuerpo, de un organismo truncado de aquello que le da unidad, la mente, bien pronto echó al olvido las concepciones personológicas preconizadas por los médicos sacerdotes de la antigua Grecia. Esto tuvo consecuencias graves en el campo de la psicopatología, la cual se vio invadida durante varios siglos por explicaciones demonológicas en nada superiores a los conceptos mágicos de los pueblos primitivos. El lugar que en la etiología de las enfermedades se había atribuido al relámpago, al viento o al espíritu de los muertos fue ocupado por otras criaturas sobrenaturales: ángeles o demonios. Los enfermos mentales, considerados sujetos de “visitaciones” casi siempre deplorables, fueron tratados de acuerdo con la calidad atribuida al huésped que ocupaba su espíritu.

Durante la primera parte de la Edad Media el tratamiento preferido fue la oración, el exorcismo o el uso de reliquias y untos sagrados. Una de las técnicas preferidas era la de insultar al demonio aplicándole letanías de epítetos y amenazas. Posiblemente todo esto se mezclaba en la práctica con la aplicación de algunas ideas galénicas.

Entre los primeros cristianos hubo quienes, con celo y generosidad, se ocuparon del cuidado de los enfermos mentales. San Basilio (329-380) estableció un monasterio en Cesarea donde a los enfermos mentales se les daba un trato humano. San Jerónimo (343-420) estableció en su congregación que los enfermos mentales recibieran la misma atención que los físicamente enfermos. Algo semejante puede decirse de san Benito (480-543), los miembros de cuya orden atendían a los enfermos mentales en su monasterio de Montecassino.

Conforme se acentuó la tendencia a interpretar teológicamente las enfermedades mentales, se llegó a pensar que la crueldad para con los afectados era una forma de castigar a los demonios residentes en ellos. De ahí que cuando los métodos suaves resultaban ineficaces se recurriera a métodos más drásticos como los azotes, el hambre, las cadenas, la inmersión en agua fría y otras torturas. A la luz de las nociones medievales esta conducta es explicable. Los brujos y los herejes eran fruta podrida que había que separar para proteger al resto. Además, ya que estaban condenados de antemano, no tenía importancia quitarles la vida.

Durante la última parte del siglo XV las creencias relativas a la posesión demoniaca alcanzaron un desarrollo que condujo a uno de los aspectos más crueles de la historia de la humanidad. Se distinguía entre aquellos sujetos que eran poseídos por el demonio contra su voluntad y los que se suponía que voluntariamente habían pactado con él entregándole el alma a cambio de ciertos poderes sobrenaturales como poder arruinar las cosechas a voluntad, agriar la leche, causar pestes, inundaciones o daño corporal a sus enemigos. Sin embargo, la distinción entre los dos tipos de poseídos no era fácil y los enfermos mentales eran generalmente considerados como endemoniados y brujas. Estas creencias eran favorecidas aun por personas ilustradas. Martín Lutero afirmó: “en casos de melancolía [...] es solamente el trabajo del diablo” (*Colloquia Mensalia*).

La atribución de eventos desfavorables a las brujas alarmó tanto al papa Inocencio

VIII que en 1484, en la bula *Summis Desiderantes*, exhortó al clero de Europa a identificar a todas las brujas, particularmente a las destructoras de cosechas y causantes de tormentas. Jakob Sprengel y Heinrich Kramer, monjes dominicos, publicaron por aquel entonces un manual, el *Malleus Malleficarum*, en el cual se confirma la existencia de las brujas, se descubren los signos que permiten identificarlas y las formas legales de examinarlas y sentenciarlas. La forma aceptada de comprobar la brujería era obtener una confesión mediante la tortura. Por supuesto que los métodos de tortura usados eran eficaces para obtener cualquier clase de confesión de cualquier persona. Estas persecuciones se veían reforzadas por las confesiones de muchos de los propios sospechosos, enfermos mentales que, participando de las creencias generalmente aceptadas, confesaban a menudo sus transacciones con el diablo y hacían gala de sus poderes sobrenaturales. Muchos infelices, afectados de depresiones severas, se acusaban de terribles pecados y admitían estar poseídos por el demonio más allá de toda posible redención. Otros, ansiosos de expiar sus culpas, buscaban deliberadamente el castigo. Entonces, como hoy, había muchos psicóticos que estaban convencidos en forma delirante de sus poderes sobrenaturales o de la inmensidad de sus pecados.

LOS SIGLOS XV Y XVI

Con la caída de Constantinopla en manos de los turcos (1453), la invención de la imprenta por Gutenberg (1440) y el descubrimiento de América terminó la Edad Media y se inició una época de transición durante la cual el humanismo, precursor del Renacimiento, la Reforma religiosa, el racionalismo y el desenvolvimiento de la ciencia natural socavaron el orden medieval y prepararon la cosmología moderna.

Los cambios no se produjeron bruscamente. Desde el siglo XIII se percibía, tanto en el arte como en las letras, un intento de acercarse a una visión del mundo que, sin llegar a ser racionalista, dejara de ser predominantemente teológica.

Los *humanistas* fueron escritores que se dedicaron con entusiasmo al estudio de las obras de la antigüedad clásica pues suponían que sólo el estudio de la cultura antigua podía hacer al hombre “verdaderamente humano”. Se considera que el humanismo se inició en el siglo XIV con los escritores florentinos Petrarca y Boccaccio y alcanzó su apogeo en Italia a fines del siglo XV, desde donde se expandió rápidamente por Europa. Si bien los humanistas sustituyeron a Aristóteles por Platón, mostraron la misma inclinación por el pensamiento abstracto y deductivo y la misma falta de interés en el experimento. Hubo entre los humanistas grandes individualistas, como Cellini y Rabelais, que creyeron que el hombre es la medida de todas las cosas y cada hombre la medida de sí mismo; humanistas cristianos y moderados como Tomás Moro; académicos como Erasmo, y escépticos como Montaigne.

Las primeras manifestaciones del Renacimiento en Italia se produjeron en el siglo XV; fueron obras arquitectónicas (Brunelleschi), escultóricas (Donatello) y pictóricas (Leonardo da Vinci, Miguel Ángel, Rafael y Tiziano). El Renacimiento se caracterizó por

una nueva orientación hacia la libertad que en la práctica se tradujo en oportunidades para que el hombre ordinario, si era talentoso y audaz, ocupara un lugar al lado de la vieja nobleza feudal.

El protestantismo (siglo XVI), por su parte, cristalizó la creciente rebeldía contra la autoridad religiosa establecida.

Cuando el hombre comenzó a confiar en sus propios sentidos y experiencias y no en los de la autoridad, fueran los autores clásicos o la Iglesia, surgió la ciencia. Tal cosa ocurrió en el Renacimiento. La convicción de que para saber hay que observar se convirtió en el imperativo de la ciencia.

Vesalio se opuso a la autoridad de Galeno apoyándose en sus observaciones realizadas durante la disección de cadáveres. Los médicos comenzaron a observar con atención a sus pacientes y a registrar cuidadosamente lo que apreciaban.

Criticar la doctrina demonológica equivalía, durante la Edad Media, a arriesgar la vida. Sin embargo, durante la primera parte del siglo XVI los conceptos demonológicos que habían obstaculizado por siglos el progreso de la ciencia médica y principalmente de la psicología comenzaron a ser atacados por hombres más grandes que su época. Paracelso (1493-1541) afirmó que las enfermedades mentales pueden tener causas psicológicas y recomendó su tratamiento mediante el uso del “magnetismo corporal”. Aunque rechazó las teorías demonológicas, estaba convencido de que la luna y otros astros ejercen sobre el cerebro una influencia sobrenatural. De él proviene el término *lunáticos* para referirse a los enfermos mentales. Johann Weyer (1515-1588) estudió el problema de la brujería y en 1573 publicó un libro en el cual hacía ver que un número considerable de los torturados y quemados por brujería eran infelices enfermos mentales. La obra de Weyer recibió la aprobación de algunos médicos y teólogos, aunque también fue objeto de vehementes ataques. Weyer fue uno de los primeros médicos que se dedicaron especialmente al estudio de los desórdenes mentales. Reginald Scott (1538-1599) en su libro *Discovery of Witchcraft*, publicado en 1584, negó en forma convincente y arriesgada que los demonios o espíritus malignos pudieran causar trastornos mentales.

Estas mujeres —escribe Scott— no son sino desventuradas enfermas afectadas de melancolía, y sus palabras, sus acciones, sus razonamientos y sus gestos muestran que la enfermedad ha afectado sus cerebros y dañado su juicio. Debe entenderse que los efectos de la enfermedad en los hombres y aun más en las mujeres son casi increíbles. Algunas de estas personas se imaginan, confiesan y sostienen que son capaces de llevar a cabo milagros extraordinarios mediante las artes de la brujería; otras, debido al mismo trastorno mental, se imaginan cosas extrañas e imposibles que insistentemente afirman haber presenciado.

El libro de Scott fue decomisado y quemado por órdenes de Jacobo I de Inglaterra.

Algunos eclesiásticos comenzaron también a poner en tela de juicio las prácticas de su tiempo. San Vicente de Paúl (1581-1660), a riesgo de su vida, declaró que las enfermedades mentales no son diferentes de las enfermedades corporales y que ambas clases de enfermos requieren la misma ayuda.

Gradualmente las ideas demonológicas perdieron fuerza. Como consecuencia los enfermos, vistos ya como tales, fueron sacados de los monasterios y de las prisiones y

tratados en asilos especiales. El primer asilo para enfermos mentales en Europa se fundó en Valencia en 1409 y otros más se establecieron en Zaragoza en 1425, en Sevilla en 1435, en Valladolid en 1436 y en Toledo antes de 1500. El asilo más famoso en Europa fue el de Santa María de Bethlehem, fundado en Londres por Enrique VIII en 1547, el cual se hizo proverbial por sus condiciones deplorables y por permitir a sus guardianes exhibir a los enfermos con fines de lucro. El hospital de San Hipólito fue establecido en México en 1566 por Bernardino Álvarez, quien además fundó una orden religiosa, la de los “Hipólitos”, dedicada al cuidado de enfermos mentales; fue el primer hospital para la atención de trastornos mentales que se estableció en América.³

EL SIGLO XVII

Humanismo y protestantismo prepararon el terreno para el racionalismo, sistema de pensamiento que se desarrolla en torno de la idea de que el universo y toda la experiencia humana son susceptibles de ser comprendidos cuando se usa la razón, es decir, cuando se piensa lógica y objetivamente.

Durante el siglo XVII la ciencia llegó a convertirse en uno de los principales objetivos del hombre. La aparición del telescopio y del microscopio aumentó la capacidad sensorial del ser humano.

Galileo, basándose en los estudios de Copérnico y usando el recientemente inventado telescopio, llegó a conclusiones opuestas a la teoría geocéntrica. Afirmó que la Tierra gira en una órbita alrededor del Sol y que éste se mueve a su vez. En 1620 Francis Bacon, Lord Canciller de Inglaterra, publicó su *Instauratio Magna* o *Novum Organum*, punto de partida del método experimental, elogio de la inducción y crítica demoledora del método deductivo y de las explicaciones metafísicas. En 1637 Descartes, filósofo y matemático, en el *Discurso del método* postuló el dualismo esencial entre el alma y el cuerpo. Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) fue el primero en ver *animaluculus* a través del microscopio y comprobar así la existencia del mundo microbiano; este descubrimiento permitiría las primeras propuestas de la etiología específica de la enfermedad.

Thomas Sydenham, médico inglés, sugirió la idea radicalmente nueva de que era posible identificar enfermedades específicas. En su *Methodus Curandi Febres*, publicado en 1666, expresó que algunas enfermedades eran debidas a agentes particulares en lucha contra los poderes curativos naturales del cuerpo.

Baruch Spinoza (1632-1677) creó un importante sistema de filosofía. En su *Ética*, que es un verdadero tratado de psicología dinámica, negó la libre voluntad, pero afirmó que las pasiones pueden ser transformadas en instrumentos de autorrealización.

En 1641 fue fundada en los suburbios de París la Maison Charenton, para el cuidado de dementes. Los llamados asilos se convirtieron en receptáculo de “lunáticos” y renegados de la sociedad. El Estado creó los asilos más para proteger sus intereses y los de la sociedad que para cuidar y proteger a los enfermos. En general, el cuidado de los enfermos era muy deficiente en estos sitios. En los peores de ellos, los enfermos eran

mantenidos en celdas oscuras, atados con cadenas, alimentados con desperdicios y provistos solamente de un montón de paja para dormir.

La *Anatomía de la melancolía*, publicada por Robert Burton, resume los conocimientos que sobre las “neurosis” se tenían en el Renacimiento. Para Burton el término melancolía sirve para designar tanto a una enfermedad como a un humor (bilis negra), y ocasionalmente al temperamento melancólico. La define como “una especie de *shock* sin fiebre, normalmente acompañada por miedo y tristeza, sin razón aparente”, pone el acento en la aparente falta de causa, para diferenciarla de las pasiones comunes, y subraya que la tristeza es uno de los “rasgos verdaderos y compañeros inseparables de la mayoría de las melancolías”.⁴

La tradición galénica continuaba vigente y la teoría humoral era la explicación aceptable de la melancolía. Burton abordó en su obra, que alcanzó una notable difusión, el tratamiento de la melancolía aunque reconociendo sus dificultades, pero considerando que el proceso morboso no era inexorable. Aconsejó el empleo de las plegarias pero sin descuidar la dieta, el sueño, las evacuaciones y el ejercicio tanto del cuerpo como de la mente, así como evitar las pasiones y otras perturbaciones de la mente. Puso el acento en los esfuerzos del enfermo para resistir a la angustia y recomendó las distracciones.

EL PROGRESO DURANTE LOS SIGLOS XVIII Y XIX

Los descubrimientos de Newton en matemáticas, sus formulaciones de la interrelación de los planetas y de la ley de la gravedad, mostraron la posibilidad de explicar todos los fenómenos, incluyendo la conducta humana, mediante la observación, la experimentación y el razonamiento naturalista.

La más importante contribución de sir Isaac Newton al pensamiento científico fue su obra *Principia mathematica*, escrita en latín. Los *Principios matemáticos de la filosofía natural* se extendieron rápidamente por Europa conforme las personas con mentalidad científica captaron su notable poder explicativo. En efecto, Newton unió los cielos y la tierra mediante leyes uniformes que gobiernan a los cuerpos en movimiento, como los planetas.

Propuso la gravedad como una fuerza universal, proveyó una explicación racional para las mareas en el océano y las órbitas de los planetas. Calculó correctamente la forma de la Tierra, ligeramente aplanada en los polos.

Hoy damos por un hecho las leyes del movimiento propuestas por Newton y solemos olvidar que trascienden el sentido común y las teorías prevalentes. Se requirió que un genio, Leibniz, demostrara su validez usando una nueva rama de las matemáticas llamada *cálculo*, que Newton y él habían inventado. En nuestro siglo, la mecánica de los cuantos y la teoría de la relatividad han puesto en duda el punto de vista ordenado y mecánico del universo que propuso Newton, pero muchos físicos consideran a este excéntrico profesor de Cambridge como un pensador más brillante aun que el mismo Albert Einstein. Newton creó la ciencia de la dinámica de un golpe. El principio que propuso subraya casi

cada aspecto de la ciencia moderna. Y algo más sorprendente aún es que escribió su libro en sólo 18 meses.

Las principales figuras de la época como Voltaire (1694-1778) y Montesquieu (1689-1755) creyeron firmemente que la razón permitiría a los hombres liberarse de la ignorancia y de la superstición. Coincidieron en afirmar la bondad innata del hombre, la posibilidad del progreso y del logro en esta vida, de la felicidad para la mayoría. Coincidiendo con la emergencia de una clase media y de una opinión pública poderosa se llegó a creer que si cada hombre persiguiera su propio interés económico inevitablemente la sociedad evolucionaría hacia la máxima producción y el máximo bienestar para los individuos.

La Ilustración, como se conoce generalmente a la ideología escéptica y racionalista del siglo XVIII, cuyos lemas fueron “atrévete a saber” y “la razón te hará libre”, representa un movimiento intelectual de gran alcance. Sin embargo, hacia 1770, con la fama de Rousseau (1712-1778) se empieza a sospechar de la razón y se gesta una actitud que se desarrolla plenamente en el siglo XIX, el romanticismo. La Revolución francesa fue un excelente campo de pruebas para las ideas de la Ilustración, y aunque sus resultados inmediatos fueron el reino del terror, Napoleón y una guerra sangrienta, este evento señala en la historia del mundo occidental el triunfo de la razón, de la ciencia y de las ideas democráticas.

La gran contribución del siglo XIX a la doctrina del progreso se encuentra en el trabajo de los biólogos y particularmente de Darwin, quien en 1859 publicó *El origen de las especies*. En el campo de la medicina la teoría del germen cristalizó la idea de la etiología específica. Las figuras centrales fueron Luis Pasteur, Robert Koch y en los inicios del siglo XX Paul Ehrlich, quien inicia la era científica del tratamiento químico y de la terapia específica. También en el siglo XIX se inician la reacción idealista (Kant, Hegel, etc.) contra el empirismo británico, y el auge del romanticismo, que representa el renacer de la emoción y de la imaginación y una reacción violenta contra el racionalismo matemático, que había intentado “eliminar totalmente de la vida del hombre el misterio y el drama”.

LA REFORMA HUMANITARIA

Conforme la moderna actitud científica se fue abriendo paso, fue posible para un cierto número de personas ilustradas ver que la locura se debe a causas naturales, y el problema de los enfermos mentales fue enfrentado en forma más comprensiva y racional. El año de 1792 señala, con Philippe Pinel (1745-1826), un cambio de rumbo. Pinel, director del hospital de La Bicêtre en París, logró mediante su iniciativa y prestigio personal permiso de la comuna revolucionaria para remover las cadenas de algunos enfermos mentales, convencido de que tratados con bondad esos enfermos serían más fáciles de manejar que cuando se les trata como criminales o bestias peligrosas. Afortunadamente el experimento dio resultados positivos y fue el punto de partida de reformas importantes al régimen del hospital. Se permitió a los enfermos circular libremente en los patios, se les alimentó

mejor y se les trató con suavidad. En las palabras del propio Pinel: “Toda la disciplina se caracterizó por su regularidad y su bondad, lo cual tuvo los efectos más favorables en los propios enfermos haciendo más tratables aun a los furiosos”. Posteriormente, Pinel fue puesto a cargo del hospital de La Salpêtrière, donde llevó a cabo una reforma semejante con excelentes resultados. Su discípulo y sucesor, Esquirol (1772-1840), continuó la obra de Pinel y la hizo extensiva a otras ciudades del país, creando además nuevas instituciones organizadas sobre una base humanitaria.

Como culminación de su batalla contra la brutalidad e ignorancia de su época, William Tuke (1732-1822) estableció en Inglaterra el York Retreat, una institución campestre donde los enfermos mentales vivían, trabajaban y descansaban en una atmósfera tranquila y comprensiva. El trabajo de Pinel y de Tuke en Europa se reflejó en América en el de Benjamin Rush (1745-1813), quien, además de hacer la reforma del Hospital de Pennsylvania, publicó uno de los primeros textos de psiquiatría. A pesar de que sus ideas eran una mezcla de astrología y ciencia, puede considerarse una figura representativa de la transición hacia la psiquiatría y la psicología médica modernas.

Ninguna revisión histórica de estos problemas, por somera que sea, puede pasar por alto a Dorothea Dix (1802-1887), quien, impresionada por las condiciones prevalecientes en las cárceles y en los asilos de los Estados Unidos, sometió al Congreso un memorándum en que relataba las condiciones deplorables de los enfermos mentales. Durante 40 años de esfuerzo sostenido esta mujer extraordinaria conmovió a la opinión pública y a los gobiernos estatales en beneficio de los enfermos. Directa o indirectamente intervino en la creación de 32 nuevos hospitales mentales y logró reformas legislativas orientadas hacia una protección efectiva del enfermo mental.

LAS “ENFERMEDADES NERVIOSAS”

Durante el siglo XIX los términos *hipocondría*, *histeria*, *dispepsia* y *los vapores* se usaron para designar a diversas “enfermedades nerviosas”.⁵ En 1603 se publica *Brief Discourse of a Disease Called the Suffocation of the Mother*, en el que su autor, Jorden, sostiene que síntomas que comúnmente se atribuían a la brujería tenían en realidad causas naturales en el propio cuerpo. Jorden aceptaba que la histeria era producida por el útero, pero su interés era explicar cómo un órgano podía producir síntomas tan diversos como desmayos, palpitaciones, sofocación, etc. Aunque desde Galeno se aceptaba que esto se producía por “simpatía”, Jorden propuso tres mecanismos: contacto directo de un órgano con otro, difusión de un humor o vapor ofensivos y similitud de sustancia o función. El concepto de que el mecanismo de ésta eran los “humores” o vapores se mantuvo hasta bien entrado el siglo XVII. Después empezó a enfatizarse el papel del sistema nervioso. Laurenti, alrededor de 1600, propuso que la “simpatía” entre el útero y los senos durante el embarazo podría transmitirse por medio de la vena azigos y parcialmente por los nervios intercostales. Como se pensaba que la hipocondría y la histeria tenían su origen en órganos abdominales las vías naturales de la simpatía eran las

cadenas de nervios abdominales. Winslow (1732) propuso que, debido a su asociación frecuente con casi todos los otros nervios del cuerpo, sería mejor llamar a los nervios intercostales *los grandes nervios simpáticos*.

La atribución al sistema nervioso como mediador de simpatía se aceptó hacia fines del siglo XVII, pero la falta de evidencia de daño en el bazo o en el útero en los casos de hipocondría o histeria llevó a la conclusión de que el origen del trastorno radicaría en los nervios, más que en los órganos. Es de pensarse que esta conclusión haya llevado al concepto de *enfermedad nerviosa*, término que se popularizó en Inglaterra a partir de 1733, con la publicación del libro de Cheyne *The English Malady or a Treatise of Nervous Diseases*.

Hasta antes de 1730 la idea de que la histeria y la hipocondría eran producidas por vapores o humores del bazo era ampliamente aceptada. A principios del siglo XVII “vapor” fue el término preferido ya que podía identificarse con una sustancia real, el “aire” que podía generarse en los procesos digestivos. A mediados del siglo XVII se pensaba que la histeria se debía a vapores del tracto digestivo, y en el *Treatise of Vapours* (1707) Purcell explicó muchos síntomas como resultado del “aire” del estómago e intestinos que causaban presión sobre los nervios.

Durante mucho tiempo se pensó que los *síntomas hipocondriacos* se debían a la acumulación de sustancias de desecho en el bazo, la cual causaba evaporaciones que ascendían a las regiones superiores. Estas ideas sólo fueron abandonadas cuando se hizo patente que no había evidencia de trastorno en este órgano y además que los perros podían seguir vivos sin el bazo. En la mayoría de los escritos médicos del siglo XVIII los síntomas reconocidos como hipocondriasis se asociaban con el bazo. Entre estos síntomas se incluían la disminución del apetito y del espíritu, las regurgitaciones y murmullos del intestino, la debilidad y el temblor de las piernas, la disminución de la memoria, la desesperación y los trastornos del sueño.

El término *dispepsia* empezó a usarse hacia 1657, pero la creencia de que los trastornos hipocondriacos se asociaban con indigestión es muy antigua. La idea de esta asociación fue abandonándose; sin embargo, hasta 1830 todavía se mantenía la relación entre dispepsia, hipocondría e histeria. Hacia 1730 se debatía si la *hipocondría* y la *histeria* eran trastornos diferentes. La hipocondría era un estado anímico continuo que se presentaba en personas de más de 45 años, mientras que la histeria se presentaba en episodios aislados en personas menores de 35 años. La hipocondría se asoció con la melancolía. Blackmore observó que algunos hablaban de “hipocondría melancólica”. La histeria, por otra parte, se relacionaba con la exaltación del ánimo. Asimismo, la idea de “excitabilidad”, particularmente excitabilidad sexual, ha persistido como una característica de la histeria.

A principios del siglo XVIII se asumía que el esplín, los vapores, la hipocondría y la histeria tenían en común el ser *enfermedades nerviosas*. El uso del término se restringió a los trastornos sin patología aparente y que se suponía se debían a *trastornos del sistema nervioso*. Su reconocimiento como un grupo diagnóstico puso en evidencia que eran trastornos frecuentemente observados. Se les intentó explicar como alteraciones de

la conducción nerviosa, cuyos mecanismos eran desconocidos. Al no encontrarse una causa específica se habló de una predisposición o temperamento nervioso. En 1807 Trotter consideró dichos trastornos en *View of the Nervous Temperament* como algo heredado o adquirido, particularmente por un debilitamiento del sistema nervioso o debido a formas de vida inadecuadas: alcoholismo, falta de ejercicio, excesos en la alimentación, etcétera.

DESARROLLOS RECIENTES

No hace más de dos siglos que la psicología inició su desprendimiento lento y tardío de la teología y de la filosofía especulativa. Los esfuerzos por constituir la en ciencia natural y por vincularla nuevamente con la medicina han tomado distintas direcciones. De las más importantes nos ocuparemos en las páginas siguientes, pero antes es necesario recordar que el progreso de cualquier ciencia depende esencialmente del desarrollo de conceptos y métodos adecuados. El mundo de la naturaleza, del cual la mente forma parte, consiste en cualidades y eventos innumerables que pueden ser clasificados en varias formas y enfocados desde distintos ángulos, de ahí que cada método y punto de vista deba valorarse objetivamente de acuerdo con su utilidad y el valor de sus aportaciones.

El enfoque de la psicología experimental

En la primera mitad del siglo XIX la psicología experimental nació como una rama de la fisiología y durante el resto del siglo sus investigaciones se hicieron en laboratorios. Su punto culminante fueron los trabajos de Wilhelm Wundt, profesor de la Universidad de Leipzig. Desde sus principios la psicología experimental se ha empeñado en aplicar los métodos que tan buenos resultados han dado en otras ciencias, como la física y la biología, al estudio de funciones mentales aisladas: la percepción, la memoria, las emociones, etc. Los experimentos psicológicos en los laboratorios no han contribuido significativamente al esclarecimiento de algunos problemas fundamentales para la clínica, como el de los motivos de la conducta, clave de la previsión de las acciones y reacciones de una persona en situaciones concretas de la vida, por cierto, bien distintas de las creadas en el laboratorio.

Un desarrollo importante en esta dirección tuvo como su representante ilustre a John Watson, quien, continuando las ideas asociacionistas de Hobbes, Berkeley y Hume, e incorporando las formulaciones de Sechenov y Pavlov, propuso en 1924 la fundación de una psicología objetiva.

El principio fundamental del sistema de Watson, *psicología del comportamiento*, es desechar como artefactos introspectivos o meras abstracciones conceptos como el de conciencia, voluntad, instinto, etc., y enfocar selectivamente para su estudio sólo aquello que es susceptible de ser observado y medido. Desde este punto de vista, la conducta, considerada como el único objeto adecuado de la psicología, se entiende como un simple

agregado de reflejos incondicionados innatos, modificados por la acumulación posterior de reflejos condicionados. Los “conductistas” dejan a un lado el hecho de que la conducta explícita puede corresponder a las más variadas motivaciones y que tras las similitudes conductuales están las profundas y significativas diferencias de los individuos. La fortaleza y la debilidad de la *reflexología* iniciada por Pavlov dependen de su principio de descomponer el ambiente en estímulos susceptibles de producir condicionamientos independientes. Los trabajos de Pavlov⁶ tuvieron repercusiones importantes en el campo de la psicología experimental. Una de sus aplicaciones ha sido la producción experimental en animales de condiciones equivalentes a la angustia humana, investigación iniciada por Pavlov y continuada en los Estados Unidos por Gantt, Liddell, Masserman y otros. Sobre la base de sus hallazgos experimentales en perros, Pavlov intentó una formulación comprensiva de la psicopatología humana que sólo conserva un interés histórico.

En 1938, con la publicación de *The Behavior of Organisms*,⁷ Skinner inició un nuevo enfoque en el estudio y manejo de la conducta. A diferencia del modelo de estímulo-respuesta, Skinner propone que el organismo puede iniciar conductas espontáneamente y que estas conductas persisten o no según el efecto que tienen sobre el medio. En estas ideas, anticipadas por Hull y Thorndike, se basa la teoría del refuerzo en la que se sustenta el *condicionamiento operante* de Skinner; el refuerzo ha sido definido como un estímulo posterior a la conducta y que tiende a consolidarla. Tanto la patología mental como su tratamiento han sido abordados de acuerdo con este modelo: una conducta se presenta en relación directa con la cantidad de aprobación que recibe; la *extinción*, es decir, la desaparición de ésta, requiere que deje de ser reforzada.

El *modelado* o imitación de la conducta fue propuesto como un tipo de aprendizaje por Albert Bandura.⁸ El individuo es capaz de aprender observando a otras personas que demuestran habilidades que son recompensadas. El sujeto puede no sólo observar al modelo, sino tomar parte él mismo en la actividad.

Las limitaciones del punto de vista de la psicología del comportamiento fueron inicialmente señaladas en su momento por los psicólogos “estructuralistas” Koffka, Köhler y otros. La psicología de laboratorio ha hecho contribuciones importantes al conocimiento de la conducta, pero su marco teórico es insuficiente para explicar sus complejidades. Conciencia, subjetividad y significado son datos incontrovertibles y prescindir de ellos es pretender eliminar de la psicología lo esencialmente psicológico.

Un desarrollo importante en la década de los setenta fue la introducción de *conceptos y métodos cognoscitivos*. El foco de interés pasó de la conducta observable a lo que las personas dicen o piensan de sí mismas y cómo estas cogniciones afectan sus sentimientos y su conducta.

Autores como Albert Ellis y Aaron Beck⁹ han desarrollado un modelo explicativo de la personalidad y tratamientos para diferentes condiciones psicopatológicas. El modelo general de las terapias cognoscitivas es la modificación de patrones erróneos de pensamiento. El trastorno mental es visto esencialmente como un trastorno del pensamiento que causa la distorsión de la realidad de un modo idiosincrásico.

El enfoque de la psiquiatría clínica

En el siglo XIX, hacia la misma época en que nacía la psicología experimental, la psiquiatría emergió de su estado precientífico y vieron la luz numerosas descripciones e intentos de clasificación de las perturbaciones mentales.

Esta primera etapa de la psiquiatría tuvo su mejor representante en Emil Kraepelin (1856-1926), quien a principios del siglo XX elaboró, merced a un trabajo monumental de observación, una clasificación de las enfermedades mentales que fue más o menos universalmente aceptada y que aún es la base de las clasificaciones en uso. Kraepelin llevó a cabo sus trabajos en hospitales de enfermos mentales en una época en que los descubrimientos de Pasteur y Lister habían preparado el camino para la comprensión de las enfermedades infecciosas. La patología había logrado notables avances en el conocimiento de las lesiones microscópicas de los tejidos, de ahí que además de describir y catalogar se empeñaría también en encontrar causas orgánicas específicas en los principales trastornos mentales. Cuando los estudios anatomopatológicos no mostraban lesiones cerebrales que explicaran los síntomas, lo cual ocurría señaladamente en los casos diagnosticados como esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y neurosis, Kraepelin propuso como explicaciones etiológicas posibles cambios metabólicos, desórdenes sistémicos de la economía corporal o defectos hereditarios. Sus ideas se vieron reforzadas en 1913 cuando Noguchi y Moore demostraron la presencia del treponema pálido en el cerebro de algunos enfermos paralíticos generales, y durante algunos años se mantuvo viva la esperanza de encontrar causas similares para el resto de las perturbaciones de la mente. Sin embargo, numerosas investigaciones subsecuentes evidenciaron la ausencia de cambios patológicos de significado etiológico en el sistema nervioso central, así como en otras partes del organismo de enfermos neuróticos. El camino iniciado por Kraepelin condujo a los avances espectaculares de las últimas décadas en la química y la fisiología del cerebro y la terapéutica. Por otra parte, las investigaciones genéticas han justificado el atribuir a la herencia un papel importante pero variable en la mayor parte de las enfermedades y trastornos mentales.

Desde el punto de vista somatogénico u organicista, el énfasis se pone en la descripción clínica, la evolución y la clasificación de los trastornos mentales. Este enfoque nació en los hospitales de enfermos mentales y fue inmediatamente productivo en relación con trastornos como la parálisis general progresiva, el retardo mental del hipotiroidismo, los trastornos de la conducta consecutivos a las encefalitis, el deterioro mental de las demencias, etc. El énfasis en la descripción y clasificación de trastornos como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y los trastornos afectivos en las últimas décadas ha sido punto de partida del conocimiento del sustrato neural, endocrino y molecular de los procesos mentales y del notable progreso en los tratamientos farmacológicos en psiquiatría. Sin embargo, no se puede estar de acuerdo con quienes, impresionados por estos avances, restan importancia al estudio psicológico de los enfermos. En realidad, la oposición del punto de vista psicogénico al punto de vista biológico no es necesaria, pues desde que Hipócrates, cuatro siglos antes de Cristo,

afirmó que el cerebro es el órgano de la mente nadie lo ha dudado con mucha seriedad, y la psicología médica, nutrida como es por la fenomenología y la psicodinamia, se asienta sobre conocimientos de la estructura y de las funciones del cerebro y del organismo que son asiento y sujeto de los procesos mentales.

Las limitaciones del punto de vista somatogénico se hacen más notorias cuando el material de estudio deja de ser el que llena las salas de los hospitales para enfermos mentales, y el médico se encuentra ante los problemas que le plantean personas cuya patología es aparente en sus relaciones con los demás o sufren alteraciones afectivas o disfunciones de distintos órganos y sistemas, que no son aún comprensibles en términos de causas “orgánicas”. Sin duda, estas personas son más susceptibles de ser ayudadas por el médico psicológica y socialmente perceptivo, ya que su sufrimiento puede entenderse en términos de personalidad, conflictos, relaciones interpersonales, etc. Por otra parte, aun padecimientos mentales que resultan de lesiones o alteraciones moleculares del cerebro requieren, para la debida comprensión de la persona que los sufre, del estudio de su experiencia subjetiva y de las situaciones externas que le rodean. Aun cuando un sujeto es víctima de infecciones, traumas o procesos degenerativos, sus síntomas y el curso de su padecimiento dependen en grados variables de su personalidad y de los factores psicológicos en juego.

El mérito principal de Kraepelin, gran observador y taxonomista, fue haber puesto orden en el caos de las múltiples aberraciones de la conducta, agrupándolas en entidades nosológicas. Como es sabido, describir objetivamente y clasificar representa un estadio obligado en el desarrollo de cualquier ciencia, y es un paso previo a la explicación de las causas de los fenómenos que se observan, y al establecimiento de predicciones. Las clasificaciones modernas, como el DSM III de la Asociación Psiquiátrica Americana y el ICD 10 de la Organización Mundial de la Salud, han alcanzado un alto grado de confiabilidad. Esto no sólo facilita la comunicación entre médicos sino que es un paso obligado en el conocimiento de las bases biológicas de las alteraciones mentales.

El enfoque psicoanalítico

Hasta fines del siglo XIX, cuando Sigmund Freud hizo su ingreso al campo de la psicología, los psicólogos académicos y los psicopatólogos se acogían al concepto de que los seres humanos planean su conducta y que las personas están realmente conscientes de las fuerzas que los mueven. Ya algunos filósofos como Spinoza, Nietzsche y Schopenhauer y algunos literatos como Shakespeare y Balzac sabían que lo irracional no sólo determina la conducta de los enfermos mentales, sino que también y en grado importante la de los individuos normales. Sin embargo, los médicos y los psicólogos sólo consideraban como objetivos válidos para la investigación a los procesos mentales conscientes. De hecho, los términos *mente* y *conciencia* eran vistos como equivalentes.

Freud, quien prescindió de la idea de que las cosas son lo que parecen ser, penetró más allá de la mera fenomenología de la conducta y enfocó el estudio de sus fuentes y

determinantes más profundas, estudiando al hombre en su escenario natural: la sociedad y la cultura en que vive. Su método, el estudio minucioso de cada enfermo, dedicándole centenares de horas y aplicando la técnica de las asociaciones libres del pensamiento, ha sido esclarecedor. Si bien, hoy en día, se ha perdido interés en sus concepciones más especulativas, no puede decirse lo mismo de muchas de sus observaciones, las que, como sus grandes tesis generales, han sido incorporadas a la clínica.

El estudio de dos fenómenos supuestamente no relacionados entre sí, la histeria y el hipnotismo, fue el punto de partida del desarrollo de la teoría psicogénica de las enfermedades mentales y de la serie de construcciones teóricas que en conjunto constituyen la teoría psicoanalítica freudiana, núcleo del que derivan otras teorías psicodinámicas. Por ello, es interesante que nos refiramos con cierta extensión a estos estudios originales.

El hipnotismo, considerado desde épocas remotas como un fenómeno misterioso, se hizo conocer ampliamente en Europa a finales del siglo XVIII por medio de las actividades del médico vienés Anton Mesmer, un hipnotizador nato, quien logró curaciones notables, tanto en su lugar de origen como en Francia, mediante lo que él denominaba *magnetismo animal*. Aunque Mesmer nunca comprendió la naturaleza de sus poderes curativos y fue rechazado por la medicina académica de su época, sus espectaculares demostraciones estimularon a otros investigadores, como el inglés Braid, quien usó el fenómeno apoyándose en concepciones más científicas y quien acuñó el término *hipnotismo*. Actualmente sabemos que la sugestión y el hipnotismo son grados distintos del mismo proceso y que éste consiste esencialmente en un estado mental de sugestibilidad exagerada durante el cual la voluntad del sujeto es sustituida por la del hipnotizador. Durante el trance hipnótico es posible hacer que la persona vea y sienta cosas que no existen o que, por el contrario, deje de percibir objetivamente la realidad; también es posible provocar síntomas semejantes, como parálisis, anestias, etc., a personas histéricas. Uno de los aspectos más notables es que, al despertar, la persona puede no tener memoria de lo que acaba de ocurrir y además se siente compelida a obedecer las órdenes que le fueron dadas durante el trance, sin que tenga advertencia de ello.

En el año de 1878 Charcot, neurólogo distinguido, inició en el Hospital de La Salpêtrière de París investigaciones en enfermos clasificados como histéricos.¹⁰ Hasta entonces la histeria, considerada como un padecimiento exclusivo de las mujeres, había sido uno de los enigmas de la medicina. Tiempo atrás Charcot había señalado dos características peculiares de los síntomas histéricos: que aparecen y se retiran en forma caprichosa y que, aunque expresados a través del sistema nervioso sensorial o motor, no obedecen a lesiones del cerebro o de sus vías, puesto que además de ser reversibles se presentan de acuerdo con la imagen que el enfermo tiene de los segmentos de su cuerpo como unidades anatómicas. Las observaciones de Charcot le permitieron comprobar que mediante la sugestión hipnótica era posible producir en algunas personas síntomas como parálisis, anestias, convulsiones, etc., indiferenciables de los que espontáneamente presentan los enfermos histéricos y que, a su vez, los síntomas histéricos eran susceptibles de ser removidos o sustituidos por otros mediante el hipnotismo.

El paso siguiente fue dado por Pierre Janet, discípulo de Charcot, quien se dedicó al estudio del problema de la histeria.¹¹ En tanto que Charcot se había interesado principalmente en el estudio de los síntomas histéricos, Janet prestó atención al estado mental de los enfermos y pronto su atención recayó sobre el sonambulismo, fenómeno frecuente en los histéricos, que consiste en que un sistema de ideas se posesiona de la persona durante un tiempo y domina su vida mental y sus acciones. Cuando el sujeto despierta no tiene memoria de lo que ha ocurrido durante el trance de sonambulismo. Un ejemplo clásico relatado por Janet fue el de Irene, una joven que en su estado normal no recordaba las circunstancias dramáticas de la muerte de su madre, pero que en periodos de sonambulismo revivía con gran dramatismo las escenas dolorosas al lado del lecho de su madre enferma, para inmediatamente después olvidarse de lo ocurrido y continuar con sus ocupaciones habituales. El caso de Irene es semejante al de las llamadas fugas histéricas, popularmente conocidas como *amnesias*, en las que un individuo olvida un sector de su experiencia relacionada con su identidad, domicilio, ocupación, etc., y se traslada a otro sitio, donde lleva una vida “normal” durante semanas o meses hasta que súbitamente recuerda su verdadera identidad y las ideas y experiencias que había olvidado. Janet estudió cuidadosamente varios de estos casos en los que, como en el de Irene, un sistema de ideas se emancipa del resto de la experiencia del individuo y domina su conducta durante algún tiempo. Un elemento común que señaló Janet fue que las ideas emancipadas eran particularmente dolorosas para la persona, o bien le prometían obtener satisfacciones difíciles de lograr en la vida real, como en el caso de un joven de 17 años, empleado de una tienda, que cultivaba la amistad de algunos marinos cuyas conversaciones exaltaban sus deseos de viajes y aventuras y que durante una fuga histérica, olvidando su identidad y ocupación, se dedicó a viajar. Janet llegó a la conclusión de que la disociación, a la que definió como la separación o aislamiento de sistemas o ideas que normalmente coexisten juntas e influyen unas en otras, era el fenómeno esencial de la histeria. También enfatizó el hecho de que el sistema aislado, disociado del resto de la personalidad, es lo suficientemente poderoso para constituir el motivo principal de la conducta del sujeto mientras persiste la disociación, del mismo modo que en el sujeto hipnotizado las ideas sugeridas por el hipnotizador dominan su conducta con exclusión de otras. Janet no tuvo dificultades para hacer extensiva su explicación a los síntomas histéricos: las parálisis, anestias, convulsiones, etc. Por ejemplo, Janet explicaba el que un enfermo fuera incapaz de caminar diciendo que el sistema de imágenes y sensaciones que forman parte del acto normal de caminar se había disociado del resto de su personalidad.

Los trabajos de Janet fueron de un valor extraordinario para reforzar el punto de vista de que la histeria y otras neurosis son problemas psicológicos susceptibles de producirse por la sugestión, y ofrecieron una explicación de los fenómenos histéricos.

El concepto de disociación de Janet fue puramente descriptivo y, aunque siempre tomó en cuenta las tendencias y los conflictos del enfermo, no consideró necesario explicar las causas por las que ocurre la disociación; se conformó con postular en los enfermos histéricos una incapacidad hereditaria para mantener la síntesis y organización

de sus experiencias y no pensó en que pudiera haber una relación específica entre el síntoma y la personalidad del enfermo. Quienes llevaron a cabo esta labor fueron dos médicos vieneses: Joseph Breuer y Sigmund Freud.¹²

Entre 1880 y 1882, Breuer, célebre internista, asociado con su colega más joven, Sigmund Freud, trató mediante el hipnotismo a una enferma que presentaba múltiples síntomas histéricos. Aunque no resultaba difícil hacer desaparecer algunos de sus síntomas mediante la sugestión, éstos tendían a reaparecer rápidamente a menos que la enferma lograra recordar durante el trance hipnótico las circunstancias en que el síntoma había aparecido por primera vez. Pronto Breuer y Freud se dieron cuenta de que los síntomas estaban relacionados con eventos conflictivos específicos y que, para que el síntoma desapareciera permanentemente, era necesario que la enferma experimentara las emociones que lo habían motivado.

La importancia de los estudios iniciales de Breuer y de Freud y su principal diferencia con el punto de vista de los psiquiatras franceses radicó en haber atribuido importancia a las experiencias emocionales traumáticas y a los procesos afectivos en la producción de los síntomas. A diferencia de Janet, quien había postulado un estado general de debilidad que permitía que ciertas ideas, recuerdos y sistemas neuromusculares fueran disociados de la personalidad, Breuer y Freud propusieron una explicación dinámica específica relacionando los anhelos, deseos y temores del enfermo con cada síntoma en particular. De hecho Breuer y Freud mostraron que los síntomas histéricos aparentemente absurdos son inteligibles cuando se les ve como expresiones de la lucha entre impulsos conflictivos.

Después de las publicaciones iniciales de Breuer y de Freud, el primero se desinteresó del problema, en tanto que el segundo continuó durante el resto de su vida descubriendo hechos nuevos que le condujeron gradualmente al desarrollo de un método para el estudio de los procesos mentales, al que denominó *psicoanálisis*, y de una teoría dinámica de la personalidad.

Después de sus trabajos con Breuer, Freud estaba convencido de que la histeria podía curarse cuando ciertos afectos retenidos encontraban su expresión normal. Pensaba que para ello era necesario que el enfermo recordara la situación patogénica inicial, la cual con frecuencia había sido olvidada, pero podía ser recordada durante el trance hipnótico. En cuanto Freud empezó a aplicar estas ideas a sus enfermos, se encontró con la seria dificultad de que no era fácil hipnotizar a muchos de ellos, por lo que se sintió inclinado a buscar otra técnica que no tuviera esta desventaja. Después de haber ensayado durante algún tiempo la sugestión directa y la persuasión activa y de haberse convencido de que ambas eran poco eficaces, ensayó un método menos activo, el de las *asociaciones libres*; este método consiste en lograr que el enfermo abandone todo intento consciente de dirigir su pensamiento y diga lo que pase por su mente. Lo importante es que el enfermo comunique al médico cualquier imagen que se presente en su conciencia y no intente supervisar el curso de su pensamiento en bien de la lógica, de la decencia o de los convencionalismos. Este método aparentemente tan sencillo pronto demostró ser de una eficacia mucho mayor que el hipnotismo para la recuperación de memorias olvidadas, y condujo a Freud a su siguiente observación original. En ciertos momentos los enfermos

encontraban grandes dificultades para obedecer la regla fundamental de decir todo lo que acudiera a su mente, a pesar de sus deseos. Esta observación condujo a Freud a su teoría de la *represión*. Pensó que fuerzas poderosas impiden al enfermo recordar ciertas experiencias cargadas por emociones, y esas fuerzas son precisamente las responsables de que esas experiencias hayan sido y permanezcan olvidadas. La *resistencia* no duraba indefinidamente. Después de algún tiempo el material olvidado aparecía en la conciencia, y en otros casos observó que este material era incompatible con las pretensiones éticas y estéticas del individuo y que su retorno a la conciencia se acompañaba de estados de angustia, vergüenza, etc. Cuando la memoria dolorosa era recordada por el enfermo, el síntoma desaparecía. A diferencia de Janet, quien interpretó la escisión de la vida mental como un abatimiento de la tensión psicológica, Freud pensó que las memorias disociadas son activamente forzadas fuera de la conciencia, es decir, reprimidas, porque son dolorosas y repugnantes al resto de la personalidad. El concepto *represión* implica el concepto de *conflicto mental intrapsíquico*, y por lo tanto representó un paso importante hacia la construcción de una psicología dinámica en la que los motivos, las tendencias y los conflictos ocuparon un lugar más prominente.

De los casos de enfermas histéricas en los que Freud hizo sus observaciones iniciales, dedujo que las tendencias reprimidas eran impulsos de naturaleza sexual, cuyos orígenes podían ser ubicados en la infancia del sujeto. Observaciones similares en otros enfermos neuróticos le condujeron a hacer extensivas sus ideas al resto del campo de las neurosis.

La teoría psicoanalítica, como un sistema que explica los motivos de la conducta normal y anormal, fue gradualmente elaborada por Freud en 40 años de trabajo continuo en que las teorías de la motivación inconsciente, la sexualidad infantil, los instintos básicos, la compulsión a la repetición, la transferencia, etc., fueron elaboradas y en algún grado modificadas en vista de nuevas observaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neugebauer, R., "Medieval and Early Modern Theories of Mental Illness", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 36 (1979), pp. 477-483.
2. Sigerist, H. E., *Civilization and Disease*, The University of Chicago Press, Chicago, 1943.
3. De la Fuente, R., "Historia de la psiquiatría en México", en J. Mariátegui (ed.), *La psiquiatría en América Latina*, Losada, Buenos Aires, 1989.
4. Jackson, W. S., *Historia de la melancolía y la depresión*, Ediciones Umer, Madrid, 1989.
5. Hare, E., "The History of Nervous Disorders from 1600 to 1840, and a Comparison with Modern Views", *Br. J. Psychiatry*, núm. 159 (1991), pp. 37-45.
6. Pavlov, P., A. L. Schniermann y K. N. Kornilov, *Psicología reflexológica*, Paidós, Buenos Aires, 1963.
7. Skinner, B. F., *The Behavior of Organisms*, Appleton-Century-Crofts Inc., Nueva York, 1938.
8. Bandura, A., *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1969.
9. Beck, A. T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press, Nueva York, 1984.
10. Chertok, L., "On the Centenary of Charcot: Hysteria, suggestibility and hypnosis", *Br. J. Med. Psychol.*, núm. 57 (2) (1984), pp. 111-120.

11. Baruk, H., “Signification de l’œuvre de Pierre Janet”, *Ann. Med. Psychol.*, núm. 145 (1987), pp. 851-854.
12. Breuer, J., y S. Freud, “Estudios sobre la histeria”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alexander, F. G., y S. T. Selesnick, *Historia de la psiquiatría*, Espasa, Barcelona, 1970.

Obra clásica de la historia de la psiquiatría. Incluye desde los conceptos del hombre primitivo hasta las aportaciones de Sigmund Freud.

Connor, J. W., “The Social and Psychological Reality of European witch craft Beliefs”, *Psychiatry*, núm. 38 (1975), pp. 366-380.

El autor propone que las creencias en brujerías durante la Edad Media en Europa pueden explicarse en el contexto de la cultura y la estructura social de la época.

De la Fuente, R., C. Viesca, M. Krassoievitch y H. Pérez-Rincón, *Salud Mental*, núm. 13 (1) (1990), pp. 1-18.

En cuatro artículos magistrales se presenta la historia de la psiquiatría francesa: su nacimiento y evolución, de 1789 a 1989. Los temas tratados incluyen a Pinel, Charcot, Janet y la historia de la llamada *tercera revolución de la psiquiatría*: la psicofarmacología.

Jay Linn, S., y J. P. Garske (eds.), *Psicoterapias contemporáneas*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1988.

Al revisar diferentes modelos psicoterapéuticos, los autores analizan las teorías de la personalidad en las que se sustentan. Se incluyen fundamentalmente los modelos derivados de la teoría psicoanalítica y de las teorías del aprendizaje.

Postel, J., y C. Quétel (comps.), *Historia de la psiquiatría*, FCE, México, 1987.

Desde una perspectiva crítica se aborda la historia de la psiquiatría intentando presentarla objetivamente, sin consideraciones ideológicas.

III. LA PERSONALIDAD

La personalidad, concepto individualizado y totalizador.—Definición.—Papel de la herencia y del ambiente.—Modelos de la personalidad: descriptivos y dinámicos.—La homeostasis psicológica, formulación dinámica de la personalidad: id, ego, superego.—Los mecanismos de defensa.—Las caracterologías de Freud-Abraham y Erich Fromm.—Los trastornos de la personalidad.

TÉRMINOS como percepción, temperamento, emociones, intelecto, etc., se refieren a funciones parciales del organismo humano. Si no se pierde de vista que las personas actúan siempre en forma unitaria, tanto en un momento dado como en el transcurso de su vida, es fácil comprender que un concepto que hace alusión al ser humano considerado como una totalidad ocupe un lugar central en el campo de la psicología. Tal es el concepto de personalidad.

La unidad y la totalidad de un organismo vivo no pueden entenderse en función de una simple suma de partes. Se trata de algo más: de una entidad nueva, una organización o configuración. El concepto *personalidad* es inclusivo que expresa a la vez la totalidad y la individualidad del hombre.

DEFINICIONES

La personalidad es una entidad compleja que presenta múltiples facetas. De ahí que distintos autores utilicen definiciones que, sin pretender abarcarlo todo, son suficientes para ser usadas con propósitos específicos. En algunas de estas definiciones se destacan elementos que son comunes a todos los seres humanos; en otras, rasgos que son individuales. En tanto que algunos autores incluyen en sus definiciones los aspectos corporales, otros los excluyen y se refieren exclusivamente a los aspectos psíquicos. Algunas definiciones están diseñadas para ser usadas en el campo de la psicología social y en ellas se enfatizan los aspectos culturales y sociales.

Antes de proseguir es útil diferenciar entre conducta y personalidad. *Conducta* es un término muy amplio. Casi todo acerca de la vida puede ser llamado *conducta*. Desde una perspectiva a largo plazo es inevitable que uno se interese en la personalidad como una entidad más permanente. La gente puede cambiar patrones de conducta y de comunicación y permanecer idéntica. Lo que permanece es la personalidad.

El término *carácter* procede del griego *charazo*, que significa esculpir o grabar; algo que permanece, perdura y que es modo habitual y ordinario. Por otro lado, el término *personalidad* es de origen latino; *persona* es máscara o careta. El término hace referencia a lo que de un sujeto es percibido por los otros.

El término personalidad es preferido por los autores americanos, quienes enfatizan los comportamientos observables, en tanto que el término *carácter* es empleado preferentemente por autores europeos e indica una estructura interna. El término carácter es un legado de la psicología clásica y está arraigado en la mentalidad popular con implicaciones cuantitativas, como algo que la gente tiene en mayor o menor grado o deja de tener. Además, implica un criterio moral y juicios de valor. Actualmente, el término carácter tiende a ser empleado con menor frecuencia que el término personalidad. Lo que algunos denominan *los trastornos del carácter* es similar a lo que otros definen bajo el rubro de *los trastornos de la personalidad*.

La personalidad es una integración. Esto implica que ocurre en algún lugar donde sus componentes pueden ser integrados. Este lugar es el cerebro. Como dice Murray,¹ “la personalidad es postsensorial y premotora”. Es conveniente agregar que la integración de la personalidad es el resultado de una transformación que ocurre a pequeños pasos, con base en el desarrollo del organismo, en particular del cerebro, y en el aprendizaje en respuesta a los estímulos familiares, escolares, culturales y sociales.

La personalidad está determinada por la herencia y el ambiente. Al ser concebida, cada persona recibe una dotación genética que varía de un individuo a otro. Así, la *herencia* provee las potencialidades para un desarrollo característico del ser humano y también es el punto de partida de las diferencias individuales.

En la personalidad hay componentes comunes a todos los seres humanos; dependen de la dotación biológica de la especie y de condiciones que son comunes a todas las sociedades. Pero cada ser humano es diferente a los demás; tiene un modo peculiar de ser, de sentir y de pensar; un modo propio de contender con los problemas de su vida. Ese “modo de ser” es función de su personalidad.

Algunos componentes de la personalidad, como la inteligencia, la sensibilidad y la flexibilidad, tienen una base genética poderosa al igual que las disposiciones temperamentales como la explosividad, la inafectividad, la vivacidad y la energía. Aun desde las primeras semanas de la vida los niños difieren en cuanto a su sensibilidad general: algunos se sobresaltan al más pequeño ruido o al recibir la luz del sol sobre la cara, en tanto que otros son insensibles a estos estímulos. Ventajas iniciales en vigor físico pueden anticipar el desarrollo de una personalidad energética y autoafirmativa. La dotación biológica inicial puede facilitar que algunos niños sean más pasivos e inclinados a la fantasía que otros. Algunos talentos como el artístico, el musical, las lenguas, la coordinación psicomotriz que se muestra en la práctica de los deportes tienen también una amplia base genética. La herencia se muestra en la determinación de las reacciones del individuo a su ambiente y a las influencias de la familia, la sociedad y la cultura.

Otros componentes de la personalidad dependen más de *determinantes sociales*, es decir, de fuerzas estimulantes y restrictivas que operan desde el exterior, como son los valores, las metas, los estímulos y las prohibiciones, etc. Las influencias tempranas y la educación son indudablemente importantes en el desarrollo de la personalidad. Desde un principio nuestras potencialidades innatas están sujetas a las fuerzas modeladoras del ambiente. Ambientes distintos tienden a promover el desarrollo de características un tanto distintas, aun en personas con herencia análoga. En el ambiente social que nos rodea aprendemos el lenguaje que hablamos, costumbres y modos de enfrentarnos a los problemas de la vida. Cada grupo social promueve sus propias pautas socioculturales mediante el ejemplo y la enseñanza sistemática a los jóvenes, lo cual tiende a generar parecidos entre todos los miembros del grupo.

En suma, podemos decir que la dotación genética provee las bases y establece los límites tanto para el desarrollo somático como el psicológico, pero la forma en que nuestras potencialidades son moldeadas depende de nuestra experiencia.

MODELOS DE LA PERSONALIDAD

Hay dos formas principales de aproximarse al hecho fundamental de que la persona no es un agregado de partes sino una organización, es decir, una totalidad, y que hay diferencias individuales que tienden a permanecer a lo largo del tiempo y de los cambios en las situaciones. Una forma es descriptiva y la otra es dinámica, es decir, en términos de fuerzas.

Modelos descriptivos

La *doctrina de los temperamentos* es el intento más antiguo de abordar la personalidad. El temperamento es visto como una infraestructura de la personalidad, íntimamente ligada a aspectos biológicos.

Con Galeno, en el segundo siglo después de Jesucristo, la doctrina de los temperamentos, atribuida a Hipócrates, se convirtió en un modelo descriptivo complejo. Se consideró que los cuatro elementos de la naturaleza están representados en el hombre por cuatro fluidos o humores: sangre, bilis, bilis negra y linfa. Siguiendo la doctrina filosófica griega del equilibrio, Galeno consideró que la normalidad y por consiguiente la salud resultan de la justa proporción de los cuatro componentes. El predominio de uno u otro causa una desviación, un temperamento particular, y si es extrema, una enfermedad.

La teoría postuló que un exceso de sangre conduce al temperamento sanguíneo, optimista; el exceso de bilis amarilla es causa de un temperamento colérico, irascible; la bilis negra es causa de un temperamento melancólico, triste; el exceso de linfa conduce a un temperamento linfático, apático. De acuerdo con esta teoría el temperamento corresponde a características morfológicas, fisiológicas y psicológicas e implica la predisposición a enfermedades. Esta teoría gozó de gran prestigio y no obstante su carácter especulativo se continúa usando en el lenguaje corriente.

La conveniencia de correlacionar aspectos corporales, morfológicos, fisiológicos con aspectos de la conducta está presente en algunos intentos más recientes de clasificar las personalidades en función de correlaciones biopsicológicas.

Grinker² propone que si bien es cierto que los individuos nacen con diferencias biológicas en su organismo que pueden denominarse constitucionales, la configuración corporal o la estructura ósea no son índices adecuados de procesos internos significativos que inician al niño en un sendero particular de desarrollo. Considera que tendría mayor importancia conocer las variaciones en constituyentes bioquímicos, niveles hormonales y actividades secretoras, ya que estas diferencias influyen desde un principio en la relación del niño con su ambiente personal.

Algunas teorías descriptivas de la personalidad se basan en un número limitado de dimensiones obtenidas por la condensación de rasgos. Para Jung,³ la dimensión es la calidad de contacto con el mundo exterior, y propuso dos polos: *introversión* y *extraversión*.

Una de las tipologías más conocidas es la de Kretschmer,⁴ que se basó en observaciones de pacientes psiquiátricos. Presupone que la enfermedad mental es la exageración de una tipología normal. Define cuatro tipos puros: el *pícnico-ciclotímico*, el *leptosomático-esquizotímico*, el *atlético-viscoso* y el *displásico*.

La tipología de Sheldon⁵ se basó en el examen de sujetos normales. Describió tres tipos que relacionó con el desarrollo relativo de las tres capas de embrión, los tipos *endomórfico*, *ectomórfico* y *mesomórfico*, a los que atribuyó fuertes correlaciones positivas con tres variables psicológicas: la viscerotonía, la cerebrotonía y la somatotonía. Cada tipo es una asociación de 20 rasgos particulares.

Las tipologías anteriores responden a una necesidad de delimitar y clasificar las variedades de personalidad y postulan que en la persona hay relaciones entre las esferas morfológica, fisiológica y psicológica. Es claro que estos modelos descriptivos fueron diseñados para clasificar y no para describir aquello que a cada quien da su carácter único, es decir, su individualidad.

Otros modelos teóricos de la personalidad la representan como constituida por elementos jerarquizados y más o menos autónomos.

Aristóteles propuso tres niveles de funcionamiento del alma, y Platón propuso también una representación de tres partes distintas, con asiento cada una de ellas en una región del cuerpo. El abdomen, asiento de los deseos y de las pasiones; el tórax, asiento de la voluntad, el valor y el talante; la cabeza, asiento de la inteligencia y la razón. Estas descripciones en las que se distinguen tres esferas en la personalidad son los antecedentes de concepciones modernas en términos de afectividad, volición y cognición.

Jackson propuso una concepción jerárquica del funcionamiento del sistema nervioso. La corteza cerebral, el estrato diencefalo-hipofisiario y la sustancia reticular. Los centros inferiores son asiento de las emociones, los sentimientos, el talante y las pulsiones. Normalmente los centros superiores, inteligencia y voluntad, controlan e inhiben a los inferiores y este control se pierde en condiciones patológicas. Así, la disfunción de la corteza cerebral entraña la disolución del control voluntario y la liberación de la instancia subordinada, cuya actividad se muestra en la reaparición de formas arcaicas de funcionamiento de la personalidad. Las funciones superiores, de adquisición filogenética más reciente, son también más frágiles y pueden ser desbordadas por la acción de los centros subyacentes.

Modelos dinámicos

En un sentido dinámico la personalidad puede definirse como el conjunto relativamente permanente de tendencias que orientan las formas individuales de sentir, pensar y actuar. Las tendencias de la personalidad forman constelaciones organizadas que operan con o sin advertencia del sujeto. Entre estas fuerzas se incluyen los instintos, las necesidades y las pulsiones.

Se llama *instinto* a un mecanismo neural organizado, sensible a ciertos estímulos internos que lo despiertan y lo dirigen y a los cuales responde mediante conducta dirigida a la preservación del individuo y de la especie. En los animales, los instintos constituyen la base de su conducta orientada hacia un fin. En la conducta del hombre, los instintos

desempeñan un papel más reducido.

Las *necesidades* son expresiones del estado interno que impulsa a acciones dirigidas a restablecer el equilibrio alterado del organismo.

El concepto *pulsión* se refiere a patrones de comportamiento preformados en las estructuras nerviosas. Se les distingue de los comportamientos adquiridos por aprendizaje, que corresponden a motivaciones más variadas. La actividad motivada por una pulsión está dirigida hacia una meta específica y cesa al alcanzarla.

Así se explican la sed, el hambre, la actividad sexual y la actividad exploradora, que garantizan la conservación del individuo y de la especie. La información que reciben los centros nerviosos integrados proviene del medio interno, como las variaciones humorales captadas por los quimiorreceptores de la vísceras. Otras provienen del exterior y son captadas por los órganos de los sentidos, como las informaciones olfativas y visuales. Estos centros subcorticales están sometidos a las influencias de la corteza cerebral.

Los desacuerdos principales entre las distintas escuelas psicodinámicas se basan en diferencias acerca de la naturaleza de las fuerzas que determinan el pensar, el sentir y el actuar de los individuos.

Para Freud⁶ toda la conducta puede ser referida a sus fuentes originales: un instinto de vida o Eros y un instinto de muerte o Thanatos cuyo fin es conducir lo vivo al estado inorgánico. La *libido* es la energía de la pulsión sexual correspondiente al instinto de vida y la *destrutividad* es la pulsión que corresponde al instinto de muerte.

Es necesario aclarar que el concepto de instinto que Freud utiliza no corresponde al que los biólogos usan habitualmente en referencia a las especies inferiores. Además, el término usado por Freud en su idioma original fue *Trieb*, cuyo significado más correcto equivale a impulso o fuerza directriz; sin embargo, Freud nunca objetó que el término fuera traducido como instinto.

Freud escogió el término *libido* para referirse a la representación psíquica del instinto erótico, que es experimentado como ímpetu dirigido hacia el objeto capaz de saciarlo. En la hipótesis de Freud ambos instintos, erótico y tánico, están sujetos al principio que gobierna la conducta adaptativa y por lo tanto no pueden ser considerados rígidos y unidireccionales. El punto importante es que las fuerzas instintivas postuladas por Freud como fuente elemental de toda actividad mental son susceptibles de cambiar sus direcciones y sus objetivos, si bien Freud señaló límites estrechos a su adaptabilidad.

La teoría de los instintos básicos de Freud ha sido muy criticada tanto por biólogos como por psicólogos y sociólogos. Se ha dicho que los hechos conocidos acerca de las estructuras y funciones biológicas contradicen el principio de que todas las fuerzas que mueven a la acción son de naturaleza sexual o destructiva. En cuanto a un instinto de la muerte, es contrario al principio biológico que afirma la prioridad de la supervivencia.

Adler⁷ postuló como fuerza motivadora principal el *anhelo de superioridad* que se origina en la necesidad ineludible de compensar un sentimiento de inferioridad básico común a todos los seres humanos, y Jung postuló que la fuerza primaria proviene del *inconsciente primitivo*.

Fromm⁸ propone que la teoría dual de los impulsos eróticos y tánicos debe

considerarse como una abstracción cuyo mérito es señalar la gran polaridad en que se orientan las acciones humanas: *biofilia*, que es la tendencia a la creatividad, a la vida, al amor; y *necrofilia*, que significa destrucción, muerte, odio. Las tendencias agresivas, aunque necesarias para la preservación de la vida, no necesitan derivarse de un hipotético instinto de la muerte.

Del estudio de la conducta de diversas especies animales, Lorenz⁹ concluyó que hay una *pulsión agresiva intraespecífica primaria*, cuyo fin es la conservación del individuo y de la especie. La existencia de esta pulsión ha sido puesta en duda ya que la conducta agresiva puede también comprenderse como una respuesta a las frustraciones.

Una teoría más que conviene mencionar es la propuesta por Gordon Allport,¹⁰ quien no encuentra ventaja en hacer derivar las diversas formas de la conducta humana de uno o dos instintos originales. Allport propuso el principio de la *autonomía funcional de los motivos*. De acuerdo con este principio, una actividad o conducta puede convertirse en un fin u objetivo en sí mismo, a pesar de que se haya originado con otro fin. Para Allport, el grado de autonomía de la motivación de un individuo es una medida de su madurez.

Pueden distinguirse dos criterios que son ilustrativos: el de quienes siguiendo a Freud postulan fuerzas esencialmente dependientes de la estructura biológica del organismo y el de aquellos que, como Fromm,¹¹ Horney¹² y Sullivan,¹³ otorgan preeminencia a condiciones dimanadas de la naturaleza social del hombre y proponen que la energía psíquica es canalizada por intermedio de las relaciones del individuo con los demás. Es necesario aclarar que ni los psicólogos freudianos dejan de tomar en cuenta la fuerza modeladora de la sociedad y la cultura, ni los psicólogos “culturalistas” ignoran las fuerzas biológicas. Estas divergencias no alteran la validez del principio, en el que generalmente coinciden las escuelas dinámicas, de que *el hombre es dirigido por fuerzas o necesidades* que tienen que ser satisfechas en alguna forma si es que la personalidad ha de preservar su equilibrio, y que esas fuerzas pueden verse involucradas en conflictos que tienden a alterarla.

El hecho es que la conducta humana no puede ser explicada solamente en términos de motivos racionales adaptados a la realidad. Tanto en los actos normales como en los patológicos es patente la participación de procesos irracionales e inconscientes. No nos percatamos de este componente inconsciente de nuestra vida mental porque cubrimos nuestros motivos inconscientes con otros conscientes, realistas y en apariencia sensatos. La tendencia del hombre al autoengaño y sus consecuencias no deben ser ignoradas en el estudio de la personalidad.

Como es sabido, fue Freud¹⁴ quien por medio del estudio de la hipnosis, los síntomas histéricos, los sueños y los errores de la vida cotidiana demostró la existencia de *procesos mentales inconscientes*. Además, diseñó técnicas especiales, como la interpretación de los sueños y las asociaciones libres del pensamiento, para hacerlos conscientes.

Propuso que los sueños son el mejor ejemplo de la intrusión en la conciencia de procesos inconscientes y ofrecen una oportunidad única para estudiar la naturaleza y las

leyes de estos últimos. En el curso de sus indagaciones Freud demostró que procesos inconscientes semejantes a los que operan en los sueños son identificables en las fantasías y en ciertos síntomas neuróticos y psicóticos. La explicación que propone para explicar por qué estos procesos mentales preverbales permanecen latentes en el inconsciente es que una función psicológica activa, la *represión*, les impide su ingreso en la conciencia. La represión, postuló, es necesaria para mantener la cohesión y armonía de la mente consciente.

No es fácil comprender los móviles de la conducta de una persona que se rehúsa a comunicárnoslos o él mismo los desconoce. Además uno tiende a no ver en el otro motivos que excluye de su propia conciencia.

Dado que en el campo de la psicología ocurre el hecho único de que el observador y el objeto observado son ambas personalidades humanas, es posible que, conociendo los propios motivos, uno pueda hacer inferencias acerca de los de otros, poniéndose imaginariamente en su lugar. Esta habilidad de penetrar en la subjetividad de otros mediante la *introspección* y ver con claridad los verdaderos resortes de sus acciones es en cierto grado un talento natural, pero puede ser desarrollado por el adiestramiento y la experiencia. En la psicoterapia que sigue el método psicoanalítico, el enfermo abandona voluntariamente su control consciente, lo cual facilita la exteriorización de lo que en él es inconsciente y hace posible su examen.

Algunas de las teorías específicas del psicoanálisis han sido muy debatidas y no han sido confirmadas científicamente. Sin embargo Freud hizo aportaciones a la psicología y a la medicina que tienen un valor real. Alexander¹⁵ expresó este punto de vista en los términos siguientes: “Los principios dinámicos establecidos por el método psicoanalítico son válidos en sí mismos e independientes de las especulaciones relativas a la naturaleza última de las fuerzas psicológicas; por ejemplo, la teoría de los instintos”.

En la formulación dinámica de la personalidad se postula que la conducta se origina en fuerzas instintuales y necesidades biológicas, *id*; también se propone la existencia de una agencia, *ego*, que es el conjunto de las funciones que permiten la armonización de esas fuerzas experimentadas como deseos y las condiciones de la realidad a las que ha de ajustarse la conducta para ser efectiva. Conforme la personalidad madura la conducta humana es regulada y motivada también por los principios morales que la persona ha incorporado y desarrollado, *superego*.

Uno de los conceptos propuestos por Freud con mayor aplicación práctica puede formularse en términos de la *homeostasis a nivel psicológico*, mediante las funciones del ego, las cuales permiten llevar a cabo la conducta racional que mantiene al organismo en una condición de equilibrio, no obstante la perturbación causada por necesidades biológicas que se generan internamente por estímulos externos.

La función homeostática del conjunto de funciones mentales que Freud llamó ego se lleva a cabo mediante la percepción interna de las necesidades subjetivas; la percepción externa de las condiciones existentes, de las cuales depende la gratificación de esas necesidades subjetivas; la facultad integrativa, por la cual el ego coordina las urgencias biológicas unas con otras y con los requerimientos morales y las adapta a las condiciones

del ambiente, y la facultad ejecutiva, con la cual controla la conducta voluntaria.

En el curso del desarrollo de la personalidad el ego aprende a posponer la satisfacción inmediata de sus urgencias biológicas, a hacer transacciones, a modificar deseos y a subordinar los menos importantes a los más importantes. Es decir, aprende a ser racional.

El proceso del desarrollo implica tanto la maduración de las estructuras cerebrales como el aprendizaje. El niño aprende por ensayo y error y por la adopción de patrones de conducta y actitudes de aquellos adultos con quienes se identifica.

Cuando el ego de una persona no puede armonizar sus impulsos más primitivos y originales con sus valores morales o con la realidad ocurre un *conflicto intrapsíquico*. Los conflictos suscitan angustia, que es la respuesta normal ante situaciones de amenaza y hace necesaria la puesta en juego de *defensas psicológicas*.¹⁶

En su aspecto psicológico algunos trastornos y síntomas mentales representan una falla del ego para gratificar necesidades subjetivas en forma armónica y adaptada a los valores aceptados y a la realidad.

El mecanismo básico de defensa, la *represión*, consiste en excluir de la conciencia los contenidos psicológicos que se es incapaz de incluir armónicamente. Freud consideró que este mecanismo de defensa es el principal con que cuenta el ego infantil, que no tiene aún capacidad de tolerar tentaciones, posponerlas, modificarlas o establecer transacciones. Freud postuló que no obstante la exclusión de su expresión motora, los impulsos reprimidos no dejan de existir y producir tensiones cuyo alivio requiere la puesta en juego de otras defensas del ego. Éstas pueden ser clasificadas en dos grupos: las que refuerzan la represión, entre las que se incluyen la sobrecompensación y la racionalización, y las que permiten un alivio parcial de los impulsos reprimidos, como la proyección, la sustitución, el desplazamiento, etc. La sublimación consiste en la transformación de una tendencia inaceptable en otra socialmente valiosa.

La *sobrecompensación* es la puesta en juego de una actitud aceptable contraria a otra que no lo es y que continúa reprimida; constituye una defensa contra los sentimientos de inadecuación y devaluación personal, los cuales se mantienen reprimidos exhibiendo sentimientos opuestos en forma exagerada. La conducta contrafóbica consiste en buscar deliberadamente la confrontación con aquello que se teme. Algunos actos delictivos tienen como móviles los sentimientos de pequeñez y desamparo que el delincuente niega, afirmando con su conducta su independencia y su valor. La compasión como una actitud consciente puede cubrir la crueldad inconsciente, la temeridad puede sobrecompensar la timidez y la arrogancia, los sentimientos de inferioridad.

En la *racionalización* ocurre que entre varios motivos que coexisten se selecciona aquel o aquellos que son racionalmente más aceptables y se les adjudica el carácter de únicos. El motivo aceptable permite al ego mantener reprimidos aquellos que son inaceptables.

La *identificación* es un mecanismo que tiene un papel importante en el crecimiento saludable del ego. Mediante este mecanismo se copian e imitan actitudes, conductas y metas de otras personas. La identificación puede no ser saludable cuando alguien se

identifica con un enemigo poderoso, al que teme y cuyas cualidades asume tener.

La *sustitución* y el *desplazamiento* consisten en movilizar una actitud que se tiene hacia una persona hacia otra, o bien, sustituir un impulso agresivo directo por otro encubierto. Un ejemplo común es descargar en el débil la cólera que suscita el fuerte. Otro ejemplo es la sustitución de los impulsos sexuales por otros que aparentemente carecen de contenido erótico.

La *proyección* consiste en atribuir la hostilidad propia a otra persona. El ego no acepta los impulsos agresivos como propios y los niega y proyecta al exterior. Es una defensa frecuentemente usada y en sus formas más drásticas es propia de ciertas psicosis.

La *conducta provocativa* consiste en expresar hostilidad contra otra persona con el propósito secreto de inducirla a atacar para que así la agresión parezca ser una defensa legítima.

La *reversión de sentimientos* consiste en que en lugar de expresar hostilidad hacia otra persona, se vuelca contra uno mismo en forma de autocrítica y autorreproches. El ejemplo más comprensible es el del niño que descarga su cólera impotente golpeándose a sí mismo.

En el *aislamiento* ciertas tendencias objetables son separadas del resto del contenido mental y se experimentan como ajenas o inocuas. Ésta es la base de los rituales compulsivos: tocar, lavar, etcétera.

La *regresión* es un mecanismo universal. De hecho, los síntomas neuróticos tienen una connotación regresiva. La conducta coordinada y adecuada es remplazada por actividades en la fantasía, el contenido de las cuales muestra el retorno a modos de gratificación superados en el curso del desarrollo. Por ejemplo, ante una situación peligrosa, una persona adopta una actitud de indefensión y espera que alguien asuma la responsabilidad y la releve de ella.

El *masoquismo* es visto como una defensa contra el sentimiento de culpabilidad. Infligiéndose a sí mismo castigos o provocándose sufrimiento, el sujeto expía su culpa y puede liberarse temporalmente de sus sentimientos derogatorios.

La *conversión* consiste en la represión de tendencias ajenas al ego, las cuales no encuentran expresión psicológica en la conducta coordinada, pero pueden manifestarse por medio de síntomas como: cambios en los músculos del esqueleto, de la laringe o de los órganos de los sentidos. Los síntomas tienen un significado simbólico y a un tiempo expresan y niegan los impulsos.

La identificación de las maniobras defensivas que hemos descrito permite comprender mejor el sentido oculto de la conducta de otros; comprender sus actitudes, temores, fantasías y síntomas psicopatológicos. En su conjunto la identificación de la puesta en juego de mecanismos de defensa permite una comprensión más profunda de diversos aspectos de la conducta humana.

LA CARACTEROLOGÍA DE FREUD-ABRAHAM

Freud explicó el desarrollo del carácter como resultado de la frustración o satisfacción de necesidades instintivas que adquieren predominio en cada una de las etapas de un desarrollo psicosexual cuyo esquema fue diseñado por él. La caracterología que tiene como base la teoría freudiana del desarrollo psicosexual fue ampliada y procesada por Karl Abraham,¹⁷ quien fuera uno de los primeros colaboradores de Freud. Su concepto central es que en cada estadio de desarrollo de la personalidad las reacciones del individuo están determinadas primariamente por la forma en que la libido está organizada.

El carácter oral

En el lactante los impulsos para succionar son predominantes. Además de ser necesaria para la ingestión de alimento, la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera. Así pues, la principal fuente de placer para el niño durante este estadio denominado oral es el tomar, el recibir. Posteriormente, al iniciarse la dentición, el placer en morder puede subordinar y remplazar al placer en succionar. Conforme su desarrollo progresa normalmente el niño renuncia a estas formas de placer o, más bien dicho, las subordina a otras nuevas.

Como resultado de ciertas condiciones, piensa Abraham, parte importante de la libido puede permanecer fija en la zona oral y como consecuencia de ello los impulsos a succionar y a morder persisten engranados en el carácter de la persona, si bien no en forma original, sí modificados por medio de sublimaciones y sobrecompensaciones (tendencias orales). La hipótesis de Abraham postula que cuando para un niño, debido a factores constitucionales y maternos, la succión fue demasiado placentera, retiene para el resto de su vida la convicción optimista de que todo ha de resultarle bien en la vida; que siempre habrá de encontrar personas (sustitutos maternos) que lo habrán de cuidar y de satisfacer sus necesidades. “Toda su actitud hacia la vida muestra esa convicción de que el pecho materno manará para él eternamente.” Estos individuos, demasiado optimistas y confiados, tienden a la pasividad y a la receptividad. Si, por el contrario, durante este periodo el niño se ha visto frustrado en la obtención de placer mediante la succión, las consecuencias son muy distintas. Cuando mayor, siempre parece estar requiriendo algo de las demás personas; si no lo recibe, está dispuesto a tomarlo agresivamente. En tanto que en el carácter derivado de la fase “succionadora” las tendencias cordiales predominan, en los rasgos provenientes de la fase “mordente” la ambivalencia entre impulsos hostiles y cordiales es manifiesta.

Abraham considera la generosidad, la sociabilidad, la curiosidad y la ambición rasgos prominentes en el carácter oral, y hace notar además que en éste, como en otras formas de organización caracterológica, los rasgos se encuentran organizados en una unidad coherente.

El carácter anal

En un artículo titulado “Carácter y erotismo anal”, Freud¹⁸ señaló que rasgos de carácter como el orden exagerado, la parsimonia y la terquedad están relacionados con el significado erógeno de la zona anal. Estos rasgos, que se asocian con otros como la limpieza exagerada, el detallismo y la meticulosidad, se presentan con frecuencia juntos en un mismo individuo en forma suficientemente prominente para ser considerados una orientación del carácter.

Abraham elaboró las ideas de Freud señalando que limpieza, orden y exactitud constituyen sobrecompensaciones del interés en las cosas que son sucias (el interés del niño en sus excrementos). Si las demandas de los padres en cuanto a limpieza y regularidad son exageradas durante la época en que se entrena al niño en el control de sus esfínteres, éste desarrolla actitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para afirmar su autonomía. De ahí que uno de los rasgos del carácter anal sea la resistencia a lo que se considera la intromisión de otras personas en su vida privada. La persona con carácter anal tiene también dificultad para separarse de cualquier posesión, de ahí su avaricia. El sadismo es otro de los rasgos prominentes. Así, los individuos “estancados” en el periodo anal-sadista son, en general, hostiles, crueles, maliciosos, celosos, inaccesibles, reticentes y conservadores.

El carácter genital

Cuando la libido ha llegado al nivel genital, ya el carácter del niño muestra elementos que provienen de los estadios previos. La etapa final de la formación del carácter se señala por el desarrollo de la capacidad de experimentar sentimientos afectuosos y cordiales, una vez superada la ambivalencia que es residuo de los estadios anteriores.

El estadio genital se caracteriza por el conflicto de Edipo, de cuya resolución satisfactoria depende el que los impulsos libidinosos del niño permanezcan fijados en los padres, o bien puedan ser transferidos a otras personas en forma de amor y dualidad. Algunos niños no logran desarrollar sentimientos sociales ni son capaces de descartar los impulsos primitivos, antagónicos al mundo exterior.

Freud afirma que “los rasgos de carácter definitivos son perpetuaciones inmodificadas de los impulsos originales, o bien, sublimaciones o sobrecompensaciones de ellos”. Enfatiza la importancia del papel de los padres como modeladores del superego en la formación del carácter.

LA CARACTEROLOGÍA DE ERICH FROMM

Erich Fromm¹⁹ define el carácter como “la forma relativamente fija en que la energía psíquica es canalizada en el proceso de la vida”, y complementa: “Es la forma específica en que la energía humana es modelada en la adaptación dinámica de las necesidades humanas al modo peculiar de existencia de una sociedad dada”.

Es conveniente aclarar el término *adaptación dinámica* distinguiéndolo de la

adaptación estática. En la primera ocurren cambios permanentes y profundos en la organización de las fuerzas psíquicas. Por ejemplo, cuando el niño se adapta a la autoridad tiránica del padre, ocurren modificaciones importantes en su personalidad. En cambio, una persona puede adaptarse a ciertas costumbres y hábitos (por ejemplo, comer ciertos alimentos) sin que ocurran cambios en la organización de sus fuerzas psíquicas. A diferencia de Freud, quien señala la importancia de factores biológicos, Fromm pone énfasis en la importancia de los factores sociales y de la totalidad de la relación padre-niño.

En el hombre, piensa Fromm, hay dos aspectos relativamente fijos: la *constitución biológica* y el *ambiente social*. De la interacción de ambos resulta el carácter. El carácter es el sustituto del aparato instintivo del animal; permite al individuo actuar en forma automática y congruente sin tener que deliberar ante cada situación nueva. Por otra parte, el carácter es el instrumento de vinculación del individuo con el mundo, con las demás personas y consigo mismo.

Las pautas culturales y sociales dominantes en cada sociedad son transmitidas al niño por sus padres, quienes las llevan impresas en su propio carácter y que además aplican los sistemas educativos en boga. Los individuos que viven en una misma cultura, dice Fromm, tienen un núcleo caracterológico común que se desarrolla como resultado de experiencias que son comunes a quienes conviven en el grupo. Fromm llama a este núcleo carácter social, y considera que es complementado por otros elementos que son resultado de experiencias individuales.

Cuando un individuo actúa de acuerdo con su carácter, su acción se facilita y experimenta satisfacción porque las tendencias caracterológicas presentan formas automatizadas de impulsos a la acción. Fromm está de acuerdo con Freud en cuanto a la naturaleza compulsiva de las tendencias caracterológicas, pero difiere de él en cuanto a que considera que ese elemento compulsivo no es atribuible a su origen instintivo, sino simplemente a que las tendencias caracterológicas son formas de relación tempranamente establecidas en cada individuo y emergen de su necesidad de estar vinculado. Por ello el individuo no tiene más remedio que usarlas, puesto que de otro modo la soledad y la angustia serían intolerables e incompatibles con su salud mental. Piensa que Freud describió tipos caracterológicos que corresponden a la realidad clínica, pero considera que la forma como el niño es alimentado o educado en cuanto al control de sus esfínteres y hábitos de limpieza tiene importancia solamente como un índice de la actitud global de los padres, lo cual determina las formas específicas de relación que el niño establece. Los tipos caracterológicos descritos por Freud son constelaciones de rasgos que se encuentran en la clínica. Fromm así lo considera, pero los explica en forma diferente.

Una vez que el niño se vincula con el mundo en forma receptiva (oral), en forma atesoradora (anal) o en forma productiva (genital), esto se expresa en todas las áreas de la actividad del niño: intelectual, sexual, alimenticia, etc. En los términos de Freud el carácter “genital” es el normal o saludable. Fromm considera que el término puede aceptarse en sentido simbólico, como expresivo de las capacidades productivas del individuo en los distintos campos de la experiencia.

Fromm explica la formación del carácter a partir de lo que considera la necesidad más primordial de cualquier ser humano: su necesidad de vincularse con el mundo, con las personas y consigo mismo. En la vida el hombre se vincula con el mundo tanto adquiriendo y asimilando cosas como relacionándose con la gente y consigo mismo. Llama a la primera modalidad *proceso de asimilación* y a la segunda *proceso de socialización*. “El hombre puede adquirir cosas recibéndolas o tomándolas de una fuente exterior o produciéndolas mediante su propio esfuerzo.” Pero debe adquirirlas y assimilarlas en alguna forma con el propósito de satisfacer sus necesidades. Del mismo modo, el hombre no puede vivir solo y desvinculado de los demás, tiene que asociarse con otros para trabajar, para defenderse, para satisfacerse sexualmente, para jugar, para la crianza de los hijos, para la transmisión de conocimientos y posesiones materiales, etc. Pero más aún, es necesario para él vincularse con otras personas, ser una de ellas, ser parte de un grupo; el aislamiento completo es intolerable e incompatible con la salud mental. Pero el hombre puede relacionarse consigo mismo o con los demás en varias formas. Puede amar u odiar, competir o cooperar, puede construir un sistema social basado en la igualdad o en el dominio, etc., pero tiene que vincularse en alguna forma y esa forma particular de vinculación es expresión de su carácter. Fromm distingue en el proceso de socialización cinco orientaciones: masoquismo, sadismo, destructividad, conformación automática y amor. En el proceso de asimilación distingue también cinco formas de orientación: receptiva, explotadora, acumuladora, mercantilista y productiva. En ambos procesos las orientaciones están respectivamente relacionadas.

El proceso de asimilación

En la *orientación receptiva* la persona espera que todo lo que necesita o desea, ya sean objetos materiales, conocimientos, amor o placer, venga de una fuente exterior y no de sus propios esfuerzos. Pasivamente depende de otras personas, de quienes espera recibirlo todo. Está siempre en busca de alguien que la proteja. Para ella amor significa ser amada y no el proceso activo de amar; si se trata de una persona religiosa, todo lo espera de Dios, y si no, del esposo, los padres, los amigos, etc. El sentirse sola la aterroriza y por ello con frecuencia trata de ser leal a mucha gente simultáneamente. No puede decir no a las demandas de los demás por miedo a perder su apoyo. Las personas de carácter receptivo son frecuentemente cordiales y optimistas, pero se angustian fácilmente cuando sienten amenazadas sus fuentes de abastecimiento. Son amantes de la comida y de la bebida y en sus sueños “ser alimentado” es frecuentemente un símbolo de “ser amado”.

El *carácter explotador* tiene en común con la orientación anterior que aquello que es necesario para satisfacer las necesidades se obtiene del exterior, pero no como dádiva, sino por medio de la fuerza o del engaño. En cualquier circunstancia la persona que tiene esta orientación se ve inclinada a apoderarse de los objetos o ideas de otras personas. Para ella todo es susceptible de explotación. Gozan más al despojar que cuando producen por su propio esfuerzo. Su actitud es de hostilidad y manipulación. Los

individuos explotadores son suspicaces, envidiosos, celosos y cínicos. Juzgan a la gente por su utilidad y exageran el valor y las cualidades de lo que otros poseen.

El *carácter atesorador* se identifica por la tendencia a la acumulación y el ahorro. Guardar lo que se tiene es lo importante, en tanto que gastarlo es experimentado como una amenaza a la seguridad y suscita angustia. Son personas miserables con su dinero, con sus pensamientos y con sus sentimientos. Prefieren acumular conocimientos porque se sienten incapaces de actividad creativa. Para ellos amor significa posesión. Se deleitan en el pasado porque tienen poca fe en el futuro. El atesorador es ordenado, pedante, puntual y no tolera que las cosas estén fuera de su sitio. Experimenta el mundo exterior como una amenaza, de ahí la necesidad de conservar distancia entre él y la gente. Su seguridad se basa en una mezcla de desapego y de posesividad.

El *carácter mercantilista* es el resultado de una adaptación acomodaticia a las expectativas cambiantes de otra gente. Estas personas se valoran exclusivamente sobre la base de su éxito, cuyo logro frecuentemente implica “la venta de la propia personalidad”. Estos individuos oportunistas y vacíos se experimentan a sí mismos como autómatas y de ahí su angustia y su vacuidad.

El *carácter productivo* es considerado una manifestación de madurez. El hombre, además de ser racional y social, es también “productor”. Tiene que producir para vivir, es decir, transformar los materiales que encuentra. La producción material es sólo un aspecto de la productividad humana. En un sentido amplio la productividad puede ser definida como la habilidad del individuo para hacer uso de sus capacidades mentales, emocionales y sensoriales y actualizar sus potencialidades. De tal manera que la orientación productiva es un modo de relación con las demás personas, con las cosas y con uno mismo en todos los campos de la experiencia humana. Dicho en otras palabras, cada individuo nace con ciertas capacidades, como la capacidad de amar, la capacidad de pensar independientemente y la de usar su razón. El grado en que estas capacidades son desarrolladas por cada individuo depende de factores generales operantes en la sociedad y cultura en que vive y de las circunstancias favorables o desfavorables para su desarrollo, las cuales operan durante su infancia. Cuando la orientación productiva es dominante en el carácter de una persona, su vida está dirigida por la razón y el amor, y es capaz de preservar su autonomía y sin embargo estar íntimamente vinculada con los demás.

El proceso de socialización

Fromm distingue las siguientes orientaciones caracterológicas, resultantes de la vinculación del individuo con las demás personas y consigo mismo en el proceso de socialización.

Las *tendencias masoquistas* se manifiestan por impulsos a sentirse insignificante e inferior a los demás. Aunque conscientemente el individuo quiera librarse de esos impulsos, se ve imposibilitado para hacerlo y por ello sufre intensamente.

Se trata de personas incapaces de ser independientes y libres, que manifiestan un anhelo inconsciente de regresar a un estado de dependencia e impotencia. A pesar de lo inadecuado y atormentador de su situación, la anhelan porque por lo menos les proporciona el sentimiento de estar vinculados, de no estar completamente aislados, aunque sea a expensas de permanecer débiles y dependientes de los demás. La tendencia masoquista es racionalizada frecuentemente por el sujeto, quien conscientemente piensa en su dependencia en términos de amor, lealtad, devoción, etc., virtudes que en él son espurias.

Fromm distingue tres clases de *tendencias sadistas*: a) hacer que otros dependan de uno y tener un poder absoluto y sin restricciones sobre ellos; b) además de gobernar a los demás, los explota, los roba y extrae de ellos todo lo que es posible, tanto en la esfera de sus posesiones materiales como en la de sus cualidades emocionales e intelectuales; c) hacer sufrir a los demás o gozar viéndolos sufrir, ya sea física o mentalmente. La meta en este caso es lastimar activamente, humillar o hacer que los demás se sientan pequeños y miserables.

La tendencia sadista no se genera, como a primera vista pudiera pensarse, en la fuerza e independencia del individuo. Aunque en la superficie contrasta con la tendencia masoquista, ambas tienen ciertos elementos comunes y generalmente existen juntas aunque predomina una u otra. El elemento común al sadismo y al masoquismo es la incapacidad para relacionarse autónomamente con las demás personas.

La forma de vinculación es una simbiosis en la que el individuo pierde su integridad y autonomía. Del mismo modo en que el carcelero se encuentra tan privado de su libertad como el preso al cual vigila, el sadista depende de su objeto de dominio, de explotación o de humillación al cual necesita.

Ya que sadismo y masoquismo coexisten y son aspectos del mismo proceso básico de simbiosis, no es raro que los papeles puedan cambiarse. Esto es ostensible en el carácter “autoritario”, que propende tanto a someterse a sus superiores como a sojuzgar a sus inferiores.

La *conformación de autómatas* es una orientación del carácter que tiene también su origen en la soledad y en la impotencia. El individuo piensa, siente, imagina y actúa exactamente como otras personas de su cultura o de su clase, a pesar de ciertas variaciones superficiales. La tendencia a ser como los demás y someterse a los requisitos de su grupo cultural y social está notablemente hipertrofiada en estos individuos. El resultado es la sustitución del verdadero Yo por un seudoyó, que es la suma de las expectativas de los demás.

Aunque la *destruibilidad* puede ser un elemento importante en el sadismo, debe estudiarse por separado, como una tendencia aparte. La persona destructiva no trata de dominar ni de someterse, sino de destruir a la otra persona u objeto. La destructividad tiene su base en sentimientos intolerables de impotencia y de aislamiento; su meta es remover cualquier amenaza posible. Es el intento de permanecer en un aislamiento espléndido, en un esfuerzo para impedir ser destruido.

Cuando las capacidades de desarrollo emocional e intelectual son severamente

obstaculizadas, cuando las tendencias básicas hacia el amor, la creatividad y la felicidad son bloqueadas, la energía dirigida hacia el desarrollo y la autoexpansión sufre un proceso de reorganización que la convierte en destructividad irracional. Fromm distingue entre la destructividad como rasgo de carácter y la agresividad como reacción. Esta última está al servicio de la afirmación de la vida, es racional y se expresa sólo en situaciones específicas; en tanto que la destructividad orienta la conducta del individuo en todos sus actos, la agresividad suele racionalizarse como amor, conciencia y patriotismo, etcétera.

De acuerdo con Fromm *el amor es la forma productiva* de la relación con otros y con uno mismo. Implica responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento, así como también el deseo de que la otra persona crezca y se desarrolle. Es la expresión de la intimidad entre dos seres humanos bajo la condición de la conservación de la integridad de cada uno.

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Hay rasgos de la personalidad que son saludables; contribuyen a dar a quien los tiene un sentido de armonía interior y le permiten relacionarse con los demás en forma flexible y satisfactoria. En cambio, hay otros que son exagerados, rígidos y fuente de sufrimiento para el propio sujeto y para los demás. Estos rasgos limitan la libertad y adaptabilidad de quien los tiene y se les ve como patológicos. Por ejemplo, una persona es siempre imprudente y entrometida, o bien es exageradamente servil, o bien está siempre dispuesta a criticar a otros o a culpar de sus fracasos a los demás.

Lo que permite identificar un rasgo de la personalidad como patológico es su compulsividad, es decir, su puesta en juego en forma inflexible en circunstancias en que resulta inefectivo o inapropiado. Estos rasgos compulsivos son causa de conflictos intrapersonales e interpersonales. El término *trastornos de la personalidad* se refiere precisamente a la presencia de rasgos que interfieren seriamente con la armonía interna, restan a quien los tiene eficacia para contender con los obstáculos y adversidades y dificultan sus relaciones con los demás.

La investigación de la patología de la personalidad se ha hecho desde dos enfoques: uno de ellos es dimensional, el otro es categórico. En el *enfoque dimensional*, favorecido por los psicólogos, los rasgos de la personalidad se sitúan en una línea continua en la que los rasgos patológicos son vistos como formas extremas de rasgos normales. Por ejemplo, en la prueba de Minnesota la personalidad se infiere de las respuestas del sujeto a preguntas acerca de sus sentimientos y sus reacciones contempladas en situaciones comunes. Algunas de estas respuestas ocurren a menudo juntas y los conjuntos sirven para definir grupos de rasgos, de los cuales se extraen dimensiones generales bajo un rubro; por ejemplo, extraversión. Se pretende escoger el menor número de características que combinadas permitan predecir las variaciones de la conducta. Raymond Cattell deriva 42 conjuntos que reduce a 16 rasgos, que incluyen creativo-convencional, líder-seguidor, sensible-rudo, dependiente-independiente.

Eysenck²⁰ deriva tres dimensiones independientes: neuroticismo, psicoticismo e introversión-extraversión. En otros sistemas se usan dimensiones como intensidad emocional, nivel de reactividad, dominio-sumisión, rigidez-flexibilidad, estabilidad-inestabilidad, impulsividad-control, etcétera.

Las personas que sufren trastornos de la personalidad despliegan un estilo de conducta que muestra en forma extrema sus rasgos dominantes.

Una ventaja de los modelos dimensionales de personalidad es que se evita sobrestimar la importancia de un rasgo o un grupo de rasgos. La gente no tiene que ser declarada normal o anormal y los casos dudosos o limítrofes pueden ser representados correctamente. Una desventaja es que un marco de referencia demasiado simple no permite tomar en cuenta todas las observaciones y uno muy complicado es impráctico. Las explicaciones dimensionales se basan usualmente en rasgos identificados por reportes o pruebas sin tomar en cuenta ni el pasado ni el futuro. Tampoco toman en cuenta la relación que hay entre un trastorno de la personalidad y los síntomas. En su origen las explicaciones dimensionales son formas de describir personalidades normales.

Una aproximación a la personalidad sigue el modo de aproximarse a los síntomas en la medicina. Un grupo de síntomas asociados constituye un síndrome. Las *categorías* permiten un reconocimiento fácil, un juicio y una comunicación rápida. El peligro es la estereotipia. Si se estrecha el rango de las características consideradas importantes y si se exageran las semejanzas entre los miembros de una categoría, es fácil perder de vista que la línea entre dos tipos de personalidad es borrosa y que también lo es la distinción entre lo normal y lo anormal.

La mayor parte de las categorías usadas en las clasificaciones internacionales son prototipos y ninguno de los criterios listados son compartidos por todas las personas en cada categoría. Además, si bien existe acuerdo en ciertas categorías, hay otras que están sujetas a discusión. Las categorías se elaboran mediante el refinamiento de observaciones clínicas psiquiátricas, y el sistema solamente es descriptivo.

Se estima que de 5 a 15% de la población del mundo sufre algún trastorno de la personalidad. Si bien la investigación es aún insuficiente y los criterios y definiciones no son muy precisos, algunas categorías diagnósticas están claramente definidas. Por ejemplo, la categoría “personalidad antisocial” es empleada desde hace mucho tiempo y se incluye en todas las clasificaciones de trastornos de la personalidad, ya sea como personalidad psicopática o sociopática.

El DSM-III, sistema norteamericano de clasificación de enfermedades y trastornos mentales, está organizado a lo largo de cinco ejes y un paciente puede recibir un diagnóstico en cualquiera de ellos. Tres de los ejes, III, IV y V, sirven para registrar aspectos psiquiátricos asociados. En el eje I se registran los trastornos sintomáticos que incluyen entidades nosológicas como esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos obsesivo-compulsivos, dependencia de las drogas, etc. En el eje II se registran trastornos de la personalidad y del desarrollo como el retardo mental. Éstos son trastornos que abarcan toda la vida en oposición a los trastornos del eje I, que o bien son episódicos o empeoran progresivamente.²¹

La Organización Mundial de la Salud, en su 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, distingue las siguientes categorías de trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, antisocial, limítrofe, histriónico, obsesivo, ansioso y dependiente.

Personalidad paranoide

Los sujetos en cuya personalidad predominan tendencias paranoides son despegados, contenidos en sí mismos, hipersensibles, vigilantes, hipercríticos e inclinados a sospechar intenciones hostiles en quienes los rodean y a sentirse amenazados o agredidos por ellos. El mecanismo psicológico predominante es la atribución a los demás de impulsos agresivos que son una reflexión de la propia hostilidad. Mientras estas tendencias se mantienen dentro de ciertos límites, los sujetos pueden ser vistos simplemente como personas desconfiadas con quienes es difícil mantener relaciones cordiales, poco tolerantes a la crítica e incapaces de aceptar sus propios fracasos. Atribuyendo su culpa a otros protegen la imagen exaltada que tienen de sí mismos, la cual ha sido exigida como una defensa contra sentimientos de inseguridad intolerables.

La tendencia desmesurada a los celos está relacionada con las tendencias paranoides en cuanto a que obedece a un mecanismo psicológico similar: la proyección. Las personas celosas atribuyen a sus víctimas sus propios impulsos a ser infieles y se sienten en peligro de sufrir el engaño que ellas quisieran hacer. El amor de las personas celosas no es ni más intenso ni más genuino que el de personas que no lo son, lo que ocurre es que la persona amada representa para ellas un nutrimento indispensable para mantener su autoestimación y perderla representa una humillación inaceptable. Los celos pueden constituir un rasgo sobresaliente de la personalidad que eventualmente puede constituir un verdadero delirio.

Personalidad esquizoide

Abandonar el mundo externo de las personas y refugiarse en el mundo interno de los propios pensamientos puede ser una tendencia poderosa en la personalidad. Algunas personas introvertidas no aceptan el mundo como es, necesitan modelarlo según sus fantasías y lo hacen soñando despiertas. Las personas esquizoides son frías, despegadas y se experimentan a sí mismas como separadas de los demás; sufren por su separación, pero al mismo tiempo temen el contacto personal. Si la persona esquizoide tiene talento, puede retornar a la objetividad por medio de actos creativos y lograr una mejor comunicación con los demás al sentirse admirada y reconocida.

Personalidad antisocial

El término *personalidad antisocial*, o sociopática, se refiere específicamente a individuos cuya personalidad los impulsa a comportarse en forma que es incompatible con el bienestar de los demás. Son personas carentes de sentido de responsabilidad, egoístas e impulsivas, en cuyo comportamiento no influyen la experiencia y los castigos y por ello repiten sus actos antisociales una y otra vez.

En contraste con los enfermos psicóticos, los psicópatas no muestran defectos en un nivel verbal y teórico. Su contacto con la realidad es bueno y no sufren angustia, ni fobias, ni obsesiones; por el contrario, se encuentran serenos ante situaciones en las cuales personas normales estarían ansiosas o preocupadas.

Los psicópatas tienen un estilo de vida que es expresión de la estructura peculiar de su personalidad. Su comportamiento en pugna con los ordenamientos y restricciones de la sociedad carece, a los ojos de un observador objetivo, de motivaciones adecuadas; está determinado por su necesidad de satisfacer en forma inmediata sus deseos. Durante breves temporadas algunos psicópatas pueden comportarse bien, pero al cabo de un tiempo corto inexorablemente repiten sus faltas y abandonan sus responsabilidades. Esta irresponsabilidad es aparente en las diversas áreas de su vida y está relacionada con su impulsividad y con una peculiar incapacidad para prever las consecuencias de sus actos a largo plazo.

A pesar de que el psicópata está familiarizado con los conceptos éticos convencionales y puede describir correctamente las implicaciones de su conducta, en la práctica de la vida no puede aplicar estos conocimientos.

Tras una fachada que a menudo refleja calor y sinceridad, el psicópata oculta su egocentrismo y su carencia de sentimientos. Incapaz de amar y de establecer vinculaciones afectivas estables y profundas, utiliza a sus padres, a sus mujeres, a sus hijos y a sus amigos como objetos para satisfacer sus demandas instintivas.

Una característica del psicópata es su reducida capacidad para experimentar remordimientos genuinos. En general estos sujetos no suelen sentir culpa ni vergüenza en circunstancias en que sentir las sería natural e inevitable. Sus declaraciones de arrepentimiento son simplemente ajustes oportunistas diseñados para resolver por el momento situaciones de apuro. Sus actos subsecuentes no dejan dudas de ello y sus promesas no duran más que sus palabras.

Los psicópatas no parecen tener impulsos sexuales y agresivos más poderosos que los de otras personas, aunque su expresión está en ellos menos sujeta a restricciones. La mayoría de los psicópatas tiene una orientación heterosexual, pero sus relaciones amorosas son superficiales e impersonales. Aun sin tener tendencias homosexuales específicas, su falta de inhibiciones y su oportunismo hacen que algunos psicópatas consientan en tener relaciones homosexuales con fines de lucro o de explotación.

Un buen número de criminales muestra tendencias psicopáticas, pero una característica del comportamiento del criminal no psicópata es que sus actos están orientados al logro de metas comprensibles y sus motivaciones también son comprensibles. Además, el delincuente no psicópata es capaz de establecer ligas durables con otros delincuentes y adherirse a un “código del bajo mundo” cuya violación lo haría

sentirse culpable.

Rara vez los psicópatas típicos llegan a ser grandes criminales. Se contentan con obtener beneficios a expensas de sus víctimas en forma oportunista. Son estafadores, seductores, pequeños criminales, etc. Aunque, como hemos señalado, son hábiles y no carecen de talento, es infrecuente que usen sus habilidades con perseverancia. Llama la atención que sujetos bien dotados intelectualmente fracasen reiteradamente en sus intentos de organizar su vida sobre bases constructivas.

El diagnóstico de personalidad psicópata es difícil cuando se carece de fuentes externas de información. El psicópata generalmente es un sujeto que sabe manipular a las personas, da la impresión de ser juicioso y no pocas veces tiene una inteligencia brillante. Por otra parte, el diagnóstico es fácil cuando se tiene información acerca del comportamiento del sujeto en un trayecto largo de su vida. El estilo de sus actos, su repetición, la carencia de móviles razonables y su incapacidad para rectificar son característicos, como lo es también su forma de interactuar con su familia, los amigos, la sociedad, etc. Es difícil para los padres y familiares de jóvenes psicópatas desprenderse de la idea de que éstos pueden cambiar. Hay familias que se arruinan en el proceso de intentar salvar a quien no tiene salvación.

Es importante que el médico no confunda la conducta antisocial circunscrita de algunos adolescentes o grupos de adolescentes con el comportamiento psicopático. La conducta antisocial puede obedecer a causas diversas y no debe ser precipitadamente identificada como psicopática. También es importante distinguir entre el psicópata delincuente que es incorregible y el delincuente ecológico, cuya conducta es esencialmente una reacción a circunstancias adversas y deficiencias y carencias en su ambiente familiar y comunal.

No se conoce con certeza la causa de la personalidad psicopática. La herencia, defectos cerebrales tempranamente adquiridos y circunstancias ambientales parecen desempeñar un papel. En cuanto a la primera, hay observaciones suficientes para pensar que desempeña el papel más importante. Esta suposición adquiere particular fuerza en casos específicos en los que, siendo muy similar el ambiente familiar para los hijos de una pareja, sólo uno de ellos es psicópata y en él no hay datos que sugieran patología cerebral adquirida.

Algunos autores han señalado anomalías electroencefalográficas difusas en una proporción sensible de casos. Sin embargo, en otros casos típicos no se encuentran anomalías electroencefalográficas y el examen neurológico más minucioso no permite inferir la presencia de daño cerebral. En la biografía infantil de algunos psicópatas pueden estar presentes tanto el consentimiento excesivo como el rechazo. Faltaría explicar por qué estas mismas circunstancias inducen otros desórdenes en diferentes personas.

Cleckley,²² a quien impresiona el desastre que cada psicópata deja en su camino, se limita a promover el reconocimiento de la personalidad psicopática como enfermedad y recomienda el establecimiento de medios legales para proteger a la sociedad. Piensa que la mejor solución sería establecer instituciones especiales donde fueran posibles el control

y la supresión de las actividades destructivas de los psicópatas y donde por medios sencillos y humanos se les permitiera desarrollar sus habilidades, dando a cada enfermo el margen de libertad que pueda manejar sin perjuicio de los demás.

Personalidad limítrofe

En la clasificación que estamos considerando la personalidad limítrofe es un tipo de personalidad en una categoría más amplia: la *personalidad emocionalmente lábil*. Estos sujetos tienden a actuar de forma inesperada y sin tomar en consideración las consecuencias; sus estados de ánimo son inestables, caprichosos. En la personalidad limítrofe, además, se presenta un trastorno de la identidad, de la autoimagen y de las preferencias sexuales. Las relaciones interpersonales son intensas, inestables y a menudo conducen a crisis emocionales. De manera recurrente realizan actos de autoagresión.

A los pacientes limítrofes se les describe en términos de las funciones del Yo. Conservan en cierto grado algunas de estas funciones: el sentido de realidad, la estructuración del pensamiento, relaciones interpersonales en apariencia adecuadas y adaptadas a la realidad. Sin embargo, estas funciones son frágiles y en situaciones de estrés es frecuente que dejen de operar.

Las debilidades en el funcionamiento del Yo se manifiestan en la poca tolerancia a la frustración y el control deficiente de los impulsos. Hay una tendencia marcada al uso de mecanismos de defensa primitivos y la difusión de la identidad hace que el paciente experimente una sensación de vacío en su vida, que ésta le parezca carente de un objetivo, ya que es incapaz de integrar una autoimagen coherente y constante. La inestabilidad afectiva es otra característica común del débil funcionamiento del Yo del paciente limítrofe; es irritable, hostil y con tendencias depresivas. La personalidad limítrofe ha generado un número importante de publicaciones.²³

Personalidad histriónica

La personalidad de ciertos individuos muestra una constelación de rasgos que han sido repetidamente identificados en enfermos histéricos, quienes pueden también presentar síntomas conversivos o disociativos. Se trata de personas que viven en una continua actuación teatral, sin tener advertencia de su impostura. Nada de lo que dicen o hacen es auténtico. Todo está diseñado para producir un efecto. Sus afectos son exaltados y vehementes, pero carecen de consistencia.

Personalidad obsesiva

El sujeto con una personalidad en la que predominan las tendencias obsesivas es frugal, escrupuloso y obcecado. Su adhesión al orden, la puntualidad, la limpieza y la rutina es

conspicua. Se trata de personas despegadas e inhibidas en su expresión emocional, con una tendencia acusada a la indecisión y la duda. Las tendencias sobrecompensadoras de impulsos agresivos y lascivos son también frecuentes. Si son inteligentes, ven con facilidad las conexiones lógicas entre los hechos, pero no son igualmente capaces de ver sus implicaciones emocionales. Su capacidad de empatía, es decir, de ponerse en el lugar de los demás es generalmente pobre. A veces actúan como si realmente tuvieran sentimientos vivos y como si realmente se interesaran en la gente, pero el observador cuidadoso puede percibir la falta de resonancia afectiva en lo que dicen o hacen.

Los sujetos cuya personalidad se orienta exageradamente en la dirección obsesiva están especialmente predispuestos a sufrir depresiones severas, cefaleas recurrentes, síndromes dolorosos y colon espástico con constipación y diarrea alternantes.

Personalidad ansiosa

Algunas personas tienen una especial tendencia a experimentar angustia en situaciones que objetivamente no son amenazantes ni peligrosas. Situaciones de la vida similares a las que todo mundo enfrenta, como separarse de la casa, presentar exámenes, participar en competencias deportivas, asistir a reuniones sociales, etc. Estas situaciones les suscitan temores exagerados y les generan gran sufrimiento. Puede ocurrir que organicen su vida de modo de evitar encontrarse en el centro de las situaciones que temen y procuran permanecer al margen. Las personas con tendencias de evitación inhiben la expresión de sus impulsos, de sus deseos y de sus sentimientos; viven siempre temerosas de fracasar, de ser humilladas o criticadas, y por tal motivo evitan participar, competir, y aun cuando tengan sensibilidad y talento, persiguen metas que están por debajo de sus capacidades reales.

Aunque algunas personas con estas tendencias pueden dar la apariencia de ser esquizoides, sus tendencias a la evitación y al retraimiento social son consecuencia de su inseguridad y su ansiedad y no de apatía e indiferencia. Es importante la investigación sobre la comorbilidad y el traslape del trastorno de personalidad de evitación con los trastornos de ansiedad, en particular la fobia social.

Personalidad dependiente

La tendencia a no asumir responsabilidad ante las propias necesidades y a no confrontar los obstáculos con los propios poderes es el núcleo más relevante en la personalidad de algunos sujetos. Se distinguen dos modalidades de tendencias: *pasivo-receptoras* y *pasivo-agresivas*.

En un caso se trata de sujetos en cuya personalidad predomina la tendencia a ser pasivos y a obtener siempre de los demás lo que necesitan. Son dependientes, improductivos y sienten agudamente el temor de ser desamparados. Su avidez por recibir se muestra tanto en su esfera intelectual como afectiva y contrasta con su incapacidad de

dar. Aunque la mayoría de estas personas es sumisa, otras son veladamente demandantes o bien arrebatan aquello que no se les da de buena gana. Las tendencias pasivas pueden mezclarse con tendencias agresivas que se expresan por obstruccionismo, renuencia a cumplir órdenes, ineficiencia y terquedad. La conducta de estas personas expresa su hostilidad oculta que no se atreven a descargar abiertamente. En las personas pasivas, las tendencias agresivas se acentúan cuando no obtienen las gratificaciones que creen merecer.

Personalidad autodestructiva

La Asociación Psiquiátrica Americana individualiza esta alteración de la personalidad.²⁴ Corresponde a la personalidad masoquista. Las personas autodestructivas repetidamente se colocan en situaciones en las que otros abusan de ellas a pesar de tener la oportunidad de eludirlas.

El elemento medular de las tendencias masoquistas es un anhelo irracional de sufrimiento y humillación. En el masoquista parece operar una tendencia autodevaluadora que ha sido relacionada con un sentimiento inconsciente de culpabilidad. Su sufrimiento le permite acallar las demandas de su conciencia y además obtener el perdón de los demás. Es dudoso que en realidad el masoquista desee sufrir. Más bien acepta que los demás lo hagan sufrir porque no es capaz de relacionarse con ellos sobre una base diferente. La forma de relación masoquista le resulta preferible a la soledad; la falta total de relación. De hecho, el masoquista suele usar su sufrimiento como un medio de esclavizar a los demás. Característicamente, el sujeto masoquista invita a personas sádicas a usarlo como objeto de su agresión. Tiende a actuar en forma de atraer sobre sí el trato duro y humillante. Algunos sujetos masoquistas son propensos a sufrir accidentes y se muestran dispuestos a propiciar soluciones quirúrgicas a sus problemas médicos. El masoquismo en el carácter puede o no expresarse también en la esfera sexual como una necesidad de sufrir dolor como requisito para experimentar placer.

Personalidad sádica

La agresividad explosiva es un rasgo de temperamento con bases orgánicas. Otra cosa es la agresividad sostenida y la inclinación a agredir a otros como una forma de relacionarse con ellos. Ésta es una tendencia arraigada en la personalidad. Hay sujetos que viven dominados por una poderosa necesidad de humillar, empequeñecer y dominar a los demás. En esta forma de relación son comunes la mordacidad, la propensión a usar la crítica en forma destructiva y muchos tienen la convicción de que la compasión y el respeto a los demás no son sino signos de debilidad. Las personas sádicas son inexorables con sus enemigos y es común su tendencia a ensañarse con ellos cuando los ven caídos. En la esfera sexual la perversión sádica se manifiesta como una dependencia a humillar o infligir dolor como requisitos para experimentar placer.

Ambos elementos, sadismo y masoquismo, se presentan juntos en sujetos cuya personalidad puede describirse como sadomasoquista.

Hay tendencias que no se agrupan en las categorías de los trastornos específicos. Es importante reconocerlas por el papel que desempeñan en la disrupción de la armonía interior de quienes las sufren y en sus relaciones con los demás.

Tendencias competitivas

En algunas personas la propensión a competir con los demás es excesiva y se pone en juego en forma indiscriminada. Su meta no es obtener algo para su propia satisfacción, sino para superar a los demás.

Estos sujetos desmesuradamente competidores lo son por envidia. Viven devorados por el anhelo de poseer lo que otros tienen. No toleran el bien ajeno, sufren con los logros, el éxito y el prestigio de los demás y son dados a la intriga y la maledicencia. Patéticamente consumen sus energías en tratar de poseer lo que otros poseen y por ello no llegan a desarrollar sus propios recursos. En algunos casos es posible relacionar estas tendencias compulsivas a competir con situaciones infantiles de rivalidad con hermanos, favorecidas por los padres.

Tendencias autopunitivas

Hay grandes diferencias entre los seres humanos en cuanto a su capacidad para sentirse culpables. En tanto que algunas personas nunca experimentan culpa, otras viven bajo el acoso de sentimientos de culpabilidad desproporcionados a sus faltas. Puede ocurrir que una persona albergue sentimientos de culpa y no tenga advertencia consciente de ello. La culpabilidad puede a veces inferirse porque una persona muestra formas de conducta diseñadas para aplacar su conciencia mediante la penitencia o el castigo.

Freud se refirió a personas que organizan su vida de tal modo que sufren un revés tras otro. Tal parece que no pudieran tolerar el éxito y cuando están a punto de alcanzarlo cometen errores que las conducen al fracaso. Otras personas no disfrutan nunca de sus logros, siempre están inconformes porque sus éxitos nunca les parecen suficientes.

Freud hizo notar que los actos de algunos criminales están motivados por la necesidad de dar un contenido racional a un sentimiento de culpa irracional. Necesitan aliviar su culpa haciendo actos que les ocasionan castigos o que les demuestran que son inmunes a ellos.

La rigidez y la inconsistencia

Carácter rígido es un término que se refiere a la incapacidad de ciertas personas para adaptarse a las circunstancias, para transar, ceder o cambiar cuando es necesario hacerlo.

La flexibilidad propia de un carácter sano no debe confundirse con el oportunismo y la falta de convicciones. Por otra parte, la rigidez debe diferenciarse de la firmeza y la perseverancia.

En el polo opuesto se sitúan otras personas en cuyo carácter es notable la falta de cohesión. Parece no haber en ellas nada fijo, como no sea precisamente la falta de adhesión a algo; cambian de parecer, de sentimientos y de intereses de un momento a otro y los demás influyen fácilmente en ellas. Su conducta se orienta según el ambiente y las circunstancias en que se encuentren. Estas personas “débiles de carácter” carecen de integridad, de convicciones, de metas y de valores estables. Muchas veces creen ilusoriamente que son ellas quienes dirigen activamente sus vidas, cuando en realidad no hacen las cosas, sino que éstas les ocurren.

Tendencias narcisistas

El término *narcisismo* se refiere a la incapacidad de algunas personas para tomar en cuenta las necesidades, expectativas y derechos de otros, unida a la tendencia a promoverse a sí mismos a expensas de los demás.²⁵ En general, cuanto más narcisista es un individuo menos advertencia tiene de las necesidades, deseos y derechos de otros y es menos accesible a ser influido por las opiniones ajenas. El narcisista carece de esa sensibilidad que se llama *tacto*. Tener “tacto” es poder anticipar la reacción de otros a nuestras acciones; lo cual implica una capacidad respetuosa de ponerse en el lugar del otro y no hacer o decir lo que sería ofensivo para él. El “tacto” tiene la mayor importancia en las relaciones humanas. Muchas personas carecen de “tacto”.

Tendencias masculinas y femeninas

Al lado de sujetos que en forma más o menos abierta muestran una desviación sexual, hay otros en quienes un ingrediente homosexual en el carácter se expresa en formas veladas, como en ciertas aficiones o en la selección de actividades u ocupaciones que permiten al varón expresar sus tendencias femeninas, y a la mujer, sus impulsos masculinos. Esta definición del género no necesariamente afecta la función sexual en sí misma. Puede ocurrir que la conducta sexual abierta sea heterosexual, aun cuando un componente homosexual se encuentre infiltrado en el carácter y se exprese mediante él.

Ocurre que elementos femeninos en el carácter del varón y masculinos en el de la mujer se expresan en una trasmutación de funciones en el hogar. Mujeres masculinas, agresivas y dominantes y hombres femeninos, pasivos y receptivos suelen acoplarse bien. El sujeto inseguro de su masculinidad sobrecompensa sus tendencias femeninas tratando de convencerse a sí mismo y a los demás de sus dotes masculinos mediante la conquista de numerosas mujeres. Algunas mujeres frías exageran su coquetería y se comportan en forma excesivamente seductora. Realmente lo sexual por sí mismo no les interesa gran cosa, más bien usan sus encantos para ejercer dominio sobre los varones excitándolos

sexualmente y para asegurarse a sí mismas de su feminidad.

COMORBILIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Ocurre a menudo que un enfermo sufre tanto un trastorno sintomático como un trastorno de la personalidad. La relación entre ambos es a veces estrecha aunque puede ser poco clara. Un punto de vista general es que un individuo con una personalidad anormal sucumbe más fácilmente que otro a los eventos y circunstancias que le generan estrés. En general un trastorno específico de la personalidad hace a la persona más vulnerable a sufrir ciertos síntomas. Por ejemplo, las personalidades esquizotípales son más susceptibles a sufrir esquizofrenia; las personas obsesivas lo son a sufrir obsesiones y compulsiones, y las personas con tendencias a evadirse de los problemas, a sufrir fobia social; las personalidades limítrofes y las antisociales son particularmente inclinadas al abuso de drogas y de alcohol, etcétera.

La relación entre enfermedad y personalidad ha conducido a que algunos autores se refieran al trastorno de la personalidad como si fuera una forma atenuada de la enfermedad. Por ejemplo, la personalidad esquizotípica es vista como una forma atenuada de esquizofrenia y la personalidad limítrofe como una forma disfrazada de un trastorno del humor. Se piensa que ciertas situaciones durante el desarrollo infantil pueden causar tanto una personalidad dependiente como la vulnerabilidad a la depresión. Finalmente, personalidad y trastorno sintomático pueden tener orígenes independientes, pero una vez establecidos se superponen el uno al otro. La comprensión de la personalidad del paciente a menudo permite anticipar el desarrollo de los síntomas de un trastorno, como la depresión, la agorafobia o el alcoholismo, y también anuncia en algún grado la respuesta al tratamiento.

LOS ORÍGENES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En los trastornos de la personalidad no se cuenta con pruebas biológicas que ayuden al diagnóstico ni con tratamientos específicos. Se trata de trastornos habituales y estables. En general, las personalidades paranoide y esquizotípica se acercan a las psicosis, en tanto que la personalidad obsesiva y la personalidad dependiente se mantienen más cercanas a la normalidad.

La personalidad tiene una base hereditaria, si bien no sabemos con certeza cómo opera ese factor genético que tiene su expresión más amplia en el temperamento. Algunos niños son ruidosos y otros son callados, unos se vierten al exterior, algunos son impulsivos y otros celosos, etc. A las disposiciones genéticas se atribuye un peso en la individualidad. Algunos autores estiman que el factor genético orienta el desarrollo de la personalidad y que los rasgos son producto de las experiencias del niño en sus circunstancias familiares y el ambiente social y cultural. Los estudios de gemelos idénticos criados aparte y de gemelos fraternales sugieren que la agresividad, la timidez,

la impulsividad y el dominio social tienen una base hereditaria importante. En cuanto a los trastornos de la personalidad, el componente genético es más aparente. Los sujetos con personalidad antisocial tienen con frecuencia hijos antisociales, aun cuando sean adoptados tempranamente por una pareja de personas sanas.

Por otra parte, los efectos de la herencia y del ambiente no pueden ser separados en forma tajante. ¿Cómo aprenden los niños a pensar y a conducirse? Esto depende en gran parte de las respuestas de quienes refuerzan o inhiben las tendencias naturales del niño. Un niño irritable suscita que otros le sean hostiles y por ello tiende a hacerse más irritable. Un niño alegre se vuelve más alegre. Un niño con una tendencia al aislamiento característico de la personalidad esquizoide no desarrolla las habilidades necesarias para establecer contactos sociales y su aislamiento se convierte en conducta habitual difícil de alterar.

El ambiente que rodea al niño es la fuerza modeladora principal de la personalidad, y por ello las escuelas psicológicas y conductuales han puesto mucha atención a la crianza como factor decisivo en el desarrollo. Los psicólogos conductistas ponen el acento en el aprendizaje social. Los niños modelan sus acciones imitando a las personas que los rodean y tienden a repetir las acciones que les son recompensadas y les permiten evadir castigos. La conducta reiteradamente reforzada se torna más formal y difícil de modificar. Por ejemplo, un niño que es tratado con dureza tiende a aislarse y a volverse agresivo y rebelde. Un niño inseguro puede requerir muestras constantes de aprobación y un niño sobreprotegido puede ser poco capaz de contender con otros. En algunas personalidades paranoides es posible establecer que nunca recibieron demostraciones de confianza y de afecto.

El “modelado” de la personalidad es un mecanismo importante. Mediante la observación y la imitación se adoptan patrones de conducta que otros exhiben. Los padres son generalmente los modelos más accesibles y a menudo los niños repiten lo que ven hacer a sus padres aun cuando no hayan sido recompensados por ello y de hecho los padres quisieran que actuasen en forma diferente. Las expectativas que el niño tiene son otra fuente de aprendizaje social. Por ejemplo, un niño que ha sido castigado por su conducta autoafirmativa llega a evitarla aun en circunstancias en las que le sería recompensada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray, H. A., *Explorations in Personality*, Oxford University Press, Nueva York, 1938.
2. Grinker, R., *Psychosomatic Research*, Norton, Nueva York, 1953.
3. Jung, C. G., *Psychological Types. Psychology of the Individual*, Harcourt, Brace & Co., Nueva York, 1923.
4. Kretschmer, E., *Physique and Character*, Harcourt, Brace & Co., Nueva York, 1925.
5. Sheldon, W. H., *The Varieties of Temperament*, Harper, Nueva York, 1942.
6. Freud, S., “Los instintos y sus vicisitudes”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
7. Adler, A., *The Practice and Theory of Individual Psychology*, Routledge & K. Paul, Londres, 1925.
8. Fromm, E., *Ética y psicoanálisis*, FCE, México, 1985.

9. Lorenz, K., y P. Leyhausen, *Biología del comportamiento: raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*, Siglo XXI, México, 1971.
10. Allport, G., *La personalidad: su configuración y desarrollo*, Herder, Barcelona, 1977.
11. Fromm, E., *op. cit.*
12. Horney, K., *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, Paidós, Buenos Aires, 1976.
13. Sullivan, H. S., *Estudios clínicos de psiquiatría*, Psique, Buenos Aires, 1974.
14. Freud, S., “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
15. Alexander, F., y H. Ross, *Dynamic Psychiatry*, University of Chicago Press, Chicago, 1952.
16. Freud, A., *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, México, 1984.
17. Abraham, K., *Selected Papers*, Basic Books, Nueva York, 1953.
18. Freud, S., “Carácter y erotismo anal”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
19. Fromm, E., *op. cit.*
20. Eysenck, H. J., *Estudio científico de la personalidad*, Paidós, Buenos Aires, 1971.
21. Frances, A., “The DSM-III Personality Disorders Section: a Commentary”, *Am. J. Psychiatry*, núm. 137 (1980), pp. 1050-1054.
22. Cleckley, H., *The Mask of Sanity*, C. V. Mosby, San Luis, 1964.
23. Tarnopolsky, A., y M. Berelowitz, “Borderline Personality. A Review of Recent Research”, *Br. J. Psychiatry*, núm. 151 (1987), pp. 724-734.
24. Widiger, T. A., A. Frances, R. L. Spitzer y J. B. W. Williams, “The DSM-III-R Personality Disorders: An Overview”, *Am. J. Psychiatry*, núm. 145 (1988), pp. 786-795.
25. Masterson, J. F., *The Narcissistic and Borderline Disorders*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

LECTURAS RECOMENDADAS

Lindzey, G., C. S. Hall y M. Manosevitz, *Teorías de la personalidad*, Limusa, México, 1978.

Es un compendio completo y sucinto de las principales teorías de la personalidad.

Rutter, M., “Temperament, Personality and Personality Disorder”, *Br. J. Psychiatry*, núm. 150 (1987), pp. 443-458.

Se analizan los conceptos de temperamento y personalidad. Los trastornos de ésta son vistos como variantes de procesos patológicos o como anomalías globales y persistentes del funcionamiento social.

Widiger *et al.*, *loc. cit.*

Los autores presentan y revisan críticamente las modificaciones que se hicieron en el eje II del DSM-III. Su revisión incluye la evaluación multiaxial, el uso de clasificaciones categóricas, más que dimensionales, el cambio de criterios monotéticos o politéticos y la adición de dos trastornos de personalidad. Sugieren nuevas direcciones en la investigación.

IV. EL CICLO VITAL

Infancia: desarrollo emocional y cognoscitivo.—Efectos de la desnutrición.—Psicopatología infantil: los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del desarrollo y de la conducta.—Adolescencia.—Los aspectos psicológicos.—Los aspectos sociales.—Delincuencia juvenil.—Psicopatología de la adolescencia.—Esquizofrenia.—La madurez y el climaterio: aspectos psicológicos y psicopatología.—Senectud: aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.—Psicopatología de la senectud.

EN EL desarrollo e involución de la personalidad la herencia proporciona la estructura y el trasfondo que determina las bases de ciertas cualidades y el ritmo total del lapso de la vida. Con ciertas variantes individuales la secuencia de las fases del desarrollo está predeterminada por factores hereditarios; la iniciación del lenguaje articulado, de la marcha, la maduración de las glándulas sexuales y los cambios degenerativos de la senectud tienen lugar en todos los humanos con la misma secuencia y aproximadamente a la misma edad. El patrón fundamental del ciclo vital se extiende desde la maduración prenatal y el nacimiento hasta la senectud y la muerte.

INFANCIA

En un grado que no tiene paralelo en la escala animal, al nacer, el niño es un producto prematuro e inacabado. Su indefensión es tal que su completa dependencia de la madre o de quien la sustituye se prolonga por un tiempo que es insólito si se le compara con otras especies animales. Por otra parte, su plasticidad y su capacidad de aprender son también únicas en la escala zoológica y permiten la participación de múltiples influencias conformadoras.

La personalidad es resultado del despliegue de la dotación biológica y de las experiencias que la modelan durante los primeros años. La influencia del ambiente sobre la dotación genética se deja sentir muy precozmente. Las influencias de los padres en el niño comienzan a delinearse en sus actitudes hacia la concepción y las circunstancias que rodean el embarazo. También es posible que durante este último los estados emocionales de la madre influyan en el feto por medio de mecanismos endocrinos y bioquímicos aún no esclarecidos.

En el curso del embarazo un producto bien dotado genéticamente puede ser dañado si la madre sufre intoxicaciones e infecciones, particularmente por virus como el de la rubéola, o si sufre los efectos teratogénicos de ciertos medicamentos. El peligro es mayor durante los tres primeros meses de la gestación.

El parto prolongado o traumático, la utilización de fórceps y la hipoxia dañan al cerebro. Algunos obstetras y pediatras atribuyen riesgos a la anestesia y también se ha sugerido que el cambio repentino de presiones a que está sujeto el producto en la operación cesárea tiene efectos nocivos sobre el cerebro.

Desde su nacimiento los niños revelan notables diferencias individuales en cuanto a la succión, el funcionamiento del aparato digestivo y el ritmo del sueño y de la vigilia. Los

recién nacidos difieren también en cuanto a su sensibilidad a los ruidos, a los estímulos táctiles, etcétera.

Actualmente se distinguen dos clases de influencias conformadoras: unas que actúan en forma explosiva, por tiempo muy breve, en ciertos momentos críticos del desarrollo, y otras que actúan más lenta y silenciosamente y se ejercen mediante actitudes, gestos y signos. En los animales las influencias críticas son aparentemente las más importantes, como lo pone de manifiesto el “troquelado” de los instintos, descrito por los investigadores de la conducta animal. Aunque en los humanos no puede descartarse la posibilidad de una influencia mayor en momentos críticos, es decir, momentos de mayor sensibilidad para ciertas experiencias, son las influencias lentas y persistentes las que parecen desempeñar el papel principal.

Las observaciones llevadas a cabo directamente en niños por Ribble,¹ Spitz,² Bowlby,³ Mahler⁴ y otros han puesto de relieve el carácter transaccional de la *relación madre-hijo*. Es necesario entenderla como un sistema en el que los elementos que lo constituyen, la madre y el hijo, se afectan e influyen recíprocamente.

En la relación madre-hijo la madre no sólo alivia las necesidades del niño generadas en sus tensiones internas, sino que también provee los estímulos necesarios para el desarrollo del psiquismo infantil. El modelo de la relación es el de un servocircuito o circuito de retroestimulación. El niño emite señales que la madre recibe, y ella a su vez emite señales que el niño recibe; la respuesta de uno de los participantes influye decisivamente en la respuesta del otro. Las perturbaciones de la relación pueden deberse a defecto de uno u otro de los participantes; por ejemplo, la madre puede experimentar al niño como si fuera una parte de sí misma por un tiempo exageradamente prolongado, o bien puede retirarle su contacto y su protección antes de tiempo.

Los estudios de Spitz han mostrado la riqueza de las señales que son comunicadas en esta relación: los contactos de la piel, las tensiones musculares, el tono de la voz, el olor, las expresiones del rostro, etc. En la relación se encuentran las influencias conformadoras que determinan en buena parte las formas de relación del niño con otros “objetos”, es decir, su modo propio e individual de vincularse con el mundo personal e impersonal.

En los humanos hay pocos ejemplos de señales desencadenadoras preestablecidas, comunes en los animales. Hacia el segundo o tercer mes el aparato afectivo y motriz del niño ha madurado lo suficiente para que pueda sonreír. A esa edad los niños sonríen cuando su madre les sonrío, pero de hecho la presencia de la madre no es necesaria para que el niño sonría, basta que se desplace por delante de sus ojos la imagen frontal de un rostro sonriente aun cuando esté burdamente diseñado. Lo interesante es que esta respuesta preconstruida, por así decirlo, y lista para ser usada a partir de un momento dado en el desarrollo, está ausente en niños que han sufrido daño cerebral o una privación grave de contactos maternos. Uno puede pensar que en el establecimiento de la comunicación afectiva entre el niño y su madre la sonrisa es importante.

El carácter transaccional de la relación niño-madre es muy evidente en ciertos casos de trastornos digestivos comunes en la infancia. Ante una variedad de circunstancias, el niño puede un buen día rehusarse a comer, tal vez como una simple operación de

defensa fisiológica. El hecho puede ser visto por la madre con gran alarma, siente miedo y también se siente culpable y puede intentar resolver el problema forzando al niño a comer, lo cual suscita mayor resistencia en él y más angustia en la madre. Si esta situación se prolonga, se cierra un círculo psicopatológico. El niño que vomitó por cualquier causa sigue ahora vomitando porque hacerlo se ha sobrecargado de significados emocionales negativos derivados de la mala relación con su madre. Una vez establecido el síntoma, sólo puede ser comprendido en el contexto de esa relación. El modelo explicativo anterior es aplicable a otros síntomas psicogénicos de los niños durante los tres primeros años de vida. Muchos síntomas son en buena parte expresión de conflictos que se generan en la relación del niño con su madre.

SIMBIOSIS Y SEPARACIÓN

La interacción entre la madre y el feto comienza en el momento de la concepción. El nacimiento, la interrupción de la simbiosis madre-feto, representa un trauma fisiológico, dado que la fisiología del neonato experimenta un cambio después de su pasaje a través del canal pélvico; ahora, para asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de su vida —respirar, succionar y tragar— tiene que ser activo. Sus funciones vitales están aseguradas por reflejos listos para funcionar inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, la inestabilidad vegetativa es característica durante las primeras semanas de vida; la respiración del neonato es irregular, estornuda, bostezo, regurgita, vomita, tiene sobresaltos, etc. En las primeras cuatro semanas el niño es extremadamente frágil y vulnerable; su necesidad de recibir atención y ser protegido del ambiente es apremiante.

El niño recién nacido no ha recibido aún imágenes evocables, no tiene representaciones de objetos, ni de sí mismo, ni resonancia afectiva. Aun cuando es capaz de seguir señales luminosas, habrán de transcurrir varias semanas antes de adquirir la visión binocular.

A partir de la segunda semana el niño tiene representaciones parciales de objetos y cuando está semidormido o alimentándose muestra un estado placentero. Después de la tercera y antes de la quinta semana el niño es *capaz de sonreír ante un rostro cualquiera* o la representación de un rostro sonriente. Aparentemente el niño asocia el rostro humano con las sensaciones placenteras que le causa su madre en el proceso de satisfacer sus necesidades.

Hacia la décima semana, el niño sonríe espontáneamente a su madre, lo cual indica que ha establecido un contacto emocional. Si la madre está disponible y dispuesta a responderle, la estimulación recíproca fomenta el establecimiento entre ambos de una relación afectiva intensa. El niño percibe a su madre como parte de sí mismo y se percibe a sí mismo como parte de ella. En esta etapa, llamada de *simbiosis* por Mahler,⁵ lo esencial es que el niño se experimenta unido a su madre.

Hacia los cinco o seis meses, cuando el niño se encuentra entre personas extrañas, experimenta ansiedad, llora y se agita, pero se calma al regresar a los brazos de su madre.

Esta *angustia ante la separación* es una experiencia precursora de otras experiencias angustiosas.

A partir del sexto mes el niño entra en la etapa que Mahler llamó de *separación-individuación*, que se extiende hasta el final del tercer año de vida. Se distinguen cuatro fases: la primera va de los seis meses hasta el final del primer año; cada vez que el niño es separado de su madre y se ve entre personas extrañas, llora y sufre angustia; aparentemente el niño en alguna forma teme ser abandonado por su madre.

Spitz⁶ describió dos entidades clínicas que se presentan cuando los niños son privados de cuidados maternos. El *hospitalismo* es un retraso en el desarrollo físico y mental que se acompaña de una notable vulnerabilidad a las enfermedades y que ocurre en niños sujetos a un ambiente institucional prolongado en condiciones psicológicas inadecuadas. La que él llamó *depresión anaclítica* es una reacción de duelo, que puede avanzar hacia un estadio de marasmo y retirada y a un estupor irreversible, que ocurre durante el primer año de vida en niños que habiendo tenido previamente una relación apropiada con su madre son separados de ella por varios meses sin sustituirla por otra persona.

La siguiente fase, de *práctica*, se extiende desde los 10 o 12 meses hasta los 16 o 18 meses. Lo más notable en esta etapa son los logros del niño en el área motriz. En efecto, la maduración de su sistema nervioso le permite desplazarse a voluntad. En el primer año la fuente principal de satisfacción del niño es la alimentación. Ahora lo es el control voluntario de los músculos, incluyendo los esfínteres del ano y la vejiga. El niño usa su habilidad motriz para explorar el mundo que lo rodea. En esta etapa se inicia la separación activa de la madre. Si el niño se aleja caminando o se tapa la cara, su madre desaparece. El niño ensaya hasta adquirir dominio sobre su miedo a la separación. En sus juegos repite con sus muñecos las manipulaciones de que ha sido objeto: los baña, los viste, les cambia pañales, etcétera.

Winnicott⁷ ha hecho hincapié en que algunos niños desarrollan un apego intenso hacia un objeto: un juguete, un muñeco, un pañal, etc. Este objeto se vuelve muy importante para la tranquilidad del niño; separarlo de él le suscita angustia. Aparentemente la adhesión a este *objeto transitorio* tiene como función permitir al niño dominar la angustia de la separación. El objeto, que puede manipular según sus deseos, representa a su madre.

Las dos determinaciones más importantes de la efectividad social, la locomoción y el discurso, se establecen hasta el segundo año de vida. El niño puede vocalizar y gradualmente sus vocalizaciones asumen el carácter del lenguaje. Aunque condiciones ambientales como el contacto con otros adultos y niños pueden afectar la velocidad del aprendizaje, los efectos ambientales tienen límites. Un hecho establecido es que el desarrollo puede ser retardado drásticamente por un empobrecimiento del ambiente, pero es difícil acelerarlo mediante cambios ambientales favorables. Gradualmente la socialización se convierte en determinante poderoso de la conducta.

El creciente control voluntario del sistema muscular permite al niño participar activamente en su adiestramiento. Desea conservar el amor de su madre y, por ello, la complace. Así, la madre puede lograr que el niño haga lo que le pide. Por ejemplo,

controlar sus deseos de defecar, orinar, etc. Pero el niño puede no controlar sus esfínteres como expresión de resistencia y hostilidad hacia su madre. De hecho el niño está ya atrapado entre su deseo de complacer a la madre y la hostilidad que le suscitan sus frustraciones e imposiciones.

Se asume que en esta fase del desarrollo temprano, que Freud llamó *fase anal*, el niño aprende a distinguir entre lo que es aceptable y lo que es inaceptable; controla su deseo de jugar con sus heces y manipular objetos como comida, lodo, plastilina, y sólo lo hace en las formas y en el grado en que la madre lo permite.

Alrededor de los 15 meses ocurre lo que Kaplan en un libro reciente ha llamado *el segundo nacimiento del niño*. En efecto, en esta etapa emerge la mente pensante y, como consecuencia, el mundo de símbolos, imágenes y conceptos reemplaza al mundo simple del movimiento y de la acción. Conforme el niño se mueve hacia el “nacimiento psicológico” y el uso de la palabra *yo*, el sentimiento de separación le causa sufrimiento. En cierto modo, el anhelo de volver a la unidad original persiste en los humanos por el resto de la vida y es la base de experimentar el deseo imperioso de ser protegido y amparado por figuras poderosas y de someterse a ellas, y confiere a esas figuras el poder de influir en la persona.

Un niño que siempre “se sale con la suya” emerge con *un sentido grandioso de su poder*, pero si pierde demasiadas batallas emerge con un *sentido de humillación* y de duda acerca de sí mismo. Sentimientos básicos de confianza, tolerancia de sus propios impulsos, capacidad de dar y recibir se modelan como consecuencia de la resolución de ese conflicto infantil que en alguna forma continúa por el resto de la vida.

La fase de *separación-individuación* propiamente dicha se extiende de los 18 meses a los dos años de la vida. Las primeras verbalizaciones representan una ampliación del Yo, nuevas funciones y un manejo más efectivo de su autonomía. El niño usa frecuentemente la *negación* como forma de autoafirmarse.

La siguiente fase se extiende hasta el tercer año. Se caracteriza por la adquisición de la capacidad de mantener la representación mental de los objetos. Puede decirse que para el niño su madre existía realmente cuando estaba presente y dejaba de existir cuando se alejaba. Ahora el niño ha adquirido lo que Piaget llamó *constancia objetal*. Puede evocar la imagen de su madre ausente aun cuando no la vea. Piaget describe que si a un niño de año y medio que va a tomar un juguete se le cubre la vista, ya no lo busca, pero después de los dos años ocurre que lo busca activamente. Para tener constancia objetal, el niño requiere memoria y las nociones de tiempo y espacio.⁸

En esta fase emergen otras capacidades psicológicas, como distinguir entre lo que proviene del exterior y lo que proviene de uno mismo, ya sean afectos u otros estímulos; también surge la capacidad de síntesis e integración, la posibilidad de ejercer un juicio de realidad que le permita descartar lo que es incongruente o inaceptable. Es entonces cuando puede haber ya una barrera entre lo consciente y lo inconsciente. Este último está caracterizado por la ausencia de las funciones que caracterizan a la constancia objetal: ausencia de la noción de tiempo y espacio, coexistencia de incongruencias, condensaciones, etcétera.

El niño percibe claramente la figura de la madre y la del padre sin confundir los estímulos que provienen de ellos ni los afectos que siente hacia cada uno. También puede evocar una representación mental de sí mismo que le permite distinguir sus propios límites. Sullivan⁹ llamó a esta forma de pensamiento —caracterizada por “procesos secundarios”— *pensamiento sintáxico*, para distinguirlo del *pensamiento paratáxico*, característico de los “procesos primarios”.

Erikson¹⁰ piensa que las vivencias que el niño tiene en esta época de la vida y la relación que establece con su madre son determinantes para el futuro. Por medio de su separación e individuación, y en consonancia con la calidad de su relación con la madre, el niño desarrolla la confianza de ser aceptado y de que sus necesidades serán satisfechas. Erikson denominó *confianza básica* a esta condición del niño.

Cuando el niño tiene tres años ya ha desarrollado grandes capacidades cognoscitivas, tiene ya capacidad de manejar algunos de sus impulsos, de lidiar con la angustia, y tiene control muscular voluntario. Los defectos en el desarrollo de estas funciones tienen consecuencias que se hacen más visibles en las fases subsecuentes de su desarrollo.

Un niño normal de tres años tiene una percepción clara de sí mismo como una entidad diferente, y de su madre y su padre como figuras más importantes. En esta etapa se establece en su mente un conjunto de relaciones que implican amor, odio, rivalidad, miedo, culpa, etc. El pequeño siente atracción y ternura y también hostilidad hacia uno y otro padre. Integrar coexistencia de impulsos contradictorios hacia el padre o hacia la madre le es aún difícil, por lo cual pone en juego mecanismos de defensa; por ejemplo, puede percibir como provenientes del padre o de la madre los impulsos inaceptables que él siente hacia ellos. El pequeño de tres años siente que su propia hostilidad proviene del otro: su madre o su padre. Manipula este conflicto por medio del *desplazamiento de su hostilidad*, atribuyéndola a objetos exteriores como perros, gatos, insectos, brujas, vampiros, etc., y exponiéndose activamente a estos *objetos fóbicos*, disfrutando los cuentos de monstruos y de brujas. La puesta en juego de estos mecanismos de defensa es muy común y por lo tanto las fobias y los miedos infantiles son muy frecuentes durante el tercero o cuarto año de vida. En ocasiones el niño quisiera vestirse de fantasma, de monstruo, de bruja, etc., y transformarse así en el objeto poderoso y temido. Ana Freud llamó la atención sobre este mecanismo de “identificación con el agresor”. Se piensa que cuando las funciones de síntesis e integración no se han desarrollado adecuadamente estos mecanismos fóbicos tienden a continuar o bien reaparecen en etapas posteriores de la vida.

Otro aspecto observable en el niño hacia los tres años, al que se atribuyó en el pasado una importancia central, es su interés en los genitales. El pequeño observa su pene y tiene curiosidad acerca de él. La manipulación del pene produce a los niños sensaciones placenteras. Muchos niños expresan abiertamente sus inquietudes y su curiosidad acerca de las diferencias sexuales, el origen de los niños, etc. Si la curiosidad del niño en el área sexual suscita repudio o castigos, el niño la oculta.

El concepto freudiano de sexualidad infantil y la teoría del “complejo de Edipo” han sido muy debatidos y en años recientes ha disminuido el interés en el tema. Como

mencionaremos en un capítulo posterior, la sexualidad del niño puede entenderse mejor en un marco conceptual diferente.

A partir de los cinco o seis años, el niño se torna más introvertido y exterioriza menos sus afectos, sus fantasías y sus preocupaciones. Freud designó a esta etapa del desarrollo, que se extiende hasta la pubertad, *periodo de latencia*.

A partir de Rank,¹¹ algunos autores como Fromm y Mahler han identificado como conflicto central en el desarrollo psicológico del niño el que se genera entre la tendencia innata hacia el *desarrollo de la individualidad y la autonomía* y la tendencia a mantenerse dependiente de la madre y continuar ligado con ella y protegido. Se ha inferido que la forma como el niño encara y resuelve este conflicto determina en parte sus actitudes de adolescente y de adulto hacia sí mismo y hacia los demás; el grado en que es capaz de dar y recibir amor, expresar hostilidad, tener confianza en sí mismo e iniciativa.

Dentro del marco de la resolución del conflicto entre la unidad y la separación, que se da entre los 18 y los 36 meses, se define, en sus líneas más generales, la clase de adulto que habrá de llegar a ser. Se ha propuesto la teoría de que la propensión de algunas personas a perder el contacto con la realidad y sufrir psicosis en épocas posteriores de la vida está relacionada con defectos en el desarrollo de las funciones de adaptación (ego) en las primeras etapas. La teoría no explica la causa de esos defectos.

Es importante que la separación de la madre y del niño ocurra en forma razonablemente oportuna y armónica. En algún grado el conflicto es ineludible porque la tendencia a la autonomía y la individuación está también construida en la naturaleza biológica del hombre. En cada paso la separación implica miedo ante la insignificancia y la indefensión.

En nuestra cultura la iniciación de la *vida escolar* a los seis años marca el principio de una notable expansión social y mental del niño. Se coincide en que cuando el niño termina el periodo que va desde esa edad hasta el principio de la pubertad ya han quedado formados en él los rasgos más prominentes de su carácter. Por ejemplo, hacia los seis años son ya muy claras las diferencias entre niños que muestran una voluntad de dar y de compartir y otros que son incapaces de separarse de sus posesiones. También son visibles, en grados variables, la tendencia a la envidia y los celos, a oponerse a las prohibiciones y la tendencia al orden y a la limpieza.

En 1951 Bowlby¹² reunió datos demostrativos de que, como resultado de una interrupción prolongada de la relación con su madre durante los tres primeros años de vida, se producen cambios persistentes en la personalidad del niño. En estas condiciones el niño se torna retraído, tiende al aislamiento y no desarrolla ligas afectivas con otros niños o con personas adultas. Este investigador concluyó que la privación prolongada de contacto del niño con la madre está específicamente relacionada con el desarrollo de un carácter inafectivo, que fácilmente lo orilla a una conducta antisocial persistente y extremadamente difícil de corregir.

Aunque Spitz y Bowlby difieren en la interpretación de algunos de los hechos

observados por ellos, están de acuerdo en cuanto a que la interrupción prematura y prolongada de la relación con la madre produce en el niño daños que en los casos más graves pueden ser casi tan importantes como la deficiencia innata de su equipo biológico. Estas observaciones encuentran una confirmación indirecta en otras provenientes del campo de la etiología y del campo de la psicología animal.

No nos referiremos en forma detallada a estos estudios, únicamente haremos referencia a las conocidas investigaciones de Harlow,¹³ quien ha estudiado comparativamente el desarrollo de las pautas de conducta afectiva y social en macacos criados en situaciones maternas diferentes. Una de sus observaciones es que los monos criados en completo aislamiento o con “madres sustitutas” de alambre y fieltro son posteriormente incapaces de establecer ligas afectivas normales con sus compañeros. Esta deficiencia persiste y se manifiesta en la adolescencia por una incapacidad para relacionarse sexualmente y más tarde para mostrar conductas maternas hacia sus propios hijos. En otras palabras, el fracaso en el logro de una buena relación primaria con la madre daña en forma permanente la capacidad del macaco para establecer ligas afectivas y sexuales. Con las debidas reservas estas observaciones refuerzan la presunción basada en observaciones clínicas de que, en lo que se refiere a la capacidad humana de relacionarse afectivamente, el contacto del niño con una madre cálida y amorosa es esencial.

El conocimiento de las necesidades emocionales del niño y de las actitudes parentales son ya del dominio común, pero debe reconocerse que han sido los psiquiatras orientados psicodinámicamente quienes más han contribuido a su esclarecimiento y difusión.

Diversos estudios clínicos han coincidido en señalar que las *necesidades emocionales básicas* del niño son: la necesidad de sentirse seguro y protegido por sus padres, la de ser amado y comprendido por ellos y la de tener oportunidades para expresar sus hostilidades y antagonismos para así aprender a manejarlos. También hay acuerdo en cuanto a que los *principales temores* del niño son el miedo de ser abandonado, el de no ser amado y el de ser dañado corporalmente. Cualquier circunstancia que impida la satisfacción de esas necesidades emocionales del niño o que fomente sus temores tiene un efecto nocivo sobre el desarrollo de su personalidad y puede ser causa directa o indirecta de perturbaciones en la esfera psicológica.

El énfasis exclusivo en las experiencias traumáticas como causa de trastornos de la personalidad ha sido gradualmente sustituido por un énfasis mayor en las situaciones recurrentes o persistentes, particularmente las que dimanen del carácter de los padres y de las personas del círculo que rodea al niño. La teoría del “trauma psíquico” sólo se ha visto confirmada en casos especiales y ha dejado de ocupar un lugar central entre las teorías psicopatogénicas generales.

Dejando a un lado desviaciones más graves y explícitas de la conducta maternal como el abandono, la crueldad, el trato malévolo y destructivo, etc., cuya expresión y consecuencia son claras, hay otras que operan en muchos casos en forma velada y encubierta. La hostilidad, el desapego, el rechazo, la sobreprotección, la seducción, el dominio, la indulgencia, etc., son actitudes que a menudo reflejan conflictos internos de

uno o de ambos padres y que influyen desfavorablemente en el desarrollo del carácter de los hijos.

Se ha criticado al psicoanálisis, y no sin razón, por haber formulado teorías etiológicas sobre los desórdenes de la conducta sin tomar suficientemente en cuenta la herencia, la constitución y las alteraciones orgánicas del cerebro adquiridas durante el embarazo de la madre, el parto, o en los primeros meses de vida. Una consecuencia de ello fue el error de haber arrojado una carga de culpabilidad injustificada sobre los padres en relación con los problemas de sus hijos. Un caso frecuente es el del niño que por sufrir “daño cerebral mínimo” tiene dificultades para fijar la atención, es hiperactivo, difícil de educar y su conducta en la casa y en la escuela es problemática, no obstante que sus padres actúen hacia él con la mayor paciencia y consideración.

Estudios como los de Mirsky¹⁴ en la secreción de pepsinógeno ilustran la necesidad que tiene el clínico de valorar ambos polos de la ecuación madre-hijo antes de deslindar causalidades. Asumimos que una madre sana responde adecuadamente a las necesidades de sus hijos, pero las variantes individuales en la secreción de pepsinógeno desde el nacimiento y la relación de éstas con el hambre ilustran la posibilidad de que ciertas necesidades, en este caso las “necesidades orales”, están relacionadas con constantes fisiológicas innatas. Necesidades exageradas del niño representan una demanda mayor e imprevista para la madre, quien entonces puede no reconocerlas y aun conociéndolas ser incapaz de satisfacerlas.

A pesar de sus limitaciones y extralimitaciones, el psicoanálisis al poner énfasis en las determinaciones experienciales del desarrollo de la personalidad y en las bases infantiles de la salud y la patología mental ha constituido una influencia correctora del punto de vista extremista de la determinación genética, y ha abierto un camino transitable para la comprensión de la subjetividad del niño; ha permitido comprender mejor las vicisitudes de su desarrollo y las circunstancias que lo distorsionan, y ha iluminado algunos mecanismos patogénicos subyacentes.

EL CRECIMIENTO DE LA MENTE DEL NIÑO SEGÚN JEAN PIAGET

La mente del niño, dice Piaget,¹⁵ es aparentemente ilógica y carece de sentido, mas no es así. Este investigador ha demostrado mediante experimentos muy sencillos que el pensamiento de los niños es sorprendentemente complicado. En tanto que Freud se ocupó de los instintos, Piaget se ocupó de los pensamientos. Abordó al niño desde el punto de vista de que es “un pensador en desarrollo”.

En los errores de los niños Piaget encuentra indicios para comprender mejor procesos intelectuales que son precursores del pensamiento de los adultos. Por ejemplo, un niño puede chupar cualquier cosa que se acerca a la boca, mas pronto aprende a perseverar únicamente cuando los labios se cierran sobre el pezón de la madre. Su reconocimiento del pezón como algo distinto de una sonaja es su primer uso del proceso lógico del ensayo y del error. Piaget considera que este proceso es la primera fase de cuatro que se

superponen.

Durante la segunda fase, que ocurre entre los dos y los siete años, el niño es *egocéntrico* por su inmadurez intelectual, piensa siempre en función de sus propias actividades. Por ejemplo, puede pensar que “la luna lo sigue” o que “los sueños se le meten por la ventana”. Estas ideas erróneas lo ayudan a comprender que las acciones tienen causas. Es por esto que el preescolar hace continuamente preguntas a los adultos.

En una tercera etapa, usualmente de los siete a los 11 años, el niño alcanza el umbral de la lógica. Antes de esto puede pensar que un vaso alto y delgado contiene mayor cantidad de agua que otro más bajo de la misma capacidad. La razón de su equivocación es que el niño sólo presta atención a los rasgos estáticos de su ambiente mas no a las transformaciones. Cuando el niño alcanza lo que Piaget llama la *actividad intelectual concreta* puede deducir que la cantidad de agua es la misma en uno y en otro caso. Ha comenzado a razonar y a captar el principio esencial de la educación.

En un cuarto estadio, que va de los 11 a los 15 años, el niño comienza a hacer *abstracciones* y en una forma metódica, aunque primitiva, establece hipótesis y las pone a prueba como un científico.

Un experimento típico de Piaget consiste en dar a un niño una cuerda en cuyo extremo está atado un peso y pedirle que aclare qué es lo que determina la velocidad de las oscilaciones del péndulo. Piaget observa que los niños consideran espontáneamente todas las posibilidades: cambiar el peso, dejarlo caer de alturas crecientes, cambiar la longitud de la cuerda... Lo importante es que, sin haber visto antes un péndulo, al final de sus exploraciones los niños encuentran que únicamente el acortamiento o el alargamiento de la cuerda da resultado. Precisamente una característica que acentúa la diferencia intelectual de los adolescentes en contraste con los niños es su habilidad para visualizar alternativas y ponerlas a prueba.

La cronología en el desarrollo de las habilidades en los niños ha convencido a Piaget de que la capacidad del hombre para el pensamiento lógico no es algo que se aprende sino algo que está embebido en los humanos como parte de su dotación biológica. Sin embargo, estas tendencias racionales innatas no maduran a menos que sean usadas.

Las observaciones de Piaget han permitido a los educadores extraer algunas conclusiones aplicables a la enseñanza; por ejemplo, no se puede forzar a un niño a que comprenda antes de la maduración de su capacidad específica. Además, lo que padres y maestros pueden lograr, aun con la mayor tenacidad, tiene siempre un límite. Sin embargo, si un niño no tiene la oportunidad de aplicar sus habilidades en desarrollo y de poner a prueba sus limitaciones puede no alcanzar nunca su capacidad intelectual total.

Piaget ha observado que los niños exploran su mundo con avidez, y sus hallazgos respaldan los métodos de enseñanza basados en el “descubrimiento” propuestos por John Dewey y María Montessori, entre otros. Se propone que los salones de clase sean laboratorios informales donde los niños se familiaricen con los principios de la geometría euclidiana mediante la manipulación de objetos de varias formas y aprendan los fundamentos de la aritmética y de la reproducción, por ejemplo, llevando en el salón de clase el control de la producción de huevos de unas gallinas. Piaget ha dicho que “una

verdad hecha de antemano es solamente la mitad de la verdad". La meta principal de la educación no es aumentar la cantidad de conocimientos sino crear posibilidades para que un niño invente y descubra, para que cuando crezca sea capaz de hacer cosas nuevas.

Piaget basa sus conclusiones más en su observación e intuición que en evidencias científicas demostrables y no ha tenido mucho interés en el uso de medidas estadísticas y de control. Es posible que los niños estudiados por él no sean del todo típicos.

Algunos de sus críticos piensan que sus conceptos son demasiado difusos y de poca ayuda para explicar o para diagnosticar las motivaciones y los logros de los niños como casos individuales. Branes expresa un punto de vista generalmente compartido cuando dice que los conceptos generales de Piaget sobre la mente en desarrollo son muy atractivos y que han capacitado a los adultos para aproximarse a los niños en forma sensible y realista.

EL APRENDIZAJE DEL NIÑO

El proceso del desarrollo del niño y algunas de sus perturbaciones son más comprensibles a la luz de los *periodos críticos de sensibilidad para el aprendizaje*. El desarrollo de ciertas habilidades en los niños sigue una secuencia y ocurre en ciertos periodos durante los cuales el aprendizaje procede rápidamente. Fuera de estos periodos críticos las habilidades se adquieren más lentamente o no se adquieren. Lo importante es que pasado el periodo óptimo la capacidad de adquirirlas disminuye.

Este fenómeno fue ampliamente observado en la conducta animal. En 1951, Tinbergen¹⁶ descubrió que en los patos, después de romper el huevo, se imprime un patrón de conducta que los liga con su madre, y en ausencia de ella, con otro objeto o persona que está presente en el momento. En tanto que los perros maduran sexualmente, pronto aprenden hábitos territoriales; la primera defensa del territorio propio y la primera evitación del territorio extraño pueden ocurrir dentro de una misma semana.

En los seres humanos el fenómeno del troquelado se presenta también, aunque en formas más sutiles y complejas. Cuando un patrón de conducta aparece por primera vez el aprendizaje progresa rápidamente; después se hace más lento, y si durante el periodo sensitivo se detiene a causa de circunstancias desfavorables la formación de ese patrón de conducta tiende a retrasarse aun cuando las circunstancias ya sean favorables. Las habilidades son especialmente vulnerables cuando están en el proceso de ser adquiridas y las circunstancias adversas no sólo pueden impedir su adquisición, sino inducir su regresión aun cuando ya están establecidas. Por ejemplo, un niño de dos años de edad deja de hablar, moja la cama y no quiere despegarse de su madre después de una estancia en el hospital, una enfermedad, el nacimiento de un hermanito u otros cambios importantes en la vida de la familia. Analizando las funciones preservadas y las afectadas es posible hacer inferencias acerca del momento en que ocurrió una perturbación del desarrollo. Las inferencias basadas en este criterio tienden a ser confirmadas por datos indirectos, como lo demostró Davis¹⁷ en 1967.

La succión es una respuesta que normalmente se adquiere en los primeros días después del nacimiento; si esto no ocurre el niño tiene dificultades para su alimentación. Si la función binocular no se logra en el primer año ya no se logra después, y ocurre que el niño suprime parcial o totalmente la visión con un ojo. El control sobre la vejiga se adquiere en el segundo año, pero este hábito es muy vulnerable y si el niño es afectado por una situación crítica puede perder el hábito y entonces el reaprendizaje es sumamente lento; la pérdida regresiva del control de esfínteres ocurre frecuentemente. En el tercero, cuarto y quinto años el lenguaje se hace fluido y rítmico. Precisamente en esta etapa se inicia la tartamudez como un defecto del desarrollo. También en casos de retardo mental los defectos en la articulación de la palabra y la falta de ritmo en el lenguaje se hacen evidentes del tercero al quinto año de vida.

Los periodos de sensibilidad crítica para el aprendizaje pueden explicarse tanto en términos de maduración como en términos psicológicos; durante ellos el aprendizaje se acelera. Podemos decir que el niño de un año de edad aprende a comprender el lenguaje y a hablar porque tiene la necesidad de adquirir nuevos medios de comunicación ya que su creciente poder de caminar lo separa de su madre y lo hace entrar en contacto con personas extrañas. Las explicaciones que siguen esta línea están de acuerdo con los hallazgos en el campo de la conducta animal.

Hemos dicho que la adquisición de habilidades sigue una secuencia. La adquisición de una habilidad prepara al niño para las siguientes. Cada habilidad y destreza se adquiere a una edad determinada. La secuencia es fija, pero es posible que ciertas habilidades se adquieran algo más tempranamente. Por ejemplo, un niño aprende a leer a los seis años, pero es posible que esto ocurra a los tres o cuatro años si el niño ha adquirido ya las habilidades necesarias para la lectura.

La iniciación de un periodo de sensibilidad para el aprendizaje depende de la maduración física, es decir, del crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central y de otros sistemas orgánicos. En algunos casos los mecanismos están listos anticipadamente, de ahí que, cuando las circunstancias son especialmente favorables, ciertas habilidades puedan ser adquiridas antes.

El retraso y la limitación de la capacidad para aprender es debida a defectos del sistema nervioso central, pero en ciertos casos es necesario tomar en cuenta causas explicativas más específicas. Puede ocurrir que ciertas necesidades sean satisfechas en formas diferentes. El niño sordo puede aprender a leer los labios y a comunicarse mediante signos, es decir, adquiere otras habilidades y su necesidad de adquirir las capacidades normales decrece. Puede también ocurrir que algunas circunstancias le evoquen al niño angustia en forma repetida: el niño se encierra entonces en sí mismo y no aprende a hablar y aun deja de escuchar. El círculo se cierra porque, siendo incapaz de comunicarse, cada vez le es más difícil formar relaciones sociales.

El desarrollo de las habilidades que hacen posible la lectura puede estar interferido secundariamente por las reacciones emocionales. Por ejemplo, si un niño llega a los nueve años sin haber aprendido a leer fluidamente, es muy posible que también haya desarrollado actitudes desfavorables hacia la lectura, las que expresa mediante su

resistencia a leer. En general los niños evitan aquellas tareas que les causan tensión.

Indudablemente la privación del contacto afectivo con la madre ejerce sus efectos nocivos no solamente a causa de la frustración de las necesidades emocionales muy específicas, sino que también puede producir otros efectos, especialmente la falta de estimulación y la falta de protección ante la tensión excesiva. En el desarrollo mental del niño influye la calidad de los estímulos que recibe, los cuales dependen del nivel intelectual de las personas que lo rodean.

El papel que se atribuye a la estimulación como un factor determinante del desarrollo cerebral tiene antecedentes en algunos experimentos en animales. En 1949, Hebb¹⁸ y sus colegas, y en 1958, Cooper y Zubek,¹⁹ demostraron que ratas criadas en un ambiente que las provee desde su nacimiento con una variedad de oportunidades para la acción tienen, cuando llegan a la madurez, una mayor capacidad para aprender y para resolver problemas, es decir, que son más inteligentes que otras ratas de la misma camada criadas en el ambiente restringido de una jaula. En estos experimentos se hizo patente que cuanto más temprana es la experiencia enriquecedora, mayor es su efecto.

Hay estudios que muestran que los niños criados en un ambiente donde se les estimula, donde se les exige y hay disciplina obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. Sin embargo, es necesario que la disciplina sea de tal naturaleza que no genere angustia ya que, de ser así, el rendimiento del niño en las pruebas de ejecución es comparativamente más bajo. Por otra parte, el rendimiento en las pruebas verbales de niños criados en condiciones donde no hay disciplina, se les permite hacer lo que quieren y donde, además, hay escasa interacción con los padres es bajo, si bien es relativamente mejor en las pruebas de ejecución.

Casi todos los niños cuyo cociente intelectual es de más de 140 se han desarrollado en condiciones donde priva una disciplina demandante. No cabe duda de que la disciplina en el hogar y en la escuela es uno de los factores que intervienen en el desarrollo mental.

Liddell²⁰ ha señalado que una función importante de la madre es *proteger al niño de la estimulación excesiva*. La madre constituye “la base de operaciones” que usa el niño en su exploración del mundo; lo protege de desastres potenciales y alivia su sufrimiento antes de que alcance una intensidad crítica. La negligencia y la incompetencia dejan al niño sin protección ante situaciones de tensión a las cuales no se puede adaptar si no es mediante alguna forma de conducta desordenada. Es claro que niños que han sufrido algún daño cerebral, aun mínimo, son más vulnerables y su desarrollo mental es más fácilmente afectado.

La familia como totalidad provee al niño de un sistema de seguridad y apoyo social. La madre asume el principal papel protector por la naturaleza de su liga con el niño, pero otros miembros de la familia, particularmente el padre, participan en el sistema; éste se debilita cuando falta el apoyo del padre, cuando los niños reciben poca atención y si la familia está socialmente aislada. El apoyo social sigue siendo un elemento fundamental para el despliegue de las mejores capacidades humanas en el resto de la vida.

EFFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN

En la primera etapa de la vida la desnutrición produce un retraso grave en el desarrollo del cerebro, que coincide con una reducción de la capacidad del cráneo. Esta reducción del tamaño del cerebro se ha comprobado en los humanos y en otras especies, y se debe tanto a la reducción en el número de células como a la disminución del recubrimiento de mielina y de las ramificaciones dendríticas. La deficiencia alimentaria durante el periodo neonatal causa cambios en la estructura del cerebro y en su desarrollo y funcionamiento. Los efectos de la desnutrición son tanto más graves cuanto más joven es el cerebro.

Normalmente hacia los 18 meses de edad el número de células cerebrales alcanza su límite máximo. Desde entonces hasta los tres años únicamente aumenta el tamaño de las neuronas. En un primer estadio las neuronas se dividen rápidamente y aumentan en número. Después, las células de la glia llegan a su tasa máxima de división y, finalmente, empiezan a aumentar de tamaño. A medida que la mielina se deposita en las terminaciones, éstas se ramifican y desarrollan formando la red de conexiones que caracteriza al cerebro maduro.

Una observación importante es que las anomalías conductuales de animales desnutridos durante la primera etapa de su vida son idénticas a las que presentan animales no desnutridos que han estado sometidos a aislamiento. También es importante la observación de que si los animales desnutridos son estimulados adecuadamente no sufren los defectos del comportamiento que son propios de la desnutrición neonatal.

Hay diferencias significativas en el comportamiento de los niños desnutridos que viven en ambientes ricos en estímulos intelectuales y afectivos y el de niños desnutridos que crecen en un ambiente donde experimentan privaciones de todo tipo. Se ha observado que niños desnutridos a causa de fibrosis quística y de estenosis pilórica pueden no sufrir alteraciones en su comportamiento. Se infiere que si bien la desnutrición temprana puede retrasar el desarrollo del cerebro y alterar la estructura cerebral, no afecta necesariamente el desarrollo mental. Para que esto ocurra se requiere que la desnutrición esté aunada a otras privaciones. Por otra parte, hay observaciones de que niños desnutridos que crecen en un medio de pobreza y privaciones recuperan su desarrollo normal si se les traslada a un ambiente propicio y se les alimenta adecuadamente. En otras palabras, los efectos psicológicos y conductuales de la desnutrición temprana en el seno de un medio miserable pueden ser contrarrestados si el niño es alimentado e integrado a un ambiente propicio en el sentido humano. Estas observaciones han abierto la posibilidad de recuperación intelectual de niños que sufrieron desnutrición en su primera infancia.

Cravioto se adhiere al punto de vista de que las consecuencias de la desnutrición dependen en buena parte de que el niño reciba suficientes estímulos ambientales. A mayor riqueza de estímulos corresponde mayor capacidad de desarrollo, aun cuando la desnutrición prevalezca. Es preciso admitir que el problema no ha sido aún esclarecido del todo.

Chávez²¹ ha demostrado que puede modificarse el comportamiento de niños desnutridos —callados, apáticos, poco activos, etc.— si como alimento suplementario de la leche materna se les proporcionan vitaminas y leche de vaca. Los niños que recibieron la alimentación suplementaria duermen menos tiempo, se muestran más activos y

demandan mayor atención que los que sólo ingieren la leche materna.

PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La comprensión de los problemas psicopatológicos del niño requiere el conocimiento de las situaciones ambientales adversas a su desarrollo. Puesto que en la primera época de la vida son los padres quienes más efectivamente ejercen influjos favorables o desfavorables sobre la personalidad, la investigación de cualquier problema del niño y su manejo psicoterapéutico incluye a los padres y a otros miembros de su núcleo familiar. Los síntomas y las alteraciones de la conducta que un niño muestra eventualmente no sólo dependen de las influencias morbógenas que interfieren con su desarrollo y con la expansión productiva de sus potencialidades, sino también de ciertas propensiones inherentes a su dotación genética.

Es común que los niños tengan algunos miedos, y más en ciertas edades que en otras. Miedos a la oscuridad, los monstruos, las brujas u otras imágenes de la fantasía. Estos temores suelen desaparecer con el tiempo. Cuando persisten o interfieren en su vida, el niño necesita ayuda profesional.

En la infancia la angustia patológica, sin relación con estresores psicosociales, se manifiesta en tres formas clínicas: la angustia de separación, el trastorno de evitación y el trastorno hiperansioso. Estos trastornos son relativamente comunes y sus semejanzas con la angustia de los adultos es notable. En muchos casos persiste en la edad adulta.

Trastorno de angustia de separación

La angustia de separación es angustia intensa, al punto del pánico, que un niño experimenta cuando se separa de uno de sus padres o de otras personas queridas. Generalmente el síntoma emerge súbitamente en un niño que no ha tenido problemas. La angustia es suficientemente intensa para interferir en sus actividades normales.

El niño se rehúsa a salir de casa, visitar o dormir en casa de un amigo, hacer mandados, etc. En casa puede no despegarse de uno de sus padres, y por ello lo sigue a todos lados. Estos niños se quejan a menudo de dolores de estómago, cefaleas, náuseas, vómitos, palpitaciones, mareos o desmayos. Algunos tienen dificultades para iniciar el sueño y quieren dormir en la cama de sus padres y se preocupan de que algo pueda ocurrir a uno u otro, o bien temen que si se separan nunca volverán a reunirse con ellos.

La angustia de separación se expresa también en la *fobia escolar*. Los niños se rehúsan a asistir a la escuela porque temen separarse de los padres. Algunas veces alejarse de los padres se presenta junto con el miedo a la escuela.

En este trastorno de angustia hay típicamente periodos de exacerbación y remisión en el curso de varios años. El trastorno persiste en algunos casos hasta la adultez y en su forma severa el niño es incapaz de asistir a la escuela y de funcionar en forma independiente.

Cuando la escuela los rechaza, una complicación común es el fracaso escolar y la evitación social; también la desmoralización y la depresión abierta. En la mayoría de los casos el trastorno se desarrolla después de situaciones adversas como la pérdida de un ser querido, una enfermedad o un cambio en el ambiente. Se ha propuesto que la angustia de separación es el equivalente infantil de la agorafobia en adultos.

Estos niños requieren ser estudiados. Los medicamentos les ayudan a volver al salón de clases y reducen también sus síntomas físicos. La psicoterapia y la terapia de juego y la conductual son muy útiles. Se ayuda al niño a expresar su angustia por medio del juego y se le enseña a superar su miedo mediante la exposición gradual a experiencias de separación.

Trastorno de evitación

Este trastorno en los niños se parece al de evitación del adulto y a la fobia social. El rasgo predominante es una reducción severa y persistente del contacto con los extraños, que interfiere en el funcionamiento psicosocial: los niños afectados tienen interés en la relación social, pero le temen. En escenarios sociales pueden aparecer inarticulados o mudos. Usualmente los niños con este trastorno son poco afirmativos y carecen de confianza en sí mismos.

Las habilidades de socialización pueden no desarrollarse. En casos severos el niño no forma ligas sociales fuera de la familia inmediata. El trastorno puede desarrollarse tempranamente en la infancia, el curso es probablemente crónico.

Trastorno de ansiedad excesiva

Este trastorno es equivalente al de angustia generalizada de los adultos. Es un trastorno común que se ve más frecuentemente en los niños que en las niñas. El rasgo esencial es la preocupación excesiva y una conducta temerosa que no se centra en una situación u objeto específico y que no se debe a estresores psicosociales. El niño se preocupa por eventos futuros como exámenes, lesiones, enfermedad o no responder a expectativas como límites, citas o tareas. La angustia está comúnmente expresada en preocupaciones de competencia y ejecución. Debido a estas preocupaciones los niños pueden ser vistos erróneamente como hipermaduros. En algunos casos, los síntomas físicos de la angustia, como los dolores de cabeza o de estómago, dificultad para respirar, mareos y otras quejas somáticas, son muy relevantes y por ello pueden resultar en evaluaciones e intervenciones médicas innecesarias. El principio puede ser agudo, gradual o con exacerbaciones, usualmente asociadas con estrés. En casos severos los niños tienen un rendimiento académico deficiente y no participan en actividades apropiadas a su edad.

Con excepción de la angustia de separación, no hay una evaluación sistemática precisa del tratamiento de estas modalidades de angustia en los niños. Sin embargo, muchos niños y adolescentes con angustia pueden beneficiarse con el uso de fármacos. Además

de los antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas son efectivas. En los niños severamente afectados se requiere psicoterapia individual y orientación familiar.

Fobias simples

Las fobias simples de los niños son miedos intensos a objetos específicos, como un animal o una situación (por ejemplo, estar en la oscuridad). No se tiene una explicación lógica para estos síntomas comunes en los niños pequeños. En un estudio se encontró que en la población general 43% de los niños de seis a 12 años tiene miedos que no son propiamente fobias y que no requieren tratamiento. Sin embargo, el miedo irracional a los perros generalmente requiere ayuda psicoterapéutica.

El tratamiento de las fobias de los niños incluye la desensibilización, la medicación y la psicoterapia individual o en grupos, así como la ayuda y comprensión de la escuela. Con el tiempo la mayoría de las fobias desaparece o disminuye sustancialmente.

Depresión

Sentirse frustrado o triste a causa de una pérdida en nuestras vidas es normal siempre y cuando estos sentimientos se desvanezcan en un corto tiempo. Se ha comprobado que uno de cada 10 niños de entre seis y 12 años sufren depresión, es decir, que en ellos los sentimientos negativos persisten por un largo periodo y ocurren sin una causa identificable.

Los síntomas de la depresión en los niños no difieren sustancialmente de los que presentan los adultos: tristeza, desesperanza, sentimiento de devaluación personal, cambios en el apetito, pérdida de interés en las actividades cotidianas, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, pérdida de energía, fatiga, incapacidad para concentrarse y cambios en el sueño.

Dado que los niños no tienen el vocabulario adecuado para describir su estado subjetivo ni comprender conceptos complejos como autoestima o culpa, aquellos que se deprimen suelen expresar sus problemas mediante cambios en su conducta como: disminución inesperada del rendimiento escolar, inquietud expresada en frotarse las manos, la piel, arrancarse el cabello, etc., lentitud en los movimientos o monotonía del discurso, y también quejas de dolores diversos, irritabilidad, crisis de llanto, miedo, agresividad, resistencia a cooperar, etc. Estos síntomas aparecen sin una causa externa que los explique.

Se conoce en parte el papel de los cambios bioquímicos y la participación de la herencia y del ambiente en los estados depresivos. En términos llanos puede decirse que en la depresión se pierde el equilibrio entre ciertas sustancias que hacen posible que unas células cerebrales se comuniquen con otras.

La serotonina y la norepinefrina son las sustancias neurotransmisoras más directamente involucradas. Se

presume que la serotonina causa los problemas del sueño y que la irritabilidad y la angustia características de la depresión están relacionadas con la norepinefrina, que regula el estado de alertamiento y puede contribuir a la fatiga y al humor abatido. También se ha identificado desequilibrio en el cortisol que produce el organismo en respuesta a la cólera y al miedo intenso, pero no se sabe si esto es causa o consecuencia. En una persona que vive bajo estrés intenso y prolongado aumentan los niveles de cortisol.

La historia familiar es importante en la depresión. Este trastorno es tres veces más común en los niños cuyos padres biológicos sufren depresión aun cuando han sido adoptados por una familia sana. Otras investigaciones indican que si un gemelo idéntico sufre depresión, el otro tiene 70% de probabilidades también de sufrirla. Esto sugiere que algunos niños heredan la susceptibilidad a la enfermedad. Sin embargo, son importantes las circunstancias en el ambiente familiar. Por ejemplo, un niño puede no recibir los cuidados que necesita ante la pérdida de una persona amada por divorcio o muerte, una enfermedad larga de uno de los padres o de un hermano, etc. Un niño que vive con un padre abusivo puede vivir bajo un estrés muy severo. Todo lo anterior contribuye a la depresión, pero también ocurre que niños que viven en ambientes estables y reciben amor pueden sufrir depresión.

La psicoterapia ayuda al niño deprimido a expresar sus sentimientos y a desarrollar formas de contender con sus problemas. Los niños deprimidos responden satisfactoriamente a la medicación antidepresiva, pero el uso de tricíclicos es delicado, requiere experiencia, y más que una forma única de tratamiento debe ser parte de un programa terapéutico comprensivo.

La inteligencia y el retraso mental

Cuando un grupo de niños no seleccionado y de una edad aproximada se encuentra reunido, es ostensible que la actuación de algunos es más efectiva que la de otros. En tanto que un niño se enfrenta a las situaciones con cierto plan y rápidamente alcanza la meta deseada, otros atacan el mismo problema en una forma desordenada y, a pesar de sus fracasos repetidos, persisten en sus intentos equivocados. Un niño puede conversar bien y demuestra su información en una variedad de temas, recuerda las lecciones aprendidas el día anterior y está listo para recibir otras nuevas. Otro requiere un tiempo prolongado y constantes repeticiones para poder aprender las lecciones. A pesar de su esfuerzo uno permanece inepto y torpe, en tanto que otro, procedente del mismo ambiente social y cultural, actúa en forma decidida, despierta y efectiva, y pronto se convierte en el líder del grupo.

Lo anterior expresa que existen diferencias individuales en los niños en lo que se refiere a capacidades intelectuales y que en estas diferencias existe un sinnúmero de gradaciones.

La inteligencia expresa la capacidad de la raza humana, superior a la del resto de los seres de la escala animal, para utilizar sus conocimientos y experiencias al encontrarse ante situaciones nuevas. Esta capacidad es compleja y depende, entre otras condiciones, de la facultad de retener lo aprendido y recordarlo en el momento en que se necesita.

D. Weschler define la inteligencia como “la capacidad global del individuo para actuar con propósito, pensar racionalmente y manejarse eficazmente en el ambiente que lo rodea”. No es una función simple, sino un complejo de capacidades que, sin ser completamente independientes entre sí, son hasta cierto punto cualitativamente diferenciables. La inteligencia comprende: la capacidad de aprender, la de razonar, la de resolver problemas y enfrentarse a situaciones nuevas y la de conducirse socialmente en forma adecuada.

Thorndike distingue tres tipos de inteligencia: *a)* la inteligencia abstracta o verbal (habilidad para usar símbolos); *b)* la inteligencia práctica (habilidad para manipular objetos), y *c)* la inteligencia social (habilidad para actuar en relación con otros seres humanos).

Spearman ha señalado que todas las habilidades intelectuales son función de dos factores: uno general, común a todas las habilidades, y otro específico para cada habilidad. En otras palabras, además de inteligencia general, hay en cada individuo inteligencias o talentos especiales, como por ejemplo: la habilidad matemática, la mecánica, la musical, etcétera.

La inteligencia general y los talentos especiales tienden a correr en las familias. La debilidad mental es hereditaria o tempranamente adquirida por lesiones centrales. El ambiente favorece o dificulta el logro de un desarrollo máximo de la inteligencia. Así, la educación modifica discretamente el desarrollo intelectual, pero nunca en un grado que permita que un débil mental alcance una inteligencia normal.

El *retraso mental* se ha definido como la capacidad intelectual inferior al promedio que se acompaña de deterioro en la capacidad adaptativa. La capacidad intelectual inferior al promedio corresponde a un CI inferior a 70. De acuerdo con el CI el retraso mental se clasifica en leve (50-69), moderado (35-49), grave (20-34) y profundo (menos de 20).

La deficiencia mental de un sujeto es una condición que debe valorarse en relación con sus circunstancias. Por ejemplo, la vida en las ciudades es más complicada y demanda mayor responsabilidad social que la vida campestre; de ahí que individuos cuya inteligencia es un tanto inferior al nivel común sean aptos tanto social como económicamente en medios rurales, en tanto que pueden ser deficientes cuando se trasladan a un medio urbano.

Retraso mental leve

De los retrasados mentales 85% se incluye en esta categoría. Aunque no todos los niños con fracaso escolar son retrasados mentales, todo niño retrasado mental presenta retraso escolar. Cuando crecen sin protección o se les abandona a su suerte fácilmente pueden caer en actitudes antisociales: robo, vagancia y actividades sexuales prematuras y desordenadas.

Habitualmente los débiles mentales manifiestan retardo en la adquisición del lenguaje y del control de esfínteres, pero esto, lo mismo que el retardo en la marcha y en la dentición, no siempre es muy evidente. La deficiencia intelectual se hace notoria en la escuela. Durante los tres primeros años pueden ir al parejo de los demás alumnos, pero poco a poco se van rezagando porque sus percepciones sensoriales son incompletas y mal diferenciadas, su atención es lábil, su imaginación pobre y su juicio deficiente. El niño débil mental que no es identificado a tiempo frecuentemente es víctima de las

exigencias de sus padres y maestros. Esto puede ser la causa de inhibiciones profundas, hostilidad y agresividad que dan a su conducta un carácter antisocial. El niño débil mental no protegido termina casi siempre por ser un desertor escolar. Cuando abandona la escuela suele entrar en una etapa de parasitismo familiar, pues, aunque sus padres lo utilizan en pequeñas labores, los errores y equivocaciones que comete le originan desprecios y castigos. Cuando llega a la adolescencia y abandona el control familiar para probar fortuna en el ambiente social se inicia con pequeños empleos de vigilante de automóviles, recadero o como aprendiz de algún oficio. Pero comete errores y por ello tiene que cambiar frecuentemente de ocupación hasta que llega el momento en que, inducido por alguna persona sin escrúpulos, cae en el robo mal planeado y peor ejecutado, y las mujeres, la mayoría de las veces, en la prostitución.

Por fortuna, cuando las circunstancias son favorables algunos de ellos logran encontrar un acomodo social y hasta forman familias que subsisten, si bien en condiciones precarias.

Los débiles mentales rara vez terminan la primaria. No son capaces de pensamiento abstracto, de planeamiento independiente o de asumir mucha responsabilidad. En la madurez su edad mental no rebasa de los siete a los 11 años.

Retraso mental moderado y grave

En la primera de estas categorías se incluye a 10% de todas las personas con retraso mental: son incapaces de alcanzar más de dos años de escolaridad en la primaria.

Los casos graves constituyen entre 3 y 4% de la población de retrasados mentales. Los sujetos de este grupo no llegan a comunicarse por escrito con sus semejantes, ni a comprender lo escrito por otros o lo impreso. Su edad mental está comprendida entre los tres y los siete años. Pueden aprender algunas habilidades sociales y laborales y trasladarse por sí mismos a lugares que les son familiares. Aun personas con retraso mental grave pueden aprender a comunicarse con los demás y adquirir hábitos de higiene.

Algunas de estas personas tienen paradójicamente una memoria extraordinaria que les permite recordar nombres, hechos o fechas, en forma que hasta ahora resulta incomprensible. Al llegar a la pubertad, su sexualidad emerge sin el control de la inteligencia. Aunque pueden llegar a tener cierta independencia, requieren ser supervisados.

Retraso mental profundo

Aproximadamente de 1 a 2% de los retrasados mentales tienen un CI inferior a 20. Los retrasados mentales profundos no llegan a comunicar verbalmente su pensamiento, ni a comprender el pensamiento expresado por los demás. Presentan un gran número de anomalías tanto corporales como psíquicas que les dan un aspecto característico. En los

casos más profundos son incapaces para valerse en los actos más corrientes de la vida. Algunos son incapaces de alimentarse o de asearse a sí mismos, no controlan sus esfínteres, comen sustancias como tierra, jabón, papeles o hasta sus propias deyecciones. Algunos permanecen en continua agitación; otros, por el contrario, son apáticos e indiferentes. Al alcanzar la madurez su edad mental nunca llega a ser mayor de tres años. Jamás llegan a hacer trabajo útil y requieren supervisión y cuidado constante y por tiempo indefinido.

Trastornos generalizados del desarrollo

En los niños, ésta es la forma más severa de trastorno psiquiátrico. De 10 a 15 de cada 10 000 personas la sufren.

El trastorno es generalizado en tanto que afecta las habilidades intelectuales, la percepción y la capacidad de comprender el lenguaje. Los niños afectados suelen también asumir posturas extrañas o hacer movimientos que no son usuales, ejecutar acciones como beber, comer o dormir de manera inusual. La forma más común de trastorno en esta categoría diagnóstica es el *autismo*, que aflige más o menos a 4-5 de cada 10 000 niños. El autismo suele hacerse aparente hacia los 30 meses de edad y es tres veces más común en los niños que en las niñas. Los niños autistas son indiferentes, no miran a las personas y no saben recibir ternura. Las expresiones de afecto les generan tensión. No se relacionan bien con los demás. Ocurre también que se apegan demasiado a una persona en particular y ni siquiera buscan ayuda cuando se lastiman o están enfermos.

Cuando crecen no establecen amistades, prefieren jugar solos y tienen problemas para entender las interacciones sociales de la vida cotidiana. Sus dificultades para comunicarse se deben a que no aprenden a hablar o no entienden lo que se les dice. En ocasiones se expresan en una especie de lenguaje propio, repiten frases o palabras que han oído en conversaciones o en la televisión, o bien hacen comentarios irrelevantes. La voz suele ser de tonalidad alta o monótona y pueden repetir en forma estereotipada algunos movimientos como frotarse las manos, mover los brazos o la cabeza de un lado a otro, etc. Algunos niños se pegan en forma peculiar con objetos como un cordel, una banda de goma, etc. Tienen poca tolerancia para los cambios en su ambiente y pueden tener explosiones cuando se les quita su lugar. Algunos siguen con gran detalle una rutina rígida.

No se conoce la causa de este trastorno. Aparentemente la personalidad de los padres y los métodos de crianza tienen poco que ver. En algunos casos la madre sufrió rubéola en el embarazo; en otros, el niño sufrió encefalitis durante la infancia, o le faltó oxígeno al nacer. En muchos casos hay un problema metabólico que causa también retardo mental, epilepsia u otros trastornos.

Dislexia

Entre los niños que tienen dificultad para leer, hay algunos cuyo problema no puede atribuirse a causas ambientales como no haber adquirido oportunamente hábitos correctos de lectura, irregularidad en la asistencia a la escuela, cambios repetidos de escuela, enseñanza deficiente, circunstancias que han suscitado en el niño actitudes desfavorables como apatía, resentimiento, falta de estímulo, etc. La dislexia es un problema dos veces más frecuente en los niños que en las niñas. Se debe a una disfunción cerebral. El defecto es específico en cuanto a que el desarrollo de la habilidad para leer ha quedado rezagado en relación con el de las otras funciones intelectuales que pueden ser medidas por pruebas de inteligencia. El niño disléxico percibe y discrimina normalmente patrones visuales complejos como las palabras, los números y las notas musicales.

La dislexia es atribuida a un defecto, ya sea estructural o funcional, del cerebro. Este criterio se ve reforzado por el hecho de que el defecto en la lectura tiende a asociarse con otros defectos como la lectura y la escritura en espejo, la tartamudez y en ocasiones cierta torpeza motriz. El factor genético se considera importante porque es frecuente encontrar el mismo problema en los padres, abuelos o tíos de los niños disléxicos. Se ha reportado que la concordancia de este problema en gemelos monocigóticos es de hasta 100%. Los niños que sufren dislexia se muestran inseguros y angustiados como consecuencia de sus dificultades escolares. La identificación oportuna es esencial para el manejo eficaz de los problemas.

Trastorno de déficit de la atención

Los términos *hiperactividad*, *daño cerebral mínimo* y *síndrome hiperquinético* se refieren a una alteración de la capacidad de los niños para concentrarse, aprender y mantener su actividad en un nivel normal.

Se calcula que en los Estados Unidos tres de cada 10 niños sufren un trastorno de déficit de atención y se estima que es 10 veces más común en los niños que en las niñas. Es común que no se le diagnostique antes de los siete años.

El problema se expresa por la dificultad para terminar actividades que requieren concentración, en la casa, la escuela o en el juego. Cambia de una a otra actividad, parece no entender lo que se le dice, actúa antes de pensar, es excesivamente activo y durante el sueño a menudo es inquieto. En una proporción considerable de casos el déficit de la atención se combina con una hiperactividad extrema: hiperquinesia.

Los niños hiperactivos distraen a los demás en el salón de clase y típicamente tienen dificultad para esperar su turno. Pueden además tener otras incapacidades específicas para el aprendizaje. Estos defectos conducen a problemas emocionales como resultado de regaños y castigos por parte de los adultos y el rechazo de otros niños.

Las causas de este trastorno parecen ser complejas. Se estima que en él interviene una combinación de la herencia y el ambiente. Los padres de algunos de estos niños sufrieron este trastorno en su infancia. Es necesario distinguir este trastorno de las conductas

inapropiadas de otros niños que no oyen o no ven bien a causa de otros trastornos.

El manejo requiere programas educativos específicos y el uso de medicamentos. La psicoterapia individual y el asesoramiento de la familia ciertamente es indispensable en el programa terapéutico.

Entre 70 y 80% de los niños mejora notablemente con algunos medicamentos como el metilfenidato. Mejora en su atención, lleva a cabo mejor sus tareas, controla su conducta impulsiva y se relaciona mejor con sus compañeros, padres y profesores. Todo esto mejora su *autoestima*. El programa educativo debe adaptarse a las necesidades de cada niño.

Si bien el metilfenidato es el medicamento más efectivo, suele tener efectos colaterales como insomnio, pérdida de apetito y en ocasiones irritabilidad, dolores de estómago o cefaleas. La dosis y el tiempo de administración deben ajustarse individualmente. La psicoterapia ayuda al niño a controlar mejor su conducta, a contender mejor con su trastorno y con las reacciones de los demás. La orientación de padres y maestros es indispensable.

Tanto estudios retrospectivos como de seguimiento indican que una proporción elevada de los niños con déficit de la atención e hiperactividad supera el problema, en tanto que algunos pueden sufrir en la adolescencia y en la juventud otros trastornos como conducta antisocial, abuso de sustancias y trastornos depresivos.

Trastornos de la conducta

Los trastornos de la conducta, que varían entre discretos y severos, son los problemas psiquiátricos más frecuentes en la adolescencia, pero se inician en la infancia, a menudo antes de los 10 años de edad. Su prevalencia es de 9% en los varones y 2% en las niñas.

En casos severos la conducta resulta socialmente inaceptable, de ahí que se confunda con la predelinuencia o con problemas de ajuste de los adolescentes. Los niños y adolescentes que sufren trastornos de la conducta tienen a menudo alguna patología cerebral que no se ha identificado, epilepsia o antecedentes de lesiones cerebrales, y no es raro que los adolescentes con estos problemas sean diagnosticados como esquizofrénicos.

Para hablar de un trastorno de la conducta se requiere que el problema no sea esporádico y que se mantenga por no menos de seis meses. La tendencia a mentir en forma reiterada e innecesaria es común. Los jóvenes dejan de asistir a la escuela, se ven envueltos en delitos como vagancia, destrucción de propiedad ajena, robos, crueldad con los animales o los humanos. A menudo son ellos quienes inician las riñas y se inclinan a usar armas.

Las causas de los trastornos de la conducta son complejas y sólo en parte son conocidas. Una teoría sugiere que la conducta antisocial es resultado de la privación del afecto maternal y de no haber internalizado los controles y prohibiciones paternas.

En otros estudios se pone el acento en los intentos del niño de contender con un

ambiente hostil, obtener los bienes materiales tan deseados por los púberes y adolescentes en las sociedades de consumo, u obtener un estatus social entre los amigos. Por otra parte, los estudios biológicos hacen presumir que estos jóvenes han heredado una vulnerabilidad al trastorno. Los hijos de criminales o de padres con conductas antisociales tienden a desarrollar problemas similares. Puesto que los varones son mucho más inclinados que las mujeres, se piensa que la hormona masculina desempeña un papel considerable. Otros investigadores piensan que un factor importante es un defecto aún no identificable en el sistema nervioso central.

Ninguna de estas hipótesis explica satisfactoriamente los trastornos de la conducta. Se piensa que en la génesis de estos problemas hay una predisposición heredada a la cual se suman las influencias ambientales y familiares.

Los trastornos de la conducta no se resuelven por sí solos, y estos niños y adolescentes requieren ayuda para entenderse a sí mismos y entender el efecto de su conducta en otros. La terapia de conducta y la psicoterapia individual o en grupo están indicadas.

Otras manifestaciones psicopatológicas

La psicopatología de la infancia puede manifestarse también en diversas áreas de la conducta alimentaria, la conducta motora y la de eliminación. Las alteraciones de la primera son la anorexia nerviosa, la bulimia y la pica. A estos trastornos nos referiremos en un capítulo posterior.

De los trastornos del movimiento el más conocido es el llamado *síndrome de Giles de la Tourette*. Este síndrome severo se inicia en la infancia y suele persistir en la edad adulta. Se caracteriza por múltiples tics motores y verbales. El uso de fármacos neurolépticos es efectivo en una proporción de casos en tanto que la psicoterapia no ha mostrado serlo.

El más frecuente de los trastornos de la eliminación es la *enuresis*. El término se refiere a la micción involuntaria como un evento persistente después de los tres años. La enuresis es habitualmente nocturna y ocurre entre dos y siete veces por semana. El problema es más frecuente entre los varones que entre las niñas. Su incidencia declina con la edad y es infrecuente después de los 15 o 16 años y excepcional después de los 30.

La enuresis puede presentarse como un síntoma aislado o bien asociado con otras manifestaciones psicopatológicas. Excepcionalmente el síntoma está en relación con una anomalía del tono de la vejiga, pero lo habitual es la ausencia de anomalías locales. Se ha señalado también su relación con la espina bífida oculta, pero este trastorno es muy infrecuente. En el estado actual del problema debe pensarse en la participación de un factor biológico consistente en un retraso en la madurez de los centros voluntarios de la micción; esto permite que durante el sueño, cuando normalmente disminuye el control cortical, el tono de los esfínteres se relaje con presiones vesicales más ligeras que las

habitualmente toleradas.

La participación psicológica en el problema es secundaria, varía en importancia según los casos y depende en buena parte de la actitud de los padres y su manejo del problema.

Algunos niños con enuresis responden usualmente a un tratamiento de modificación de la conducta y la corrección de los factores morbígenos presentes en las circunstancias familiares. Medidas como acostumar al niño a que se levante a orinar a medianoche, prohibirle que ingiera líquidos durante las últimas horas de la tarde, mantener su cama a mayor temperatura, dan resultado cuando se cuenta con la cooperación del niño y cuando la relación entre el niño y sus padres es buena. Los dispositivos que se basan en el principio de que al caer la primera gota de orina se cierre un circuito eléctrico conectado con un reloj despertador que suena inmediatamente y despierta al niño son útiles en casos selectos, pero han caído en desuso porque pueden complicar el problema en niños particularmente sensibles y angustiados.

Una droga antidepresiva, la imipramina, se ha usado con éxito en la mayoría de los casos. Sintomáticamente es muy efectiva, si bien los síntomas reaparecen cuando se suspende el tratamiento, por lo que debe prolongarse hasta que la enuresis remita espontáneamente, lo cual ocurre en la mayoría de los casos antes de los 15 años.

Los *terrores nocturnos* son otra manifestación psicopatológica frecuente en la infancia. Típicamente el niño se incorpora en la cama a la mitad de la noche, manifiestamente aterrorizado, con la mirada fija en una dirección; las pupilas dilatadas, la cara cubierta de sudor y gritando con terror. Su apariencia es la de alguien que está contemplando una escena horripilante. Generalmente se requiere algún esfuerzo para hacer salir al niño de este estado, ya que hay cierta dificultad para despertarlo. Una vez que esto ocurre el niño no guarda memoria de lo que ha soñado.

El *sonambulismo* es una modalidad de disociación frecuente en la infancia. El síntoma se manifiesta ya sea en forma exclusivamente verbal o bien por automatismos más complicados. El sonámbulo habla mientras está dormido o bien se levanta, lleva a cabo ciertos actos sencillos como deambular por la casa evitando los obstáculos que encuentra en su camino y regresa a su cama. Al día siguiente no recuerda lo que hizo durante el trance. Generalmente es un trastorno benigno, pero caminar durante el sueño plantea riesgos y deben tomarse precauciones para evitar que el niño pueda lastimarse. Tanto las benzodiazepinas como los tricíclicos son eficaces para detener estos episodios. La psicoterapia está indicada solamente en pacientes en quienes estos episodios son severos.

ADOLESCENCIA

El término *adolescencia*, literalmente hacerse adulto, se refiere a la época de la vida que se inicia en la pubertad y se extiende hasta los 18 años de edad, cuando el desarrollo llega a su término. La *pubertad* es el periodo comprendido entre los 10 y los 14 años. El término hace alusión a la aparición de vello en el pubis, un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En la pubertad, fase inicial de la adolescencia, se

producen cambios estructurales y funcionales profundos en el sujeto.

A primera vista, lo que impresiona del púber es su falta de espontaneidad, la exagerada conciencia que tiene de sí mismo y la inseguridad y torpeza de sus movimientos; manifestaciones visibles de un desequilibrio cuya expresión más dramática es la pérdida de las formas infantiles que hasta entonces han regido la relación del sujeto con el mundo y consigo mismo, y la necesidad de encontrar otras nuevas que sustituyan a las anteriores y que deben corresponder, para ser eficaces, a un nivel más elevado de libertad y de responsabilidad. El desequilibrio resulta de que *la madurez biológica se completa antes que la psicológica*, de tal manera que tendencias biológicas poderosas son confiadas a un organismo que aún no está preparado para ello.

Desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia, en contraste con otras épocas quiescentes de la vida, es el cambio, la transformación de la personalidad en su núcleo profundo. Este cambio ocurre en respuesta a nuevas urgencias biológicas y nuevas demandas sociales. En la adolescencia, los jóvenes toman decisiones que son irrevocables y suelen cometer errores que son irreversibles.

Los estudios etnológicos y sociales muestran que en todas las culturas y sociedades los adolescentes tienen problemas comunes. Sin embargo, dichos estudios no dejan dudas en cuanto al grado en que las condiciones familiares y culturales que rodean al adolescente dificultan o facilitan su tránsito a la adultez.

Hasta épocas recientes, la psicología descuidó el estudio de la adolescencia, por lo que nuestra información deriva principalmente del estudio de adolescentes con problemas. Por otra parte, a los adultos les resulta difícil reconstruir con detalle sus experiencias de adolescentes, las cuales, al igual que las experiencias infantiles, son fácilmente olvidadas y reprimidas.

El tránsito de la niñez a la adultez es un proceso sujeto a aceleraciones, detenciones y distorsiones; a menudo es silencioso, aunque este silencio no es indicación de un proceso saludable. Para muchos la adolescencia es una época turbulenta y a algunos les ocurre que sus proclividades malignas latentes son activadas y se hunden en la patología.

La adolescencia es un proceso de búsqueda de una *nueva identidad* que haga posible liberarse del pasado infantil y enfrentar con éxito las tareas del crecimiento humano. El mayor predicamento del adolescente es confrontar su futuro incierto; encontrar un camino y aprender a vivir en un mundo que ya no lo acepta como niño y aún no lo acepta como adulto.

Lo que caracteriza a la etapa prepúber del desarrollo es la dependencia de los padres, el pensamiento sincrético y el interés dirigido hacia el mundo exterior. En contraste, la pubertad se caracteriza por la emergencia de nuevos impulsos, capacidades e intereses: el erotismo, el anhelo de poder, la necesidad de autoafirmación, el enriquecimiento del pensamiento abstracto, el incremento de la capacidad crítica, la imaginación y la fantasía, y con ello, las tendencias introspectivas y la preocupación por el futuro.

DESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Freud explicó el desarrollo humano en términos de la sexualidad y consideró que el proceso central en la adolescencia es la subordinación de las zonas erógenas pregenitales a la zona genital y la adquisición de objetos sexuales fuera del núcleo familiar, diferentes según el género. Un elemento central de la teoría psicoanalítica es que la adolescencia es una mera recapitulación de la infancia. Los conflictos del adolescente son vistos como el resultado de las contradicciones entre las pulsiones instintivas y las restricciones morales. Desde este punto de mira el drama del adolescente es solamente una nueva versión del drama infantil.

Este marco de orientación sólo es parcialmente válido. Un horizonte más amplio emerge cuando se postula que, no obstante sus antecedentes infantiles, las tendencias y conflictos contemporáneos son relativamente nuevos y distintos de los conflictos que les anteceden, como propone Gordon Allport.²² Lo que caracteriza a las personalidades sanas es el crecimiento y la renovación, por lo que la repetición compulsiva de patrones infantiles es indicativa de un desarrollo perturbado.

Peter Blos²³ ha descrito un síndrome de “prolongación de la adolescencia”. Se trata de sujetos que, transcurrida ésta, continúan actuando en formas que combinan las prerrogativas de los adultos y las gratificaciones infantiles.

Es claro que si el proceso de la adolescencia puede prolongarse, puede también anticiparse o acelerarse. De ser así, al joven le falta tiempo para acomodarse a los cambios internos y ajustar su estructura personal; la consecuencia es un empobrecimiento de la personalidad.

Dentro de un marco de referencia longitudinal podemos describir el desarrollo en la adolescencia como una secuencia de eventos que ocurren en las direcciones siguientes: aceptación de los cambios e integración de una nueva identidad; descubrimiento de la vocación; separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía; sexualidad y ternura; superación del narcisismo; humanización de la conciencia moral y de los valores éticos. Es claro que estos cambios psicológicos tienen una contrapartida biológica en los cambios endocrinos implicados en el proceso de crecimiento.

Aceptación de los cambios e integración de la identidad

Ante la transformación de su propio cuerpo y de su psiquismo, el niño experimenta la vaga necesidad de gestar una identidad propia. La identidad implica el sentimiento de ser un individuo y resulta de la integración de múltiples elementos: las sensaciones corporales, la imagen del cuerpo, el sonido del nombre, la continuidad de las memorias, sentimientos y valoraciones acerca de uno mismo y del lugar que se ocupa en la familia, el grupo y la comunidad, y los juicios sociales. La identidad es en parte consciente e inconsciente.

En la adolescencia la identidad infantil ya no es suficiente y el niño intenta suplirla con una nueva identidad. Lo impulsa el reconocimiento de sus propias necesidades e intereses y se apoya en su identificación con otros. Dos consecuencias son claras: el adolescente se

hace más crítico y eventualmente sus propios juicios llegan a tener más peso para él que los ajenos, y su sentimiento de autoestimación descansa más en ellos. El proceso de integrarse al mundo de los adultos con una identidad propia es gradual y en ese proceso las identificaciones infantiles se subordinan a las nuevas identificaciones.

Es interesante mencionar que en algunas sociedades primitivas los adultos actúan como si el cambio de la infancia a la adultez ocurriera súbitamente. En otras culturas se reconoce su carácter progresivo y se concede tiempo a los jóvenes para que se acomoden a las condiciones cambiantes internas y externas.

Erikson²⁴ llamó *identidad negativa* a la búsqueda de identidad que se observa en algunos jóvenes que rechazan violentamente las identificaciones éticas, religiosas, familiares, etc., que dieran sentido a su vida en el pasado. El adolescente se liga entonces con gente de su edad diametralmente distinta en cuanto a valores y restricciones sociales.

También puede ocurrir una “oclusión prematura de la identidad” por medio de una rendición excesiva a las expectativas de sus mayores. En todo caso, el establecimiento de la identidad es una de las tareas principales de los adolescentes y en torno de este núcleo de su desarrollo se comprenden mejor algunos de sus problemas.

Descubrimiento de la vocación

El problema vocacional del adolescente se centra en la necesidad de decidir la clase de persona que quiere ser y le permita encontrar en la sociedad un lugar y una ocupación que anticipa habrá de darle seguridad, independencia económica y prestigio entre los demás. Lo importante es que el joven ha de fijarse metas apropiadas a sus capacidades y a sus verdaderos deseos. La dificultad es que tiene que tomar las decisiones cuando aún no sabe a ciencia cierta la clase de persona que quiere ser, ni la clase de ocupación que quiere tener.

Dentro de los límites reales, que varían de una a otra situación social y cultural, es necesario escoger. La selección es más difícil en sociedades complejas donde se abren para él muchas posibilidades, muchas carreras y ocupaciones muy diversas. En esta tarea el adolescente necesita ser guiado por personas de mayor experiencia, pero es frecuente que resienta los consejos como si fueran intromisiones en su intimidad. En esta etapa, más que en otras, el adolescente tiende a idealizar a las personas y crea fácilmente ídolos a los cuales imita o con los cuales se identifica.

Separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía

La necesidad de separarse de los padres, de incursionar más allá del círculo familiar, tiene una base biológica y un componente sociocultural. Para el adolescente separarse es imperativo, pero también quisiera permanecer niño, ligado y protegido. La clase de autoridad que han ejercido los padres es importante. Un padre rígido, autoritario, tiende a racionalizar su dureza y puede pensar que si reprime los ímpetus de su hijo es sólo “por

su bien”. Desafiar la autoridad de los padres es parte de la tarea del joven; renunciar a la ternura posesiva de la madre puede ser más difícil aún.

Algunas fricciones inherentes a la separación son inevitables. Las dificultades son reconocidas en culturas en las cuales para facilitar la tarea y suavizar las fricciones se practican ceremonias rituales que resuelven el problema en un nivel simbólico.

Es claro que las diferencias entre las generaciones no son solamente diferencias de criterio, también lo son de ritmo vital. Los mayores pueden esperar, los jóvenes ni quieren ni pueden hacerlo. “Quieren el paraíso”, y ha de ser ahora mismo.

También para los padres la separación de los hijos constituye un problema. Muchos lo reconocen y conscientemente lo aceptan, pero aun así a muchos les es difícil prescindir de su autoridad y de su poder. Algunos padres duros y puritanos tratan a toda costa de modelar a sus hijos a su imagen y semejanza, sin ninguna consideración a su individualidad. Otros tratan de sobrecompensar las privaciones que ellos sufrieron cuando niños y evitan a sus hijos toda lucha y les satisfacen todos sus deseos.

La necesidad de afirmar su autonomía es poderosa, y muchos jóvenes que no lo logran en su vida convencional lo consiguen mediante conductas desviadas: “si no puedo ser el mejor, seré el peor”. Otros, como hemos señalado, renuncian a ser autónomos y se someten totalmente a las expectativas ajenas.

En ocasiones es su anhelo de autonomía el que coloca al joven en una oposición irreductible hacia uno o ambos padres. Es común ver adolescentes cuya rebeldía en la casa es tan notable como su incondicional sumisión a los de fuera.

Sexualidad y ternura en la adolescencia

Si bien el erotismo tiene antecedentes infantiles, la pubertad se caracteriza por la erotización de la vida y en algunas sociedades por las contradicciones entre la sexualidad y las normas morales aceptadas que se hacen más explícitas. La situación se agrava en culturas en las cuales la discrepancia temporal entre la emergencia de la sexualidad y la posibilidad socialmente aceptada de satisfacerla es muy marcada, y cuando la sexualidad se carga de sentimientos de culpa.

La masturbación cumple funciones fisiológicas y psicológicas. Es una forma inmadura de satisfacer urgencias sexuales anticipadamente a su satisfacción en la vida interpersonal. No es saludable cuando se practica compulsivamente o su práctica suscita grandes sentimientos de culpabilidad.

No es raro que los adolescentes de ambos sexos se sientan en algún grado atormentados por su sexualidad, la cual no alcanzan a comprender del todo, máxime si se ven asaltados por impulsos que juzgan anormales o penosos. Los primeros juegos sexuales y las primeras relaciones íntimas son para muchos jóvenes experiencias que dejan huellas profundas.

En nuestra cultura la emergencia de la sexualidad no es algo que muchos púberes de ambos sexos acepten sin miedo y sin culpabilidad. Un temor frecuente en el varón es la

impotencia. En la mujer, un temor dominante es no ser atractiva ni deseada.

En algunos adolescentes se hacen explícitas tendencias homosexuales hasta entonces ambiguas o latentes. En otros, estas tendencias, experimentadas desde la infancia, se avivan agudamente. Sullivan²⁵ propuso que la homosexualidad que emerge en la pubertad es resultado de la falta de separación que debería haber ocurrido entre dos tendencias: la erogenidad y la necesidad de intimidad.

Las dificultades del púber para aceptar su sexualidad son muy agudas y aparentes en el padecimiento que conocemos como *anorexia nervosa*. En estos casos el rechazo de la madurez sexual por parte de los jóvenes, más frecuentemente mujeres, se expresa en su rechazo de la comida, rechazo que puede ser invencible y, sumado a la hiperactividad, puede conducir a la inanición.

Ciertamente en nuestra sociedad la sexualidad se inhibe sobrecargándola de sentimientos de culpabilidad, de vergüenza y de ansiedad. Sin embargo, no hay datos que apoyen la idea de que el ejercicio precoz de las funciones sexuales sea saludable, ni de que la eliminación de inhibiciones sexuales prevenga el desarrollo de neurosis. La culpabilidad excesiva es siempre mórbida, pero los anhelos insatisfechos tienen valor dinámico y el descubrimiento progresivo y oportuno de la sexualidad y de sus posibilidades favorece el desarrollo de una personalidad sana.

Aparentemente en los seres humanos la ternura —cuyos orígenes están ligados con la madre— y la sexualidad tienen desarrollos paralelos y su fusión ocurre en la adolescencia. En la relación con su madre el niño aprende a recibir y a dar ternura.

Las durezas y crueldades a las que son propensos algunos grupos de varones adolescentes tienen su raíz en un tabú. Se evita expresar ternura ante los otros porque la ternura adquirida de la madre se siente como un elemento femenino. En la pandilla se rinde culto a la hombría y se repudia todo lo que parezca añinado o femenino. Aunque en muchos adolescentes es aparente la necesidad de dar y recibir ternura, muchos la reprimen. Inicialmente los adolescentes ven a los demás sólo como medios para satisfacer sus necesidades y pueden no ser capaces aún de tomar en cuenta las necesidades y los intereses del otro. Con la madurez ocurre que su deseo de recibir se complementa con su deseo de dar.

Es común que los adolescentes varones adquieran dos clases de objetos amorosos: un objeto es la mujer para ser amada en forma desexualizada y platónica y otro la hembra para ser poseída como simple objeto de placer. En su fantasía el adolescente juega con este objeto amoroso escindido.

Ocurre que algunos jóvenes se experimentan a sí mismos como devaluados e intentan superar sus profundos sentimientos de soledad y de rechazo realizando el acto sexual sin afecto y sin intimidad, en forma indiscriminada y compulsiva.

Ferenczi hace referencia a dos formas que tiene el adolescente varón para seleccionar sus objetos amorosos: una se basa en la semejanza con la madre y otra, narcisista, en la semejanza del objeto amoroso con uno mismo.

Superación del narcisismo

En su *Metamorfosis* Ovidio relata el mito de Narciso, el hijo adolescente del río Cefiso y de la ninfa Liríope. El sentido del mito es claro: quien se ama a sí mismo no es capaz de amar a los demás; solamente percibe en ellos el reflejo de su propia imagen y esto lo conduce a su destrucción. Narciso muere a la orilla de un estanque “en cuyas aguas cristalinas contempla el reflejo de su bello rostro, poseído por infinitas ansias de sí mismo”.

Freud se percató de la importancia del narcisismo y lo describió como un fenómeno inherente a la condición humana, cuyos orígenes se encuentran en la infancia. Postuló que se posee una cantidad fija de energía que puede ser usada tomando como objeto a uno mismo o a los demás. El poder de esta carga de energía que se vuelca en uno mismo es reconocido en el principio “ama a tu prójimo como a ti mismo”. Todos somos *narcisistas* en diversos grados y esta condición aumenta cuando nos sentimos amenazados en nuestros valores vitales y en nuestras posesiones. En las épocas críticas del ciclo vital —la adolescencia, el climaterio y el inicio de la senectud— hay tendencia hacia un incremento del narcisismo.

Al inicio de la adolescencia el narcisismo cumple una función útil: facilita el proceso de transformación, el ajuste del Yo a los cambios, y promueve el incremento de la vida interior. El adolescente narcisista es impenetrable a los juicios de otros; no le importan los demás, y no percibe de ellos su individualidad, sus derechos ni sus intereses. Esto se ve muy claramente en relación con las ideas; el adolescente las traga o es tragado por ellas, las usa sin respeto ni reflexión, simplemente porque las ha hecho suyas.

La fantasía desempeña un papel importante en el proceso de hacerse adulto. Conviene distinguir entre dos clases de fantasías: las *narcisistas*, que consisten en la anticipación de lo que es deseado, y las *creativas*, las cuales radican en la anticipación de lo que es posible. Esta distinción es importante ya que en un caso se anticipa y se pone a prueba la acción y en el otro se prescinde de la acción, sustituyendo la realidad por imágenes.

La superación del narcisismo y su remplazo por el realismo, el altruismo, el amor y la solidaridad, indicadores de la madurez, son procesos graduales. Aunque hay que reconocer que las diferencias individuales son notables, en las personas más sanas ocurre con el tiempo una disminución de la importancia de las inclinaciones personales y un aumento de sentimientos en los que se toma en cuenta a los demás. A una persona madura le resulta intolerable buscar la felicidad a expensas de otros.

Humanización de la conciencia moral

En consonancia con su creciente capacidad para el pensamiento abstracto y la notable expansión y profundización de sus intereses, el adolescente construye una imagen nueva del mundo, una nueva cosmología. Por primera vez se sitúa ante el mundo de las ideas y de los valores. De ahí que muchos adolescentes experimenten una profunda crisis

existencial.

En el área moral el cambio es de una moralidad basada en el miedo al rechazo y en la aceptación indiscriminada de los valores familiares a una moralidad que es ya, en buena parte, resultado de la reflexión y la experiencia. En otras palabras, idealmente ocurre que una conciencia moral más propia desplaza a la conciencia impuesta e incorporada por medio de la infancia en forma indiscriminada.

Cuando descubren la falsedad y la duplicidad de valores de los adultos que los rodean, muchos adolescentes experimentan una crisis de confianza.

Angustia, soledad, vergüenza y culpabilidad

Al salir del paraíso no se puede volver a él: “dos ángeles impiden el retorno”, dice Fromm. La pérdida de la identidad infantil y el aflojamiento de las ligas de dependencia, que un día fueron su principal fuente de seguridad, obligan al adolescente a confrontar su separación. En esta etapa la soledad es una fuente importante de angustia y de una poderosa necesidad de ser aceptado. De ahí que muchos adolescentes busquen a cualquier precio ser aceptados por otros. La dificultad es siempre mayor para quien carece de algún atractivo o habilidad.

La *vergüenza* es también un sentimiento que se exalta en la adolescencia. Su base es el temor de que los demás adviertan la pretensión de parecer adulto y la incapacidad para lograrlo. La disposición caracterológica que tiene su base en la vergüenza es la timidez. En algunas familias y en algunas culturas el ridículo se usa como un medio de control de la conducta. El adolescente vergonzoso ha sido previamente un niño humillado. El miedo al ridículo es en algunos casos de tal magnitud que se utiliza toda la energía para evitarlo. Para muchos es bastante más fácil violar una norma moral que “hacer el ridículo”.

La vergüenza es una reacción primaria que tiene sus orígenes en la infancia. El niño siente vergüenza cuando sus ofrendas de amor no son aceptadas. El fracaso en sus intentos de suscitar respuestas afectuosas le suscita vergüenza.

En contraste con la vergüenza, que tiene un carácter externo y necesita una audiencia, la culpa tiene un carácter interno. La *culpa* es la convicción de haber violado códigos morales que se han aceptado como válidos; sentirse culpable es estar en deuda con uno mismo.

Ciertos patrones psicológicos y conductuales contra la angustia son particularmente notables en los adolescentes: el *ascetismo* y la *intelectualización* son los más comunes.

ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD

Las sociedades y culturas coinciden en cuanto a su función de señalar a los adolescentes los preceptos y exigencias a que deben someterse para ser aceptados como adultos, proporcionándoles modelos más o menos configurados según su sexo y el grupo social y ocupacional al que pertenecen. Sin embargo, la forma como cada sociedad trata a sus

adolescentes depende de las condiciones socioeconómicas y de las tradiciones culturales —normas, creencias, ideologías, prejuicios y costumbres— compartidas por sus miembros adultos. Las actitudes de los adultos influyen en forma determinante en la experiencia de crecimiento de los adolescentes, atenúan o intensifican los conflictos inevitables y hacen el tránsito de la infancia a la edad adulta más expedito, o bien, más difícil y tormentoso.

El adolescente desempeña simultáneamente diversos papeles en la sociedad: es hijo de familia, estudiante o aprendiz, miembro de organizaciones juveniles, de pandillas, etc. Mediante su participación en las circunstancias particulares de su cultura ciertas actitudes son estimuladas en él, en tanto que otras son desalentadas e inhibidas. Esta doble función evocativa y restrictiva de la sociedad es efectiva porque acepta y premia a quienes actúan de acuerdo con las prescripciones establecidas y castiga o rechaza a quienes se desvían de ellas. Si bien la cultura en general y las subculturas en particular tienden a conformar e igualar a los individuos, sólo lo consiguen parcialmente porque ellos no sólo difieren profundamente en cuanto a su dotación biológica inicial sino que, además, en ninguna cultura las presiones son uniformes, ni las oportunidades para cada individuo son las mismas. De ahí que en cualquier sociedad siempre haya una proporción de sujetos “no conformistas”.

Sociedades simples que ofrecen a los jóvenes metas relativamente homogéneas a las que pueden adherirse fácilmente representan una situación distinta de la que el adolescente encuentra en sociedades complejas que enfatizan como ideal el derecho del individuo a tener ideas propias y donde las posibilidades abiertas son muchas y los modelos son variados y contradictorios. Las posibilidades son mayores y también los riesgos.

Las circunstancias que rodean al joven que crece en el seno de una familia de orientación patriarcal autoritaria, en la cual el padre considera a sus hijos como una propiedad manipulable de acuerdo con sus propios intereses y caprichos, son distintas de las que rodean al adolescente en una familia en la cual la tolerancia excesiva y la falta de normas y sanciones lo dejan sin guía y sin autoridad. Estas circunstancias difieren a su vez de las que rodean al joven en un medio familiar que lo protege de acuerdo con su edad y sus necesidades, pero le permite escoger libremente su vocación y favorece el desarrollo de su individualidad.

Varios estudios antropológicos muestran que en algunos pueblos primitivos prevalece la idea de que el cambio de la infancia a la adultez ocurre súbitamente. Estos grupos humanos celebran “ceremonias de iniciación” y “ritos de paso” cuyo propósito es marcar el cambio en el estatus social del púber, la interrupción de sus privilegios infantiles y su ingreso a la vida social, económica y religiosa de la comunidad, con las responsabilidades y ventajas que esto implica.

Los ritos y ceremonias con que se señala el término de la infancia y la iniciación de la juventud presentan en distintas culturas más similitudes que diferencias y están diseñados para resolver simbólicamente las contradicciones y conflictos de los adolescentes. En cada cultura ciertos aspectos son acentuados, en tanto que otros o sus equivalentes

psicológicos permanecen latentes o emergen en formas no institucionalizadas.

Mediante la decoración del cuerpo se expresa la preocupación del adolescente por sus cambios corporales. Por medio de la adquisición de un nuevo nombre y de ritos de muerte y renacimiento se subraya la profundidad de su metamorfosis personal y la adquisición de una nueva identidad: la aniquilación del niño y el nacimiento del adulto. La separación de la casa y particularmente de la madre para convivir durante algún tiempo con individuos de su propio sexo y edad responde a la necesidad de interrumpir ligas infantiles y establecer identificaciones con los de su propio grupo, como una condición previa a la emergencia en la sociedad. Las alusiones simbólicas a la ambivalencia sexual y a la homosexualidad, presentes en algunos de estos ritos, expresan el reconocimiento de las dificultades que algunos adolescentes encuentran para definir su orientación sexual e integrar su sexualidad dentro del marco de su identidad. La necesidad del adolescente de ser puesto a prueba es satisfecha mediante ceremonias en las que se le da la oportunidad de demostrar, por medio de su valor, intrepidez y tolerancia para el dolor, que es digno de nuevas responsabilidades y acreedor a nuevos derechos. Los ritos de iniciación generalmente concluyen haciendo al novicio partícipe de ciertos secretos e instruyéndolo en las tradiciones, preceptos y tabúes que son vistos como necesarios para el desempeño de su nueva función social. Con estos ritos se intenta facilitar la transición y promover el ingreso del iniciado en el orden social de los adultos. Es una forma de suavizar el conflicto entre las generaciones proporcionando, tanto a los jóvenes como a los adultos, formas específicas de reconciliación.

Si aceptamos que toda pauta institucional está diseñada para satisfacer necesidades reconocidas por la cultura, las ceremonias mediante las cuales se prepara al joven emocional, intelectual y socialmente para las responsabilidades del adulto reflejan las necesidades de los adolescentes.

En sociedades más complejas y en ciertos aspectos más evolucionadas el estatus del adolescente no es suficientemente reconocido, ni real ni simbólicamente; sus necesidades son soslayadas y se le deja atendido a sus propios recursos. Ésta es la causa de que para muchos jóvenes el proceso de hacerse adulto sea tan tormentoso y los conflictos entre las generaciones, ya de por sí inevitables, sean más graves y difíciles de superar. A muchos jóvenes les ocurre que al final de su crecimiento físico son aún emocional e intelectualmente incapaces de ocupar un lugar en la sociedad convencional de los adultos.

El grupo y la subcultura del adolescente

La indolencia y la rebeldía de muchos jóvenes se debe a su sentimiento de divorcio. Se han percatado de que ellos y los adultos pertenecen a dos esferas diferentes e incommunicables, y se apartan cada vez más, remplazando a los adultos por jóvenes de su propia esfera, entre los cuales se sienten comprendidos y con los cuales se sienten ligados. Al unirse a una pandilla o “banda” el adolescente se experimenta solidario con el resto del grupo; en su seno se siente libre para desarrollar formas de conducta que le

permiten afirmar su hombría y su libertad.

Se ha estudiado el papel que en la formación de los grupos desempeña la identificación entre sí de sujetos que tienen necesidades semejantes y se adhieren a las mismas metas e ideales. La identificación bloquea las agresiones externas y da mayor cohesión a los grupos.

Ciertas prácticas son comunes a diversas agrupaciones juveniles: ritos de iniciación más o menos elaborados, normas y sanciones, desconfianza de las costumbres y opiniones de los adultos, cohesión y camaradería dentro del grupo y una fuerte propensión a la rivalidad hacia el “extraño” y hacia otros grupos. Otra característica que es común en los grupos de adolescentes es que no persiguen metas definidas, o éstas varían de un momento a otro.

Una función de los grupos de adolescentes es negar el poder de los adultos y dar a cada uno de sus miembros la mayor importancia. El que ingresa al grupo tiene que demostrar que es más leal a la opinión de sus compañeros que a la de los adultos. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en ciertos pueblos primitivos, en los que son los adultos quienes ponen a prueba a los jóvenes antes de hacerlos partícipes de sus privilegios, en las pandillas de nuestra sociedad son los propios adolescentes quienes se prueban a sí mismos; tal parece que el “ponerse a prueba” es en ellos una necesidad común y poderosa.

La solidaridad del grupo se evidencia en todo lo que hacen sus miembros. Cada uno tiene que adherirse a un estilo de vida común: vestirse como sus compañeros, usar las mismas expresiones verbales, llevar el cabello en la misma forma, tener las mismas libertades, gustarles la misma música; en fin, compartir los mismos intereses y superar los mismos temores. Cada individuo, si no quiere exponerse a la burla y a la humillación de los demás, o lo que es peor, al aislamiento, tiene que conformarse al grupo.

En el grupo el adolescente satisface su anhelo imperioso de “pertenecer”, de ser reconocido. Ahí tiene dignidad, “un estatus”, y con esfuerzo puede hacerse de una reputación. Además, la vida del grupo provee múltiples oportunidades para la aventura y facilita los medios para que sus miembros puedan derivar sus actitudes de pugna con la autoridad.

Una característica en los grupos de adolescentes es que el principal mecanismo regulador de la conducta individual es el orgullo, y su contrapartida, la necesidad de evitar la humillación y el ridículo.

Aquí cabe distinguir entre sociedades en las cuales el mecanismo predominante de control de la conducta de sus miembros son la responsabilidad y la culpabilidad, y otras en las cuales el mecanismo predominante es el temor a las sanciones sociales. Este último mecanismo, que tiene como base el orgullo y la evitación de los sentimientos de humillación y de vergüenza, es más primitivo. La integridad personal y el respeto a los demás requiere la vigencia de un sentimiento de culpa y un sentido de responsabilidad como mecanismo principal. De hecho, puede decirse que tanto en los individuos como en los grupos ambos mecanismos se encuentran en relación inversa. Los individuos y las culturas varían en cuanto al grado en que el orgullo o la culpabilidad operan como

mecanismos de control.

La subcultura de los adolescentes está poderosamente arraigada en el orgullo. De ahí que el honor y el buen nombre adquieran en ella una importancia que sobrepasa la de la virtud. La conducta no se considera apropiada o inapropiada porque sea buena o mala, sino porque sea fuente de prestigio o de humillación ante los demás. En su grupo los jóvenes pueden ser nobles y generosos, siempre y cuando su dignidad y su orgullo no estén en juego, pero cuando esto ocurre, proceden sin respeto, sin justicia y sin compasión. Además, cada individuo se siente en cierto grado responsable de la dignidad de los demás miembros de su grupo, tal como si llevara su misma sangre.

La vida del adolescente dentro de su grupo gira en torno de un sentimiento exaltado de *dignidad personal*. Si se quiere destruir a otro se le ataca en su amor propio. El individuo que pierde la dignidad se considera acabado. Algunas actividades como ayudar a las mujeres en las tareas del hogar, ir a sitios públicos acompañado de los padres, expresar ternura ante los demás, ser reprendido en presencia de los amigos, etc., son consideradas incompatibles con la dignidad masculina.

La agresión y el desquite por razones de dignidad pueden llegar al extremo de que se agrede porque alguien “miró feo”, porque se puso en duda el valor de uno, porque se traspasaron los límites del territorio que el grupo asignó, o porque algún extraño ha conquistado el favor de una joven a la que el grupo considera propiedad sentimental de uno de sus miembros. Cualquier cosa es preferible a la vergüenza.

Bajo el influjo del contagio o de circunstancias que incrementan el resentimiento contra un mundo de adultos que ni los reconoce ni los acepta, los grupos de adolescentes son propensos a sufrir una “transformación malévola”. A esta transformación contribuye la actitud de los adultos que tienden indiscriminadamente a considerar como “malo” a cualquier grupo de adolescentes que desean comunidad y aventura y los impulsan a justificar el concepto que se tiene de ellos, volviéndose efectivamente malos. Es necesario distinguir entre los grupos de adolescentes que se reúnen en un sitio determinado para jugar, matar el tiempo y consumir alcohol ocasionalmente y las pandillas juveniles de verdaderos delincuentes.

Conductas riesgosas de los adolescentes

La adolescencia es un proceso sujeto a detenciones y desviaciones y abierto a desenlaces distintos. La biología lo pone en marcha, pero su desenvolvimiento y sus vicisitudes están poderosamente influidos por las circunstancias familiares y sociales en que ocurre. La familia provee la matriz para el cambio; la sociedad, los modelos y las alternativas.

Una característica propia de este proceso es que su progresión biológica por un lado y su progresión psicológica y social por el otro no se corresponden en forma automática. El predicamento de los adolescentes es, precisamente, encontrar su lugar en una sociedad que ya no los contempla como niños ni los acepta como adultos. En todo caso es ineludible que el adolescente y el joven definan su identidad y su vocación a la luz de un

futuro que aparece como incierto.

En esta edad, adquieren prioridad las relaciones con los coetáneos con quienes puede establecer más fácilmente una comunicación significativa que, a la vez que le brinda un estatus, le permite afirmar su independencia. Precisamente otra fuente de conflicto es la relación que se establece entre la sociedad y sus agentes por un lado, y los grupos juveniles por el otro. Las autoridades no siempre distinguen entre la pandilla delincuente y el grupo de jóvenes que se reúnen en la vía pública o en algún sitio de diversión ante la falta de otras oportunidades de actividad o recreación, generándose fácilmente formas de represión que son vividas por los jóvenes como agresiones premeditadas e injustas de la sociedad y les generan sentimientos de hostilidad y suspicacia.

Es evidente que los grupos juveniles son susceptibles de sufrir transformaciones antisociales desde su interior, por ejemplo, tras el ingreso al grupo de un sujeto con tendencias psicopáticas que induce al consumo regular de sustancias que afectan la conciencia, el humor y la conducta y a la comisión de actos delictivos. El abuso y la violencia pueden llegar a ser habituales y a separar cada vez más al joven de la sociedad. Ante la incapacidad de ésta para brindarle opciones de cambio, laborales o de readaptación, el joven puede buscar acogida en “la sociedad satélite de los rechazados”: el mundo del hampa, con su propia estructura y sus propias leyes.

En el interior del grupo puede desempeñar un papel importante el uso del alcohol y las drogas, particularmente la marihuana. En un principio, estas sustancias procuran emociones placenteras, brindan un sentimiento de placer y ayudan a olvidar el sufrimiento, la humillación y las frustraciones. Además de sus efectos farmacológicos, llenan una función simbólica: contribuir a la solidaridad del grupo al tiempo que permite a sus miembros desafiar a los mayores y mostrar su audacia. El abuso de sustancias psicoactivas es un fenómeno que adquiere características propias en las diversas culturas, pero siempre están presentes dos elementos: la disponibilidad de una droga y la voluntad de experimentar con ella. El proselitismo y el contagio social se encargan del resto.

La aseveración de que el conflicto de los adolescentes y de los jóvenes con el mundo de los adultos obedece a “una crisis de confianza” tiene mucho de verdad. Hay condiciones que agravan la crisis: la desintegración familiar con sus múltiples rostros; la ausencia en los jóvenes de verdaderos sentimientos de solidaridad social, el hacinamiento y el deterioro urbano, el ocio que genera la carencia de diversiones sanas y de oportunidades para competir y ponerse a prueba. En último término, muchos jóvenes tienen una clara conciencia de la discordancia radical entre las metas que persiguen y las que la sociedad propone, así como del abismo que existe entre lo que se predica y lo que se hace.

Delincuencia juvenil

A partir de la última guerra, en distintos países se ha registrado un aumento progresivo de ciertas formas de delincuencia entre los adolescentes y los jóvenes, particularmente en

los barrios populares de las grandes ciudades. El problema, que no es del todo nuevo, tiene raíces sociales y psicológicas complejas y parece ser el resultado de circunstancias que culminan con la tendencia de los adolescentes a asociarse con pandillas o bandas, en el seno de las cuales la conducta delictiva es valorada como manifestación de hombría y confiere a quien la ejecuta considerable prestigio; vagancia, riñas con grupos similares, consumo de alcohol y sustancias adictivas, violaciones y ataques abusivos a mujeres y a personas indefensas, robos, asaltos, etc., son las formas de conducta delictiva más frecuentes.

Entre los factores en relación causal con el problema se ha establecido que un alto porcentaje de estos jóvenes proceden de hogares desorganizados y que viven en zonas urbanas donde las condiciones para estimular al niño y al adolescente hacia actividades constructivas, así como para satisfacer sus necesidades recreativas, son inadecuadas. Muchos de ellos temen que no habrán de encontrar un lugar en la sociedad convencional.

En cuanto a la psicodinamia individual, hay una constelación que no obstante las variantes personales parece repetirse y que puede denominarse *síndrome de devaluación del adolescente*. Sus antecedentes se encuentran en la frustración y en la angustia que resultan de sentirse insuficientemente querido o abiertamente rechazado y maltratado en la infancia, así como de la incapacidad para identificarse con un padre que, o bien no ejerce autoridad, o la ejerce en forma brutal e irracional. La avidez de afecto y el temor a no lograrlo conducen a un egocentrismo extremo y a una hostilidad que es proporcional al creciente sentimiento de derrota y de menosprecio. El adolescente, que desde niño se ha sentido emocionalmente abandonado y humillado, sufre profundos sentimientos de devaluación y de culpa, puesto que no se explica a sí mismo el que sus padres no lo amen, atribuyendo este desamor a su propia maldad.

Durante la adolescencia estos niños que carecen de estimación por sí mismos se sienten particularmente confusos acerca del significado de su vida, de su lugar en la sociedad y de su capacidad para satisfacer en formas aceptables para los demás las demandas inherentes a su desarrollo personal y satisfacer las exigencias de la sociedad. Viviendo en un temor constante de que sus sentimientos de inferioridad están justificados, el adolescente se siente, sin embargo, impedido a sustanciar sus sentimientos de culpa mediante acciones concretas. La angustia de devaluación prepara el terreno para la conducta delictiva, la cual se ve facilitada por el hecho de que el ser miembro de una pandilla permite al sujeto diluir su culpabilidad compartiéndola con el grupo. Si el sujeto logra distinguirse por su mayor audacia, crueldad o cinismo, esto se traduce en un aumento de su prestigio en el grupo y en un incremento de su sentimiento de autoestimación, el cual nunca es suficiente para eliminar su angustia de devaluación. De ahí que la conducta delictiva diseñada para atenuar la angustia tienda a repetirse compulsivamente.

Es conveniente distinguir entre el delincuente ecológico, al cual hemos descrito en estos párrafos, y el psicópata delincuente.

ESQUIZOFRENIA

Diferentes trastornos pueden iniciarse durante la adolescencia, periodo de la vida que se caracteriza por profundos cambios biológicos y psicológicos. Cuando se hace referencia a la psicopatología de la adolescencia, resalta un cuadro: la esquizofrenia. Nos referiremos a los aspectos más notables de esta condición patológica anteriormente llamada *demencia precoz*.

La *esquizofrenia* es una psicosis caracterizada por la ruptura de la relación del sujeto con el mundo exterior y una marcada regresión. El inicio se presenta generalmente durante la adolescencia o en la primera juventud; algunos estudios indican que se inicia más tempranamente en los hombres que en las mujeres. Se trata de un síndrome con diversas manifestaciones clínicas y probablemente distintas etiologías; de ahí que sea preferible referirse a “las esquizofrenias” como un grupo heterogéneo de trastornos mentales, más que a la esquizofrenia como una enfermedad. En los últimos años se han establecido mejores criterios de diagnóstico clínico, ya que no se cuenta aún con una prueba de laboratorio o gabinete que tenga valor con estos fines.

La prevalencia de la esquizofrenia es alta: aproximadamente 1 % de la población del mundo sufre esquizofrenia. Se distribuye por igual entre hombres y mujeres. En personas que habrán de sufrir esquizofrenia suelen predominar ciertos rasgos del carácter: introversión, suspicacia, aislamiento y excentricidad. Sin embargo, no existe un tipo único de personalidad que permita anticipar con certeza el riesgo.

El *diagnóstico* se sustenta en la presencia, durante un tiempo prolongado, de síntomas que conducen a un deterioro en la capacidad funcional. También se han establecido patrones familiares.

Característicamente ocurren cambios en la forma y el contenido del pensamiento, la percepción, el afecto y la relación con el mundo externo, en tanto que la conciencia permanece clara.

En el contenido del pensamiento, la perturbación esquizofrénica se refleja en las ideas delirantes, con frecuencia múltiples, fragmentadas y absurdas; el enfermo piensa que sus pensamientos y deseos son conocidos por otros, quienes pueden influir en ellos. Piensa que lo observan, hablan mal de él o quieren hacerle daño. Vincula con su persona eventos que en realidad no tienen ninguna relación con él. En el pensamiento, elementos marginales de conceptos totales sustituyen a los elementos relevantes. Por ello, su pensamiento se torna vago, elíptico y oscuro, y a menudo resulta incomprensible. Con frecuencia hay interrupciones en el flujo del pensamiento y dificultad para retener las ideas. Esto último es interpretado por el sujeto como “robo de sus ideas”.

Las alteraciones de la percepción consisten en alucinaciones, generalmente auditivas y en forma de voces. Estas voces “vienen del exterior” y se refieren al paciente, ya sea insultándolo, dándole órdenes, o comentando acerca de su conducta. Las alucinaciones pueden ser también somáticas, táctiles y raramente visuales u olfatorias.

El humor en el esquizofrénico está frecuentemente “aplanado”, es decir que su

expresión afectiva es poco intensa; en ocasiones, el afecto es claramente *incongruente* con lo que el sujeto dice o con su situación. Es también común que el enfermo se aíse y pierda interés en los demás. Descuida su aseo y sus ocupaciones habituales y se pierde entre sus propias ideas desorganizadas y el mundo de su fantasía.

Generalmente se acepta que para diagnosticar esquizofrenia las manifestaciones clínicas deben persistir durante un periodo no menor de seis meses e incluir una fase psicótica, es decir, de pérdida de contacto con la realidad. Este criterio es útil para diferenciar la esquizofrenia de otros estados efímeros, esquizofreniformes, debidos a causas tóxicas o metabólicas.

En el curso de la enfermedad se identifican tres fases: una *fase prodrómica*, cuya duración es variable y que se caracteriza por cambios globales en la conducta, ideas “raras” que no llegan a ser delirantes, indiferencia al medio y descuido en la persona; una *fase activa*, en la que ocurren los síntomas más ostensibles como los delirios y las alucinaciones auditivas, y finalmente una *fase residual*, en la que hay similitud con la fase prodrómica y en la que pueden persistir, atenuadas, algunas manifestaciones de la fase activa. Por ejemplo, el paciente puede conservar una actitud de suspicacia hacia los demás, imaginándose cosas que no son ciertas, pero sin construir un delirio; o bien, en lugar de oír voces, oye ruidos a los cuales les atribuye algún significado especial. A este tipo de manifestaciones clínicas, así como a la dificultad que tienen los pacientes para readaptarse a su vida familiar y social, se le denomina en su conjunto *cicatriz esquizofrénica*.

Se han observado a lo largo de los años dos patrones fundamentales en la evolución de estos síndromes: en uno hay recurrencia de episodios psicóticos de corta duración en los que se presentan delirios y alucinaciones. En las formas crónicas de la esquizofrenia predominan los llamados *síntomas negativos*: la apatía, la falta de ambición, el empobrecimiento de las ideas y el aislamiento.

El *pronóstico* de las esquizofrenias ha mejorado sustancialmente debido a la eficacia de los medicamentos antipsicóticos que restauran el perdido contacto con la realidad, controlan los estados agudos y previenen las recurrencias. Sin embargo, la recuperación total no es frecuente.

Las diversas manifestaciones clínicas de la esquizofrenia pueden agruparse en síndromes discretos.

Forma desorganizada o hebefrénica. Las alteraciones en la esfera afectiva son más marcadas que en la esfera perceptual. Si hay ideas delirantes y/o alucinaciones, son muy fragmentadas. El afecto es caprichoso, inadecuado y expresado con frecuencia por risas inmotivadas; la conducta es impredecible; hay muecas, manierismos y frases reiterativas. El comportamiento impresiona como simplista, sin sentido ni contenido. Esta forma clínica se inicia más tempranamente que los otros tipos.

Forma catatónica. Se caracteriza por manifestaciones psicomotoras: hiperquinesia, estupor, obediencia automática y negativismo; manierismos, posturas forzadas mantenidas por largos periodos. La *flexibilidad cérea* es una anomalía en la que el examinador puede modelar la postura del enfermo en posiciones que tiende a mantener, aun cuando la fuerza externa haya cesado. Este síntoma es poco frecuente, pero cuando se presenta es patognomónico. El mutismo y el estupor son comunes y con frecuencia son interrumpidos por brotes de excitación que pueden ser inesperados. El paciente requiere ser cuidado y protegido. Aparentemente, la prevalencia de este síndrome ha disminuido en las últimas décadas.

Forma paranoide. Lo que predomina son los delirios relativamente estables y sistematizados que pueden acompañarse de alucinaciones. Aun cuando generalmente son delirios de tipo persecutorio, pueden revestir otras formas, como delirios de celos, de grandiosidad, de misión mesiánica o de metamorfosis corporal. Desde el inicio el trastorno del pensamiento puede ser masivo y el aplanamiento del afecto severo, lo que inevitablemente conduce a una mala comunicación con los demás. Sin embargo, con frecuencia el deterioro es sólo relativo y el paciente es capaz de mantener cierto contacto social y algún grado de funcionalidad. Este síndrome se inicia más tardíamente, tiene mejor pronóstico y responde bien al tratamiento farmacológico.

Forma simple o indiferenciada. El diagnóstico de este síndrome es de exclusión, ya que se trata de pacientes que reúnen criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero no corresponden claramente a ninguno de los tipos anteriormente señalados. En estos pacientes el desarrollo de los síntomas es insidioso y menos obviamente psicótico. A la larga se presenta una disminución considerable en el rendimiento total y un empobrecimiento social que lleva al vagabundeo egocéntrico, perezoso y sin rumbo.

Forma residual. Se trata de estados generalmente crónicos, en los que aparecen fragmentos sintomáticos de una esquizofrenia ya desaparecida: huellas de trastornos en el pensamiento, aplanamiento afectivo y en algunos casos delirios muy circunscritos que pueden no causar serios trastornos de conducta. Estos estados quedan como residuo de uno o varios episodios activos en los que hubo síntomas psicóticos evidentes. La esquizofrenia residual puede ser compatible con una vida relativamente autónoma en el seno de la familia y de la sociedad.

La entidad clínica, conocida como *trastorno esquizoaffectivo*, es un tipo de esquizofrenia que se acompaña con síntomas depresivos. Se trata de pacientes con alteraciones afectivas importantes, pero también delirios y alucinaciones, cuya presentación y contenido son de tipo esquizofrénico. En algunos casos predominan los síntomas afectivos y en otros los síntomas esquizofrénicos. Se trata de un síndrome limítrofe entre ambos grupos.

No hay un agente etiológico común que “explique” la causa de las esquizofrenias, pero hay datos clínicos, genéticos, epidemiológicos y bioquímicos que permiten conceptualizarla como un grupo de enfermedades.

Los *estudios genéticos* muestran que el riesgo aumenta en relación directa con el número de familiares afectados, la severidad de los cuadros y la edad en que se inician. La forma de transmisión no está totalmente aclarada, de ahí que se propongan hipótesis tanto monogénicas como poligénicas. Los estudios en gemelos indican que aproximadamente la mitad de los monocigóticos son concordantes para esquizofrenia, en tanto que en los dicigóticos la concordancia es similar a la que ocurre entre hermanos. Asimismo, hijos de enfermos esquizofrénicos dados en adopción desde el nacimiento tienen una incidencia de esquizofrenia mayor que niños adoptados en hogares similares, hijos de padres normales. Sin embargo, los factores ambientales explican la falta de concordancia total. La participación del medio ambiente y de eventos adversos en la vida familiar y social es más ostensible en la evolución y el desenlace. Algunos estudios muestran que hay una mayor proporción de casos en las familias más desprotegidas. Sin embargo, esto no tiene una relevancia etiológica directa sino que es resultado del descenso social.

Los *estudios bioquímicos* en la esquizofrenia han contribuido de manera sustancial al desarrollo de las neurociencias. La hipótesis de que sistemas dopaminérgicos cerebrales están sobreactivados en la esquizofrenia es hoy en día generalmente aceptada. Los efectos antipsicóticos de medicamentos que actúan disminuyendo la actividad en los sistemas dopaminérgicos y los efectos psicomiméticos de los agonistas dopaminérgicos, como la anfetamina, son congruentes con esta hipótesis. Sin embargo, otros sistemas

neuroquímicos como el de la acetilcolina y el ácido gama aminobutírico son capaces de modificar la transmisión dopaminérgica; además, se han identificado varios tipos de receptores de dopamina, tanto en las terminaciones nerviosas presinápticas como en las postsinápticas capaces de modificar la transmisión global. Esta hipótesis se basa en estudios psicofarmacológicos, pero no basta para explicar el fenómeno en su totalidad, ya que estos fármacos son efectivos en una proporción de pacientes, pero los síntomas llamados “negativos”, como apatía, abulia y déficit cognitivo, no son mejorados por los medicamentos.

Los estudios *post mortem* han mostrado que las concentraciones de receptores de dopamina en ciertas áreas del cerebro están aumentadas en enfermos esquizofrénicos, pero no sabemos si esta alteración es secundaria al uso prolongado de los fármacos antipsicóticos.

Investigaciones neuropsicológicas muestran que muchos enfermos esquizofrénicos tienen alteraciones en el procesamiento de la información relacionadas con disfunciones metabólicas detectables con la tomografía por emisión de positrones. Sin embargo, estos datos deben tomarse aún con cautela.

En el tratamiento se han de tomar en cuenta tanto los aspectos biológicos como los aspectos psicosociales y ajustarse a la fase del proceso morboso: fase activa, fase residual, estado agudo o crónico.

Los medicamentos antipsicóticos son muy útiles en el manejo de la fase activa, particularmente para el control de los delirios, las alucinaciones y la agitación. Su uso evita sustancialmente las recaídas y permite a una proporción importante de enfermos ser tratados sin separarlos de su familia y su medio social.

A pesar del valioso recurso que son los fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia, es necesario señalar que, si bien la mayoría de los pacientes responde a los medicamentos en cuanto a sus síntomas agudos, el éxito o el fracaso depende del manejo del paciente en aspectos individuales, familiares y sociales. Los síntomas residuales, afectivos y cognitivos han sido hasta ahora generalmente refractarios al tratamiento farmacológico. Nuevos fármacos están abriendo caminos.

La psicoterapia es básica en el manejo de estos enfermos. La buena relación médico-paciente es esencial. Lo es asimismo mantener una orientación justa de quienes rodean al enfermo y la detección oportuna de las recaídas. Para muchos enfermos la relación con el médico es el único apoyo real con que se cuenta. La familia debe entender la naturaleza de la enfermedad, aceptar su consecuencia y apoyar al enfermo para que pueda mantener los intereses y llevar a cabo las actividades que su condición le permita.

Un programa terapéutico es necesario para el manejo de los enfermos crónicos tanto en el hospital como fuera de él. Una proporción de enfermos puede llevar una vida de mejor calidad si no permanecen aislados por falta de apoyo familiar, aun cuando no están capacitados para vivir fuera de un hospital. En la fase aguda, la hospitalización facilita el tratamiento farmacológico y protege al enfermo y a los demás. El rechazo social y familiar de los enfermos, “la emoción expresada”, es el factor más desfavorable para su readaptación y fuente de recaídas innecesarias, las cuales frecuentemente se relacionan

con el abandono del tratamiento.

Un problema común a largo plazo es la falta de apego al tratamiento. Es importante que el enfermo y sus familiares acepten la responsabilidad de mantener la continuidad y el interés en él.

En general, el pronóstico de la esquizofrenia, visto en el pasado como muy sombrío, ha mejorado notablemente con la aplicación de medidas terapéuticas disponibles, entre las cuales el apoyo familiar y personal del médico no es menos importante que el uso juicioso de los medicamentos antipsicóticos.

MADUREZ Y CLIMATERIO

Cuando un organismo alcanza la madurez ya no puede agregar nada a su propio tamaño; el crecimiento ha alcanzado sus límites naturales y se detiene.

El término *madurez emocional* es usado a menudo para describir una personalidad que ha desarrollado plenamente sus potencialidades para conciliar armónicamente la satisfacción de sus necesidades con los requerimientos de la sociedad. La persona madura es capaz de dar sin recibir, por la pura satisfacción de hacerlo; es decir, es capaz de altruismo, base de la moralidad adulta. La madurez emocional no se alcanza necesariamente en forma completa con la edad, y las discrepancias en el desarrollo y las diferencias individuales son notables.

MATERNIDAD Y PATERNIDAD

El nacimiento del niño pone fin al embarazo y la madre está entonces fisiológica y emocionalmente preparada para la crianza. La producción de prolactina estimula la secreción de leche y suprime la producción gonadal. La madre instintivamente desea cuidar al niño y estar en contacto corporal con él. El niño incorpora a su experiencia el pecho de la madre y la lactancia favorece la integración y el afinamiento de las actitudes maternas. En efecto, la maternidad trae consigo una reorientación de las actitudes de la madre, quien proyecta en el hijo sus expectativas y sus esperanzas. La maternidad desempeña un papel significativo en la maduración fisiológica y psicológica de la mujer.

En el varón, cuya organización sexual es más simple, hay coincidencia entre la producción de hormona gonadal y las urgencias sexuales. En él no hay un ciclo comparable con el ciclo sexual de la mujer. En lo que concierne a la paternidad, los hombres no están preparados para ella por la activación de una necesidad instintiva. El sentimiento paternal está muy influido por factores culturales; sin embargo, el desarrollo de la paternidad tiene aspectos similares a los de la mujer. El padre tiende también a identificarse con el niño y a asumir responsabilidades. Alexander ha discutido este proceso complejo que requiere que el hombre, que una vez necesitó de una madre para la gratificación de sus necesidades dependientes, se convierta en el proveedor de gratificaciones y protector de su esposa y de sus hijos. Muchos hombres

sobrecompensan sus necesidades de dependencia comportándose con la familia en forma demandante y despótica. Las gratificaciones materiales y los logros laborales y sociales obtenidos por medio del trabajo desempeñan un importante papel en la expansión de la personalidad de los varones.

CLIMATERIO

Ésta es una etapa de la vida que señala el término de la edad madura. Tiene aspectos somáticos, socioculturales y psicológicos.

En la vida de todo ser humano llega una época en la que la declinación es un proceso que no puede ser ignorado. La elasticidad de la piel disminuye, las arrugas se acumulan, se pierde la figura juvenil, las facciones engruesan, se requieren lentes y en muchos varones se inicia la calvicie. La mujer pierde firmeza en las formas de su cuerpo, la menstruación se vuelve irregular y finalmente cesa. Al mismo tiempo que la actividad muscular disminuye, la tendencia hacia el aumento en el peso y los problemas relacionados hacen su aparición.

Los cambios somáticos que gradualmente se presentan en la edad madura tienen una significación y un impacto que varían para diferentes individuos.

En algunas culturas la juventud y el vigor físico son los valores más apreciados. En el contexto de una cultura competitiva la declinación de la juventud y la pérdida del vigor son experimentados como una “injuria narcisista”. Otro valor apreciado es el éxito personal y la tendencia a medirlo en términos de riqueza o de poder. El no haber alcanzado estos logros hacia la mitad de la vida es una fuente importante de frustración.

Entre las personas de la clase media las tensiones económicas se agudizan hacia la mitad de la vida. Por una parte hay prejuicios para dar empleo a personas de edad mediana y, sin embargo, los hijos requieren mayor apoyo y con frecuencia hay que mantener a familiares viejos y enfermos. Si a esto se agrega el aumento en el costo de la vida, se verá que la amenaza económica para muchas personas adultas es realmente seria. La disminución del poder adquisitivo del dinero y la inflación constituyen una fuente adicional de preocupaciones para muchas personas en este grupo de edad.

El climaterio ha sido explorado desde el punto de vista psicológico y psicodinámico con mayor extensión y minuciosidad en las mujeres que en los hombres.

Por una parte, la mujer llega a esta etapa de la vida antes que el varón. En nuestra cultura se atribuye mayor importancia a la belleza y a la juventud de la mujer que a las del varón. Además, la cesación de la menstruación es una pérdida objetiva más abrupta que la disminución de la capacidad sexual en el hombre. Con la menopausia la mujer pierde su capacidad reproductiva, lo que no ocurre en el hombre.

Muchas mujeres ante la declinación de su belleza y la pérdida de su poder reproductor cambian notoriamente la imagen que tienen de sí mismas. La depleción hormonal se acompaña de “una depleción narcisista”, tanto más cuanto que la declinación física coincide con la pérdida del papel central de la mujer en la vida familiar. Los hijos, que

antes la buscaban y dependían de ella, ahora se alejan del hogar y rechazan sus cuidados como si se tratara de molestas intromisiones. Ambas condiciones hacen del climaterio una época propicia para la activación de un arraigado temor femenino: el de ser abandonada y sustituida. De ahí que en muchas mujeres se agregue al sentimiento de devaluación personal el miedo al desamparo y a la soledad. Esto es particularmente grave en mujeres de baja escolaridad y pasivas.

Las tensiones psicológicas ocasionadas por situaciones emocionales específicas aumentan y a la pérdida de la imagen juvenil se suman las enfermedades y muerte de familiares y amigos, la separación de los hijos, el agotamiento del erotismo y las más de las veces el remplazo de la intimidad por la tolerancia. En un sentido, la pérdida más importante es la de las ilusiones y expectativas de la juventud: alcanzar la fama, tener poder, riqueza o romance. Aceptar el hecho de que estos logros se van haciendo cada vez menos probables implica, tanto para el hombre como para la mujer, contemplar cara a cara la declinación inexorable de la vida.

En el climaterio es frecuente la tendencia a refugiarse en el pasado. Pero la vuelta al pasado puede ofrecer poco consuelo. La atención tiende a fijarse penosamente en el recuerdo de aquellas decisiones que resultaron irrevocables y de aquellos errores que ahora son irreversibles. “La vida no vivida” es una vivencia dolorosa de la mujer climatérica, que no pocas veces oculta tras su preocupación desmesurada con síntomas somáticos y particularmente vasomotores.

Marmor²⁶ describe diferentes patrones de respuesta al estrés de la edad madura: algunas personas tratan de evitar sus angustias internas mediante una actividad compulsiva. Muchas parejas temen estar a solas y repetidamente eluden el contacto usando la televisión, el cine, los juegos de cartas y las fiestas; la fórmula que domina su vida es ¿qué vamos a hacer esta noche?

Otras personas concentran sus esfuerzos en revivir sus sentimientos. La mujer es capaz de embarcarse en una búsqueda desesperada del romance que falta en su matrimonio, en tanto que el varón trata de dar nuevo lustre a su deteriorado narcisismo mediante conquistas extemporáneas. En estas circunstancias el divorcio alcanza cifras elevadas.

Tres condiciones psicológicas agravan frecuentemente el tránsito de la mujer por el climaterio:

a) Cuando su autoestima ha estado demasiado ligada con la capacidad de despertar sexualmente al varón, le es más difícil aceptar la declinación de su atractivo sexual. Un mecanismo de defensa que se pone en juego es la negación. La mujer intenta preservar su imagen juvenil a expensas de la realidad y en ocasiones se aferra a ella patéticamente.

b) Mujeres posesivas que cultivan ligas simbióticas muy poderosas con sus hijos y su autoestima depende de experimentarse como necesarias para ellos, que cada vez necesitan menos de ellas.

c) Cuando, a causa de tendencias ascéticas poderosas, la vida de la mujer ha transcurrido sin erotismo y sin amor, el climaterio puede suscitar en ella un anhelo

irresistible de “recuperar el tiempo perdido”. Las consecuencias pueden o no ser desafortunadas.

Con el climaterio es frecuente que la función de la mujer como madre y esposa pierda importancia: los hijos se hacen más autónomos y los maridos menos demostrativos. Muchas mujeres se sienten descartadas, en tanto que los varones, dada su actividad en el trabajo, siguen siendo necesitados en el mundo externo; de hecho, muchos están en la cumbre de su desarrollo profesional. Esta diferencia funcional suele compensarse cuando, hacia la quinta década, la mujer-abuela es más necesitada en la familia.

Psicopatología del climaterio

Más allá de las diferencias culturales la reacción a las tensiones de la edad madura depende de factores personales idiosincrásicos: la capacidad de adaptación flexible en contraste con la rigidez del carácter; la naturaleza de la relación con la pareja; la relación con los hijos, otros parientes y amigos; el sentimiento de utilidad, y la naturaleza de los intereses en el mundo externo.

Conforme más débil es la capacidad de adaptación las relaciones interpersonales son más limitadas, el sentimiento de ser útil es más precario, el rango de interés es más estrecho, y se es más vulnerable al impacto de la involución biológica.

Los síntomas menopáusicos que son expresión directa de la depleción estrogénica por lo general son aliviados con la medicación de suplencia, pero no lo son los desórdenes afectivos; éstos son frecuentes, intensos y persistentes y en muchos de los casos tienen más relación con los conflictos psicológicos que los desencadenan que con los cambios hormonales.

La más frecuente de las manifestaciones psicopatológicas durante el climaterio es la *depresión*, que puede comprenderse como una reacción de duelo por la pérdida irreparable del objeto más querido: la propia imagen. En mujeres genéticamente predispuestas el climaterio puede activar disposiciones latentes y ser causa desencadenante de perturbaciones severas como la “melancolía involutiva”. En efecto, ocurre que personas retraídas y limitadas en el rango de su experiencia, poco capaces de adaptarse a los cambios, sufren depresión severa con ideas delirantes de pecado, persecución o castigo. En estos casos el riesgo de suicidio es importante. La exageración de los rasgos negativos del carácter y particularmente de la envidia y de los celos es frecuentemente causa de pugna intrafamiliar.

Cuando la depresión es explícita su identificación no debe presentar mayores problemas para el médico. Sin embargo, los términos *depresión hostil*, *depresión sonriente* y *equivalentes depresivos* han sido acuñados para referirse al hecho clínico de que la depresión se encuentra frecuentemente “enmascarada” por alguno o algunos de los síntomas que la acompañan. Por otra parte, la depresión hace posible la aparición de síntomas como obsesiones, fobias, miedos hipocondriacos, síntomas conversivos, etc. La activación de “síntomas latentes” determina la variabilidad sintomática de las depresiones

del climaterio.

Si el individuo es capaz de confrontar con éxito los peligros de este periodo crítico del desarrollo, el desenlace es la integración a un nuevo nivel: una nueva dimensión de madurez, advertencia de sí mismo y de los demás.

SENECTUD

Aunque el lapso de la vida humana no ha aumentado, sí lo ha hecho la proporción de personas que sobrepasan los 65 años. En nuestro país esta población sobrepasa ya los tres millones. Las consecuencias económicas y sociales de este fenómeno preocupan y avivan el interés en el tema.

Al abordar los aspectos psicológicos y sociales de la última etapa del ciclo vital es necesario distinguir entre la senectud, que es el envejecimiento fisiológico con su cortejo de cambios biológicos y psicológicos, y otras enfermedades que son particularmente frecuentes en las personas de edad avanzada, incluyendo la senilidad.

Aspectos biológicos

El envejecimiento conduce gradualmente a la claudicación de los sistemas de autorregulación y equilibrio energético del organismo y finalmente a su colapso. Es un proceso endógeno, predeterminado, característico de la especie e individualizado en función de la dotación genética, de la experiencia de la vida y de la participación de factores psicológicos y sociales.

La atrofia cerebral es una de las transformaciones morfológicas más importantes que en la última fase de la vida experimenta la compleja estructura del organismo y que se manifiesta por cambios en las funciones mentales, la personalidad y la conducta. En esta etapa el cerebro sufre disminución considerable de su peso y del número de neuronas. En nuestro país, Escobar encontró que el peso promedio del cerebro de personas de 30 a 40 años es de 1 300 gramos, en tanto que el de personas de 71 a 98 años es solamente de 1 144 gramos.

Las arterias se endurecen con la edad, pero las alteraciones cerebrales primarias en la senectud son las alteraciones celulares y bioquímicas: placas seniles, degeneración granulovacuolar, acumulación progresiva de pigmentos, etc. Como es sabido, las neuronas no son renovables y su número decrece a partir del nacimiento. Aparentemente, la atrofia del cerebro, que predomina en las áreas asociativas de la corteza, es consecuencia de esa reducción. En el envejecimiento normal la reducción del riego sanguíneo es secundaria a la disminución de la masa neuronal.

Aspectos psicológicos

Me referiré primero a los cambios que ocurren en las funciones cognitivas y después a los que ocurren en la personalidad durante el proceso del envejecimiento.

En la edad avanzada tanto la sensorpercepción (visión, audición, percepción de las vibraciones) como la memoria, particularmente la memoria para hechos recientes, se tornan progresivamente deficientes. Además de percibir mal y recordar mal, el viejo tiene dificultades para aprender, se fatiga más fácilmente y sus respuestas son lentas. Su sentido del tiempo se altera también profundamente.

La declinación de las funciones cognitivas en el anciano ha sido objeto de particular interés. El proceso ha sido analizado como un recorrido en sentido inverso al desarrollo ontogénico en el niño, que fue descrito por Piaget.²⁷ Ajuriaguerra y sus colaboradores²⁸ han estudiado ese proceso regresivo en el anciano y hacen hincapié en que el deterioro de la capacidad operativa del viejo dista de ser algo homogéneo. Un indicador precoz de este deterioro es la disolución de la capacidad para integrar la perspectiva. Al defecto se le define como *apraxia constructiva*.

Los estudios longitudinales indican que muchos ancianos suelen conservar en forma notable su inteligencia enriquecida por la experiencia, y esto les permite compensar defectos cognitivos, como la menor capacidad para el pensamiento inductivo. El viejo normal maneja bien las estructuras lógicas y su razonamiento deductivo puede ser excelente. Como regla, sus habilidades verbales declinan más lentamente que las no verbales y, como además conserva sus adquisiciones conceptuales, puede mantener su riqueza intelectual. En resumen, a pesar de la lentitud de sus reacciones, su fatigabilidad y sus problemas de memoria, el anciano normal puede mantener un rendimiento intelectual eficiente hasta una edad avanzada. Investigaciones recientes en la industria indican que, en ciertos trabajos, personas de más de 65 años pueden igualar y aun superar a los jóvenes porque son más serios, más responsables y no desperdician los materiales.

Cambios en la personalidad

Con la edad avanzada la personalidad cambia. Estos cambios son comprensibles como una exageración de los rasgos negativos de carácter y también como defensas del anciano ante sus deficiencias cognitivas, las cuales advierte, y ante las actitudes de los demás hacia él. Una reorganización de los recursos psicológicos ocurre en la senectud y se traduce en una concentración del interés en sí mismo y la inclinación a atribuir hostilidad a los demás.

Es posible anticipar los cambios que habrá de experimentar una persona al envejecer cuando se conoce su personalidad previa. Sujetos biofilicamente orientados, vitales, abiertos, que disfrutan de su trabajo y tienen intereses y adhesiones genuinas y variadas, envejecen mejor que otros que son poco vitales, rígidos, actúan compulsivamente y han carecido siempre de intereses reales.

El anciano tiene dificultad para adaptarse a las innovaciones. Su tendencia es a permanecer estático, fijo a su pasado, en tanto que el mundo que lo rodea es dinámico;

se interrumpen las tradiciones, se derrumban las mitologías y se ponen en duda los principios. Algunos ancianos pretenden aplicar a situaciones presentes soluciones que fueron válidas en el pasado. Una generación, dice Ortega y Gasset, es una manera de compartir la existencia. Esto establece unidad y distancia. En los tiempos actuales la separación entre las generaciones es más profunda y difícil de salvar.

Aspectos sociales

No es acertado pensar que los problemas del viejo sólo dependen de él mismo. Muchos de sus sufrimientos, incluyendo la precipitación de su declinación funcional, están determinados por las actitudes y las acciones de otras personas.

La ambivalencia ante los viejos, que se expresa en actitudes discordantes, no es algo nuevo. Platón exaltó su prudencia y su sabiduría, y Aristóteles repudió su egoísmo y su mezquindad. Desde la Antigüedad pueblos nómadas y guerreros han visto a los viejos como un estorbo y los abandonan a su suerte, en tanto que sociedades pastorales, sedentarias y pacíficas, los aprecian y cuidan. Pero más allá de estas diferencias culturales hay “un hecho de la vida”: en cualquier sociedad, los viejos que tienen riquezas y poder son tratados mejor que los que son pobres y están desvalidos. La mayor parte de los viejos es pobre.

Citaré un ejemplo bien conocido que ilustra diferentes actitudes hacia los viejos. En algunos países y en algunas épocas los gobernantes y los líderes políticos son escogidos entre personas de edad avanzada ya que en mucho se estima su prudencia y su experiencia, en tanto que en otros los jefes de Estado y los líderes políticos son jóvenes, ya que el dinamismo, la energía y la rapidez son las características más apreciadas.

Nuestra sociedad urbana e industrial vive bajo los signos del cambio y de la velocidad. En las grandes ciudades la disolución del régimen de la familia extensa —donde el viejo tuvo un lugar—, las dificultades de transportación, la soledad en medio de la multitud y el encogimiento de las pensiones y ahorros hacen la vida de los viejos más difícil.

Desconocemos aún muchas cosas acerca de la senectud y de su forma patológica más común: la *senilidad*. La diferencia entre la senectud fisiológica y la senilidad tiene aspectos biológicos y biográficos y también tiene relación con las circunstancias psicológicas y sociales en que transcurre la etapa final de una larga vida. Hay preguntas que aún no tienen respuesta satisfactoria: ¿por qué viven las mujeres un promedio de ocho años más que los varones? Hasta ahora los estudios de las diferencias en cuanto a la duración de la vida no han sido muy esclarecedores.

Psicopatología de la senectud

La morbilidad mental en los viejos consiste, en parte, en trastornos relacionados con un “deterioro mental ligero” que a menudo tiene una base emocional y que es más significativo desde el punto de vista social que médico. Esto quiere decir que,

contrariamente a las creencias extendidas, muchos trastornos mentales de los viejos son tratables o prevenibles, y en cualquier caso son susceptibles de mejorar por medios que no requieren una tecnología elaborada ni la hospitalización de los pacientes.

En el manejo médico de los ancianos es un error atribuir sus quejas a la edad. Otro más es pasar por alto defectos cognitivos discretos que propician errores de juicio y de conducta, los cuales son identificables en un examen cuidadoso del estado mental.

La menor capacidad adaptativa de los viejos los hace más vulnerables a una variedad de factores ante los cuales reaccionan con alteraciones mentales transitorias: síndromes cerebrales caracterizados por *confusión mental*, fluctuaciones de la conciencia, alucinaciones visuales, abatimiento del ánimo y/o agresividad. Estos síntomas se alternan, se presentan juntos o se sobreponen a otros estados patológicos. Sus causas son múltiples: trastornos metabólicos asociados con la diabetes, insuficiencia cardíaca, infecciones, particularmente de las vías respiratorias y urinarias, hidrocefalo con presión normal, disfunciones tiroideas y, lo que es muy frecuente, reacciones tóxicas a fármacos. La tolerancia de los ancianos a los efectos indeseables de distintos fármacos está considerablemente disminuida. Esto ocurre particularmente con los sedantes-hipnóticos, los antidepresivos tricíclicos y otras sustancias anticolinérgicas. Por otra parte, los viejos hipocondriacos son con frecuencia sometidos a asociaciones farmacológicas en las cuales las sinergias y las incompatibilidades entre los distintos fármacos prescritos no son debidamente tomadas en cuenta. La eliminación oportuna de las causas de estos síndromes cerebrales exógenos evita que se transformen en condiciones crónicas.

Las *demencias* representan un área importante de superposición de trastornos psiquiátricos y deficiencias neurológicas. El término *demencia* debe reservarse para denominar un daño global de las funciones cognitivas e intelectuales de curso severo y progresivo. El término no debe aplicarse a personas con alteraciones leves de este tipo. En la demencia es notable el deterioro de la memoria, pero el rasgo esencial es la pérdida progresiva de la capacidad de abstracción y de organización. Esta pérdida, que se refleja en fallas de la habilidad razonadora, es el síntoma central en la demencia y la manifestación más común de daño cerebral.

Halstead²⁹ desarrolló un conjunto de pruebas para medir las habilidades que reflejan la alteración de las funciones cerebrales. Desde 1935 este investigador comenzó en su laboratorio el estudio de las funciones psicológicas más elevadas en pacientes con lesiones en el cerebro. Primero observó a estos pacientes en sus casas, en el trabajo y en diversas situaciones de la vida, y formuló hipótesis relacionadas con deficiencias cerebrales específicas. Después volvió a su laboratorio y diseñó experimentos que pudieran medir tales deficiencias.

En el examen neuropsicológico se aprecia que el daño depende en parte de características preexistentes de la personalidad y de factores situacionales.

El análisis estructural que se realiza aplicando los métodos de la psicología genética de Piaget, que con tantos frutos usaron los investigadores de Ginebra bajo la guía de Ajuriaguerra, pone de manifiesto en detalle el proceso de la desintegración múltiple de las funciones instrumentales: memoria, lenguaje, praxis, funciones motrices, aumento de

tono muscular, reaparición de reflejos arcaicos y aparición de estereotipias motoras.³⁰

La connotación anatomoclínica de la demencia es el daño cerebral orgánico primario, que difiere del deterioro causado por otros síndromes clínicos subcorticales.

El diagnóstico diferencial oportuno es importante, ya que las alteraciones de la conciencia y de la memoria pueden relacionarse con problemas médicos no demenciales, como la depresión —que frecuentemente no es identificada— las infecciones, los desórdenes metabólicos, la toxicidad de ciertas drogas, el hematoma subdural y el meningioma, cuyas causas pueden ser abordadas y removidas. Es importante distinguir con claridad entre quienes sufren un proceso irreversible de deterioro cognitivo y quienes parecen sufrirlo y sólo sufren otros trastornos de la conciencia de carácter transitorio. Es factible que en el futuro la terapia de sustitución de la deficiencia colinérgica permita preservar o retardar la pérdida de la función mnésica en los inicios de la enfermedad. En todo caso la identificación acertada y oportuna del problema es esencial para su manejo adecuado.

La forma de principio, la naturaleza progresiva e irreversible de los síntomas, los rasgos clínicos, la evolución subsecuente y la presencia o no de síntomas neurológicos focales fluctuantes permiten hacer las distinciones necesarias. Una distinción es la que se hace entre la demencia progresiva y la enfermedad cerebrovascular con pequeños infartos, de evolución más episódica y remisiones incompletas. En ella los defectos mentales son poco homogéneos y se encuentran signos y síntomas neurológicos focales.

La *demencia de la enfermedad de Alzheimer* es cuatro veces más frecuente que la debida a infartos cerebrales por arteroesclerosis. Varios estudios están actualmente en marcha para determinar las causas de la enfermedad de Alzheimer. Se han inculcado a virus lentos, reducción del neurotransmisor acetilcolina, autoinmunidad. La base genética ha sido establecida para un subgrupo de estos pacientes.

Aunque la presencia de alteraciones específicas de las neuronas en la demencia degenerativa fue descrita desde principios del siglo XX por Alzheimer, no fue sino hasta la década de 1960 cuando se demostró que los cambios celulares que ocurren en casos tempranos son idénticos a los que sufren ancianos seniles. Hoy se reconocen dos clases de enfermedad de Alzheimer genéticamente diferentes: la de principio precoz, *presenil*, y la de principio tardío, *senil*. Ambas pueden ser diferenciadas de la enfermedad de Pick, mucho menos frecuente, de la demencia cerebrovascular causada por múltiples infartos cerebrales y de otros cuadros clínicos de apariencia demencial.

La notable reducción de la población de neuronas en forma selectiva en el hipocampo y en la corteza de los lóbulos temporal, parietal y frontal, y la presencia de alteraciones neurofibrilares consistentes en filamentos helicoidales pareados, las placas argenotóxicas de proteína amiloide y los cuerpos granulovacuolares, son características histopatológicas de la enfermedad de Alzheimer.

Se ha postulado que el fenómeno primario identificable desde el primer año de la iniciación de los síntomas es la destrucción de las neuronas colinérgicas del núcleo basal de Mayner y que la deficiencia colinérgica cortical sería un desarrollo secundario en las áreas de proyección correspondientes.

En años recientes se han hecho algunos avances en el conocimiento de los cambios que ocurren en los cerebros de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Entre estos últimos, uno que ha suscitado el mayor interés es la notable disminución en la corteza cerebral y en el hipocampo de la enzima biosintética colinaacetiltransferasa, que transforma la colina en el neurotransmisor acetilcolina.

Sin embargo, las deficiencias en la enfermedad de Alzheimer son múltiples y complejas. También los receptores de la somatostatina, un péptido neurotransmisor que normalmente está presente en neuronas de la corteza cerebral y del hipocampo y otros receptores, sufren una disminución manifiesta.

Se considera que el camino más transitado hacia el descubrimiento de las causas de la demencia es el estudio de las proteínas fibrosas anormales que constituyen el filamento helicoidal pareado y el amiloide en las placas seniles.

Dos son las responsabilidades ineludibles del médico ante el enfermo demenciado: una, establecer con certeza el diagnóstico, identificando las condiciones locales o generales que alteran la conciencia y/o las funciones intelectuales, y otra, no permanecer indiferente ante el sufrimiento de los familiares.

Hay viejos que son infelices porque son viejos, pero no siempre ocurre esto. De hecho hay muchos viejos que conservan el humor y la salud. La *depresión*, que en el curso de su vida afecta a uno de cada 10 habitantes del planeta, es condición patológica muy frecuente en los ancianos, ya sea como un estado endógeno o como una reacción ante situaciones adversas de la vida. En el primero de los casos es común que la persona haya sufrido un episodio similar en épocas anteriores.

Hay datos para pensar que 10% de la población de personas de más de 65 años sufre un trastorno depresivo. La depresión se caracteriza por una alteración disfórica del humor, una pérdida de interés de calidad diferente a la pena del duelo y que debe ser distinguida de la baja transitoria del humor consecutiva a la frustración o al desengaño.

Los eventos desafortunados de la vida, a los cuales la sabiduría popular ha atribuido desde siempre un papel importante en la iniciación, curso y desenlace de diversas condiciones patológicas, son particularmente nocivos para los ancianos, precisamente porque son más frágiles y más vulnerables y su inmunidad más débil. Las pérdidas y las frustraciones que inducen a una persona a “darse por vencida” activan propensiones patológicas que podrían permanecer latentes, y aun cuando desconocemos el mecanismo por el cual actúan, no es posible negar su importancia. La capacidad de los ancianos para tolerar tensiones y cambios psicológicos está reducida a causa de su incompetencia cerebral y también al aflojamiento o la ruptura de la liga con personas, situaciones e ideas que han dado a sus vidas propósito y sentido. Es por ello que la jubilación representa un riesgo.

El anciano suele no identificar su depresión ante la pérdida o la anticipación de la pérdida de su propia imagen de hombre maduro, su salud, sus seres queridos, su seguridad económica y sus posiciones de poder o de prestigio. La depresión suele entonces presentarse abiertamente, o bien bajo la apariencia de un cuadro paranoide o hipocondriaco, u oculta tras el insomnio, el dolor y otros síntomas con frecuencia

difíciles de integrar en cuadros nosológicos. Estos síntomas que enmascaran la depresión se convierten en el contenido de quejas reiteradas que hacen que los viejos sean entonces enfermos “problemáticos”, es decir, esa clase de enfermos a quienes los médicos preferirían no ver. La depresión debe verse siempre como una condición patológica en su propio derecho. Para identificarla se requiere solamente cierta sensibilidad. No identificarla es un pecado de omisión tanto más grave cuanto que en la mayoría de los casos puede ser tratada con éxito.

En la depresión comúnmente disminuyen la concentración y la atención, y esto afecta a la memoria reciente. Esto puede confundirse con un problema demencial. Este síndrome afectivo ha sido designado como una *seudodemencia*. Por otra parte, la combinación de depresión con demencia real en grados variables es una ocurrencia frecuente. La misma pérdida de capacidades intelectuales puede inducir depresión en los ancianos. Considerar que la depresión es “consecuencia de la edad” refleja ignorancia y es una abdicación de la responsabilidad médica.

En la senectud y en la adolescencia, el *suicidio* alcanza las tasas más elevadas. De todos los suicidios, 25% ocurre en la población que tiene más de 65 años. Séneca dijo “contra todas las ofensas de la vida tengo el refugio de la muerte”. La senectud es época de muchas ofensas. Más que a la muerte, el viejo teme a la soledad, el sufrimiento y la miseria. La amenaza de suicidio de los viejos debe tomarse en serio. Nadie que ve “una luz al final del túnel” se quita la vida. La tasa de suicidio a la edad de 65 años o más es aproximadamente de 50 por 100 000, en oposición a la de 10 por 100 000 en grupos de menor edad. A los 75 años la tasa sube a 80 por 100 000, sobre todo a expensas de los varones. Se estima que 70% de los suicidios en los viejos se debe a repercusiones psicológicas de incapacidades físicas. La depresión agrava estas incapacidades. Es importante mencionar el incremento en las tasas de muerte durante el primer año después de la muerte del compañero.

Además de las formas abiertas de desprenderse de la vida, hay otras formas encubiertas, como correr riesgos innecesarios y descuidar tratamientos. Por otra parte, ¿no hay acaso formas de tratar al viejo que son sutiles invitaciones al suicidio? El desprecio y el desapego hacen sentir al viejo que ya no es deseado, que no es útil y que todos estarían mejor sin él. Algunos viejos aceptan calladamente estas invitaciones.

Longevidad y creatividad

El uso ininterrumpido de las facultades cognoscitivas las protege de su deterioro. Algo semejante puede decirse de la vida afectiva y motivacional. El principio biológico general de que el órgano que no se usa se atrofia tiene aplicación en la senectud. Posiblemente es en este contexto en el que hay que comprender la relación observada entre *creatividad* y *longevidad*. Si bien es posible que un mismo factor genético explique ambas.

Ya en 1938 Cajal había sugerido que la pérdida de las conexiones sinápticas subyace al empobrecimiento de la vida mental y que su conservación en la vejez depende de la

actividad y el interés en el trabajo. Muchos ancianos que han sido creativos en el arte, las ciencias o las empresas intelectuales han muerto de edad avanzada sin sufrir senilidad. En cambio, en los asilos, que sólo son lugares de custodia, el deterioro mental se acelera.

No obstante que el péndulo se ha inclinado hacia la medicina preventiva, parece que esta nueva corriente ha dejado a un lado a los ancianos. Poco se hace en nuestro medio para mejorar sus condiciones de vida y nada para que los adultos se preparen para contender con la vejez. La capacidad física y mental de los viejos podría mantenerse mejor si los médicos no fueran tan pesimistas. Pero los médicos reflejan una actitud de la sociedad que se niega a reconocer su responsabilidad en el cuidado de quienes están ya al final del camino. Después de todo, prolongar la vida, uno de los grandes logros de la medicina, es una “amarga victoria” si no se preserva su calidad.

Para concluir diremos que en muchos países los problemas relacionados con la senectud se atienden ya como problemas de salud pública, pero es deplorable que muchos médicos vean a los pacientes que sufren estados deficitarios como demasiado problemáticos y poco interesantes y por ello los descuidan, con la consecuencia de que empeore su condición y su vida sea más miserable. En los casos de demencia por infartos múltiples el deterioro no es homogéneo y ciertas facultades cognoscitivas pueden conservarse mejor que otras, lo cual tiene tanto implicaciones médicas y humanas como éticas y jurídicas.

En las sociedades urbanas los problemas relacionados con la senectud son más graves y más frecuentes. Las presiones económicas, las demandas del trabajo, los cambios en la estructura familiar y en el estilo de vida han desgastado la voluntad y la capacidad de las familias y de las comunidades para ocuparse del cuidado de sus ancianos. En otras épocas y en sociedades menos sujetas a cambios sociales rápidos los viejos contaron con el apoyo de la familia extensa, que aun en los países en desarrollo tiende a derrumbarse.

Sigmund Freud dijo una vez: “Puede ser que los dioses sean misericordiosos cuando hacen que nuestras vidas sean más implacenteras conforme envejecemos. Al final la muerte parece menos intolerable que las muchas cargas que tenemos que llevar”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribble, M., *The Rights of Infants. Early Psychological Needs and their Satisfaction*, Columbia University Press, Nueva York, 1943.
2. Spitz, R., *El primer año de vida del niño*, FCE, México, 1969.
3. Bowlby, J., *Attachment and Loss*, Basic Books, Nueva York, 1969.
4. Mahler, M. S., y F. Pinel, *The Psychological Birth of the Human Infant*, Basic Books, Nueva York, 1975.
5. *Idem*.
6. Spitz, R., *op. cit.*
7. Winnicott, D. W., *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 1979.
8. Piaget, J., *La formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño*, FCE, México, 1987. Véase también J. Piaget y B. Inhelder, *Psicología del niño*, Ninus, Buenos Aires, 1974.
9. Sullivan, H. S., *Estudios clínicos de psiquiatría*, Psique, Buenos Aires, 1974.

10. Erikson, E. H., *Infancia y sociedad*, Hormé, Buenos Aires, 1973.
11. Rank, O., *El trauma del nacimiento*, Paidós, Buenos Aires, 1972.
12. Bowlby, J., *op. cit.*
13. Harlow, H. F., y M. K. Harlow, "Psychopathology in Monkeys", en H. D. Kimmel (ed.), *Experimental Psychopathology: Recent Research and Theory*, Academic Press, Nueva York, 1971.
14. Mirsky, J. A., "Physiologic, Psychologic and Social Determinants in the Etiology of Duodenal Ulcer", *Am. J. Digest. Dis.*, núm. 3 (1958), p. 285.
15. Piaget, J., *op. cit.*, y J. Piaget y B. Inhelder, *op. cit.*
16. Tinbergen, N., *El estudio del instinto*, Siglo XXI, México, 1977.
17. Davis, B., "A Clinical Method of Appraisal of the Language and Learning Behavior of Young Autistic Children", *J. Commun Disorders*, núm. 1 (1967), pp. 277-296.
18. Hebb, D. O., *The Organization of Behavior*, John Wiley & Sons, Nueva York, 1949.
19. Cooper, R. M., y J. P. Zubek, "Effects of Enriched and Restricted Early Environments of the Learning Ability of Bright and Dull Rats", *Can. J. Psychol.*, núm. 12 (1958), pp. 59-64.
20. Liddell, H. S., "Conditioned Reflex Method and Experimental Neurosis", en J. Hunt (ed.), *Personality and the Behavior Disorders*, Ronald Press, Nueva York, 1944.
21. Chávez, A., C. Martínez y J. Cravioto, "Nutrition, Behavioral Development and Mother Child Relations in Young Rural Children", *Fed. Proceedings*, núm. 34 (1975), p. 1574.
22. Allport, G. W., *Pattern and Growth in Personality*, Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1961.
23. Blos, P., *The Adolescent Passage: Developmental Issues*, International Universities Press, Nueva York, 1985.
24. Erikson, E. H., *op. cit.*
25. Sullivan, H. S., *op. cit.*
26. Marmor, J., *Psychiatry in Transition*, Brunner Mazel, Nueva York, 1974.
27. Ajuriaguerra, J., y R. Tissot, "Psychologie de la sénescence", en *Précis de Geriatrie*, Masson et Huber, París, 1973.
28. *Idem.*
29. Halstead, W. C., *Brain and Intelligence. A Quantitative Study of the Frontal Lobes*, The University of Chicago Press, Chicago, 1947.
30. Ajuriaguerra, J. y R. Tissot, *op. cit.*

LECTURAS RECOMENDADAS

Cole, J. O., y J. E. Barret, *Psychopathology in the Aged*, Raven Press, Nueva York, 1981.

Partiendo de lo que puede considerarse la psicopatología "normal" de la vejez, se plantea el diagnóstico diferencial con los trastornos psiquiátricos. Se revisan datos epidemiológicos, las alteraciones cognoscitivas y los dos cuadros más frecuentes de esta etapa: la depresión y las demencias.

Krassoievitch, M., *Demencia presenil y senil*, Salvat, México, 1988.

Libro dirigido a los clínicos interesados en el problema de la demencia, enfocado a la semiología clínica y el manejo de los síndromes demenciales. Incluye una guía para la exploración del paciente.

Mair, H., *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.

El autor revisa el desarrollo del niño desde el punto de vista psicoanalítico de Erikson, la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget y la teoría del aprendizaje de Sears. Hace una comparación de las tres teorías y comenta las implicaciones prácticas de las mismas.

Offer, D., y E. Ostrov, *The Adolescent: A Psychological Self-Portrait*, Basic Books, Nueva York, 1981.

Resultados de investigaciones de campo presentan la visión que los adolescentes tienen de sí mismos, cuáles son sus problemas, como una base para la comprensión de esta etapa por parte de los otros.

Rutter, M., y H. Giller, *Juvenile Delinquency. Trends and Perspectives*, Guilford, Nueva York, 1984.

Los autores hacen una revisión exhaustiva de la literatura reciente sobre la delincuencia. Examinan las diferencias entre delincuentes y no delincuentes respecto a variables como familia, nivel socioeconómico, historia académica, personalidad y conducta social. Analizan las implicaciones de este tipo de estudios.

V. LA FAMILIA Y LA SALUD MENTAL

Los fundamentos biológicos y sociales de la familia.—Los cambios sociales y su repercusión en la familia.—Las críticas a la familia como institución.—La liberación de las mujeres.—Los cambios en la autoridad.—Otras formas de vida familiar: las comunas.—Integración y desintegración de la familia.—La familia y la personalidad: procesos psicodinámicos.—Un enfermo en la familia.—La familia como sistema: patrones de comunicación, límites.—Mecanismos disfuncionales que operan en la familia: patrones de interacción patológica.—El médico y la familia.—La terapia familiar.

HOY EN día el interés tradicional de la medicina en el individuo se complementa con el abordaje de los problemas de salud en las familias y en las comunidades.

En último término, el cuidado de la salud tiene como objeto una persona enferma, miembro de una familia, la cual a su vez pertenece a una comunidad y es partícipe de los procesos sociales. Si se ve la personalidad humana como un sistema abierto y no se pierde de vista la interacción recíproca del individuo y su grupo, se podrá apreciar que en asuntos de salud el enfoque biológico, el psicológico y el social son complementarios. La sociología se ocupa de los grupos, las poblaciones y la psicología de los individuos. La liga entre el individuo y la sociedad se hace principalmente por medio de la familia.

La familia es el núcleo de la sociedad. Se le puede ver como un sistema de interrelaciones durables que opera como banda de trasmisión de la cultura y cumple varias funciones que son necesarias a la sociedad: la reproducción y protección de sus miembros, además de proveer la maduración emocional y social de los niños. Los padres llevan impresos en su carácter y en sus actitudes los valores, las creencias y aspiraciones que circulan en el estrato social al que pertenecen o quisieran pertenecer y los transmiten a sus hijos. A menudo ocurre que la liga emocional familiar entre las generaciones no se interrumpe del todo.

FUNDAMENTOS DE LA FAMILIA

Una pregunta es: ¿en qué grado está la familia determinada biológicamente y en qué grado lo está socialmente?

La base biológica de la familia es la liga estrecha y persistente entre la madre y los hijos, ya que si el varón permanece ligado con la hembra es más bien por razones psicológicas y socioculturales. Puesto que al nacer y durante varios años el niño es incapaz de cuidarse a sí mismo, tiene necesidad de ser alimentado y protegido y de aprender a vivir. Puede decirse que la tarea central de la familia es transformar un organismo biológico en un ser humano.

En algunos mamíferos, como los leones y los gibones, hay una suerte de organización familiar que puede mantenerse por años. Este patrón tiene el mismo nivel que la territorialidad y la jerarquía de dominio presentes en muchas organizaciones animales. La capacidad de establecer ligas de apego aparece tempranamente en la escala zoológica.

Para que un niño pueda sobrevivir es necesario que uno o más individuos adultos

quieran cuidarlo. El proceso requiere tres generaciones, puesto que el niño no sobreviviría si sus padres no hubieran sido socializados para cuidarlo. Así, mediante patrones culturales se asegura la continuidad biológica. Su plasticidad permite al niño incorporar esos patrones culturales por aprendizaje e identificación.

El sistema familiar es el sostén de la sociedad y de la cultura en tanto que no sólo refleja sino conserva los valores, las costumbres y las prohibiciones del grupo social. En el seno de la familia, el niño incorpora valores, metas y prejuicios por las ventajas que derivan de ello. La vida en la familia influye en el desarrollo de la personalidad de los hijos y en su potencial para una vida saludable o insana. No obstante que en cuanto a su estructura básica la familia es una institución estable, está sujeta en la época actual a un proceso de cambio.

ASPECTOS SOCIALES

El cambio social es la característica general más acusada de nuestro tiempo. En el transcurso de unas cuantas décadas, nuestra sociedad ha experimentado hondas transformaciones. En nuestras clases medias, en las cuales centro mi interés, los cambios son más notables en el interior de las familias: cambios en el papel de la mujer en el hogar, cambios en el ejercicio de la autoridad, en la crianza y la educación de los hijos, agudización de los conflictos generacionales y aflojamiento del sentimiento de identidad y de las ligas de afecto que dan cohesión al grupo familiar y son fuente de seguridad para sus miembros.

La familia es hoy movida por poderosas fuerzas antagónicas: unas pugnan por mantenerla atada a sus tradiciones y otras la precipitan en la modernidad.

Hace no muchos años, cuando nuestro país salía de su pasado semifeudal basado en una economía agrícola y comercial, la familia media, bien integrada, era rígida y se apoyaba en las diferencias del sexo y de la edad; las mujeres se subordinaban a los hombres y los jóvenes a los viejos; familia y religión se sostenían la una a la otra; la interdependencia económica entre los miembros era estrecha y la red de relaciones familiares se extendía para incluir a los parientes y a otras personas reconocidas como pertenecientes al mismo círculo social. El control de la natalidad era infrecuentemente practicado, la virginidad era celosamente guardada, la fidelidad conyugal era obligatoria para la mujer, los primogénitos tenían privilegios y la conveniencia desempeñaba un papel importante en los matrimonios.

Esta breve enumeración de rasgos de la familia tradicional es suficiente para mostrar lo mucho que ha cambiado la familia en la dirección de una estructura conyugal moderna: pequeña, igualitaria, permisiva y flexible, y sin embargo, en algún grado atada aún a la tradición.

Los cambios que en las últimas décadas ha experimentado la familia en nuestro país no son caóticos, ni únicos; más bien, aun cuando muestran algunas peculiaridades, siguen el modelo general de lo ya ocurrido en otras latitudes a otras familias y a otros

conglomerados humanos bajo los signos de la revolución industrial, la difusión del conocimiento científico y la educación.

El éxodo hacia los centros de trabajo y de estudio tiene, entre otras consecuencias, la de facilitar a los jóvenes su emancipación precoz de la tutela familiar y que busquen por sí mismos su camino en la vida. Las nuevas condiciones causan cambios en las costumbres y en las concepciones ideológicas, morales y políticas que a su vez se convierten en agentes de cambio. Uno de ellos es la secularización de la vida y la declinación de la influencia de las instituciones que tradicionalmente se han ocupado de señalar normas de vida a la gente.

En la gran ciudad moderna, caótica, pero abierta y dinámica, la tradición se sacrifica a la eficacia. Las dimensiones del grupo familiar se limitan necesariamente, las relaciones se amplían cuantitativamente, pero tienden a hacerse más impersonales, más cotidianas y concretas. Los cambios rápidos y profundos que acompañan a la industrialización, dice C. E. Vincent, “exigen un sistema familiar donde las estructuras y las funciones no sean rígidas, porque deben someterse tanto a los imperativos de otras instituciones sociales como a las necesidades de sus propios miembros”.

Hay quienes piensan que estos cambios en la familia, que sin ser del todo nuevos se observan en forma cada vez más generalizada, acabarán por causar su desintegración. Sin embargo, la familia tiene bases biológicas y sociales y ha mostrado en la historia gran capacidad de adaptación.

Las críticas a la familia como institución

La tendencia a culpar a la familia de los problemas sociales y de las infelicidades humanas es muy antigua.

En *La República*, Platón expresó la opinión de que la familia es enemiga de la justicia y de la ciudad-Estado y propuso su eliminación. No es tampoco casual que, a partir de la Revolución francesa de 1789, algunos innovadores sociales postularan la supresión de la familia como un primer paso para lograr un cambio profundo de la sociedad.

Los ataques de que es objeto la familia hoy en día son explícitos e incisivos. Se dice que, si bien el hombre inició su liberación política y social en el siglo XIX, su vida privada permanece aún encadenada a los tabúes y a las restricciones que operan en el seno del tipo de familia que la sociedad industrial apoya porque conviene a sus propios fines.

Es interesante mencionar que en tanto que la familia conyugal resulta ser revolucionaria en lugares donde aún se conserva la familia extensa y tribal, en otros es vista como representante de una ideología conformista que promueve el sometimiento de los individuos.

Nada mejor para ilustrar el tono del pensamiento radical sobre la familia que referirnos a uno de sus críticos más comentados.

R. D. Laing fue un estudioso muy crítico de la familia actual. En su libro *El cuestionamiento de la familia*¹ Laing asegura que la función de la familia es servir a la

sociedad y a la cultura para la supresión del instinto: un instrumento de represión, al cual el hombre está sujeto desde su nacimiento y contra su voluntad. La educación, dice, es el intento de la supresión de Eros y el fortalecimiento del ego, es decir, la adaptación. Laing habla de “la familia introyectada”: el conjunto de patrones de relación familiar que cada uno de nosotros lleva en su interior.

Laing documenta la forma en que generación tras generación la cara de la familia se proyecta como en un salón de espejos, sin que la gente se dé siquiera cuenta de ello.

Laing es probablemente el más articulado de los críticos modernos de la familia. Su error es ver todas las relaciones humanas como si fueran meras extensiones de las imágenes familiares y, por lo tanto, desprovistas de relevancia inherente. Por otra parte, nada dice acerca de las familias sanas y benévolas. En sus concepciones la familia no aporta nada bueno al individuo, lo cual hace inexplicable su persistencia a lo largo de los siglos. Tampoco parece percatarse de que en lo común, en lo cotidiano de la vida, yacen algunas de las satisfacciones más profundas y de las familiaridades más auténticas.

Los críticos de la familia dicen que la familia contemporánea es irracional porque la sociedad que la determina es irracional. Esto es aceptable en el grado en el que hay en ambas poderosos elementos irracionales y con frecuencia no cumplen con los fines que los hombres quieren que tengan. Lo que no es aceptable es esa negación virulenta del rostro noble y amable de la familia.

LA LIBERACIÓN DE LAS MUJERES

En el centro de los cambios en la vida familiar se encuentra el hecho de que muchas mujeres han cobrado conciencia de sus posibilidades de una vida más amplia y quieren cambiar su papel en la familia y en la sociedad.

Desde los años cincuenta la inconformidad contra la situación injusta se ha manifestado más abiertamente y tiende a generalizarse especialmente entre las mujeres que han tenido una educación más liberal que la que recibieron sus madres. Los resultados se dejan sentir en el terreno individual y en la vida familiar. Dejando a un lado al feminismo como militancia política, el hecho relevante es que muchas mujeres han adquirido una conciencia nueva de su lugar en la familia y en la sociedad.

No puede negarse que en la sociedad patriarcal tradicional la mujer ha sufrido grandes discriminaciones y ha sido sometida por el hombre a servidumbre física, económica y psicológica. Por su educación las mujeres se han conformado al arquetipo que les ha impuesto la sociedad hecha por el hombre.

En nuestras clases medias cada vez es mayor la proporción de mujeres que buscan su liberación mediante de la educación y el trabajo fuera del hogar. Esto inevitablemente influye en la dinámica interna de la familia. Lo que estas mujeres persiguen es desarrollar una identidad propia y una vida más auténtica en el seno de una familia menos autoritaria y opresiva. En nuestra cultura muchos maridos se resisten aún a aceptar la nueva situación. Lo que temen es perder la posesión exclusiva de los símbolos del poder.

Sin embargo, es un hecho que muchas mujeres encuentran indeseable su liberación. Después de todo, la libertad crea responsabilidad y tiene peligros. En el fondo de la sumisión de muchas mujeres está “el miedo a la libertad”.

Los cambios en la autoridad

Un cambio relevante en la estructura de la familia media es la posición del padre en cuanto a autoridad. En generaciones pasadas, lo más común era que el padre exigiera de sus hijos gran respeto y sumisión. Hoy el péndulo ha oscilado hacia el lado opuesto. La observación más frecuente es que el padre ha pasado del autoritarismo, si bien con frecuencia más aparente que real, a la falta de autoridad. El centro de gravedad ha cambiado, se ha movido hacia la madre, quien se ha convertido abiertamente en el amo de la casa. Una liga no balanceada se establece entre la madre y los niños. El padre sólo cumple funciones externas; está poco en casa, no es reconocido por sus hijos como guía y ellos no se identifican con él.

Una consecuencia de la “despaternalización” es la necesidad insatisfecha de autoridad que se expresa en la conducta social de muchos jóvenes mediante su ambivalencia hacia toda jerarquía institucional.

Antes los niños recibían en el hogar una educación fundada en la aceptación del orden establecido y la sumisión a la autoridad. El sistema estaba respaldado por la tradición y protegido de la crítica por un velo de sacralidad. Tradicionalmente los padres pensaron que la crianza consistía en inculcar las prácticas de la virtud y de la civilización a una criatura dotada de impulsos innatos que lo empujaban en la dirección contraria. Después, en nombre de la ciencia, el pecado original se desplazó a los padres y se les acusó, sin pruebas suficientes, de sofocar a los niños bajo las cobijas de la vida familiar y de causarles conflictos edipianos.

Otras formas de vida familiar

Las presiones sociales ejercidas sobre la familia, vista como un sistema contrario al desarrollo individual, la comunicación y la espontaneidad, han causado en el pasado reciente que un número de jóvenes intenten sustituir la vida familiar convencional por otras formas de vida familiar. Una de ellas es la unión libre monogámica, en la cual se sostiene que el amor es la única garantía que debe salvaguardarla. Un intento de sustitución más radical han sido las comunas del “tipo californiano”, establecidas por la decisión de individuos jóvenes de convivir en un grupo social con el propósito de restablecer la clase de relaciones que existían en la familia extensa o en la tribu, es decir, algo que supere al aislamiento propio de la familia conyugal y que permita recuperar el contacto con la naturaleza. Estas comunidades tienen a menudo un origen místico o religioso al que en ocasiones se le superpone una perspectiva ideológica. La duración de estas comunidades ha sido sin excepción efímera. No hay una sola que no se haya

desintegrado al cabo de algunos meses o de algunos años.

Una explicación común al fracaso de estos intentos de sustituir a la familia por un grupo es que entre un hombre y una mujer se crean ligas de apego poderosas que ellos no desean compartir. Además, sin el contacto estrecho con sus hijos, las parejas sienten que su vida está incompleta, y además tratan siempre de proteger a sus propios hijos. Al cabo de un tiempo la tendencia es a volver al patrón familiar original.

De todo lo anterior puede inferirse que la familia conyugal es una institución estable, que está para quedarse, si bien es un sistema relativamente abierto y sujeto a desarrollo.

Es deseable que los médicos, los psicólogos, las trabajadoras sociales, en tanto que educadores para la salud y líderes de la comunidad, conozcan mejor la estructura y las funciones de la familia, sus vulnerabilidades y las presiones a que está sujeta hoy en día, y que no pierdan de vista que ciertos patrones familiares restrictivos, percibidos como naturales, no son en realidad sino costumbres que tienden a perpetuarse a sí mismas.

Hay en los cambios que hoy en día experimenta la familia aspectos positivos de progreso: la disminución de las restricciones irracionales que pesan sobre sus miembros, la revaloración de la soberanía individual, como se ve en la selección matrimonial sobre la base del amor y en el lugar que ha tomado la mujer en la familia y en la sociedad. El cuestionamiento por los jóvenes de los valores tradicionales es a veces caótico e ingenuo, pero en su mejor versión tiene sus orígenes en un anhelo de autenticidad y en una sana intolerancia de la convencionalidad y la duplicidad de valores de sus padres. Es miope pensar que lo único que quieren los jóvenes es una mayor libertad sexual.

Integración y desintegración de la familia

El traslado de la familia de un medio rural a un medio urbano produce cambios en su estructura; la movilidad geográfica, la competitividad en el trabajo y la apertura del sistema de clases sociales han afectado a la familia tradicional. La familia nuclear integrada por el padre, la madre y los hijos puede adaptarse mejor que la familia extensa a la vida industrial y urbana.

En una familia bien integrada la liga entre los padres y entre éstos y sus hijos es estrecha, es cálida y en ella se respeta la individualidad de sus miembros. Un elemento unificador es la identidad familiar que contribuye a mantener la unión afectiva a pesar de los conflictos. Es más probable que niños criados en un hogar bien integrado crezcan felices y psicológicamente sanos. La ilegitimidad, la separación, la muerte, la deserción de uno de los padres, el divorcio, etc., dejan huecos más o menos grandes en la organización familiar.

Se ha establecido que hay una relación entre desintegración familiar y delincuencia juvenil.

LA FAMILIA Y LA PERSONALIDAD

La moralidad que la familia impone no es sólo restrictiva. También provee las bases de una moralidad de cooperación, porque dentro de ella el bienestar del individuo está ligado íntimamente con el de la familia como unidad.

La madre influye en el niño por medio de manifestaciones de amor, cuidado, ternura, impaciencia, cólera, etc. Mediante de procesos incontables, los padres y el niño forman una comunidad psicodinámica. Es en este contexto donde el niño da forma a sus fantasías, sus esperanzas, sus temores y sus frustraciones.

En las familias los procesos psicodinámicos varían según el tipo de organización familiar y su lugar en la sociedad. En la familia patriarcal, tradicional, el papel de los padres está definido: el padre es fuerte, “infalible” y representa el código moral; la madre es la fuente principal de ternura para los hijos y está sujeta a la autoridad del marido. Los padres están apoyados por la autoridad religiosa y secular y se apegan a principios y prohibiciones.

Las fuerzas dinámicas del triángulo familiar adoptan diversas modalidades. Puede ocurrir que los padres renuncien a sus responsabilidades de guiar al niño, y al hacerlo le crean confusión acerca de sus poderes y limitaciones y el niño se ve expuesto a conflictos que no es capaz de resolver siguiendo el ejemplo de sus mayores. También ocurre que algunos padres obstaculizan el proceso de individualización que es inherente al desarrollo humano.

Freud,² quien reconoció ampliamente el papel crucial de la familia en el desarrollo de la personalidad, propuso cuatro formulaciones acerca de este papel: la teoría del trauma psíquico, la teoría del desarrollo psicosexual, la teoría del complejo de Edipo y la formación del superego por identificación con los padres. La idea central en el pensamiento de Freud es que la mente del niño no refleja la realidad del ambiente familiar, sino una versión fantástica, distorsionada por la operación de fuerzas instintuales inconscientes. Aun cuando estas hipótesis de Freud han sido en buena parte abandonadas, es necesario reconocer que contienen una aproximación a la verdad. Hoy se tiende a ver a la familia como un sistema, se enfatizan las formas de interacción y de comunicación entre sus miembros y los defectos en su estructura.

Se han hecho intentos de correlacionar el carácter de los niños con las actitudes, el carácter y la conducta de los padres, pero la participación de determinantes genéticos dificulta el establecimiento de correlaciones específicas. Ciertos aspectos del carácter, ciertas proclividades y ciertos trastornos tienden a concordar entre los miembros de una familia.

En términos generales puede decirse que condiciones familiares que no satisfacen necesidades básicas de los niños son causas contribuyentes y, en ciertos casos, decisivas para que las personas sufran trastornos mentales y desviaciones específicas. Las condiciones del hogar en que se desarrollan coadyuvan a que las personas sean psicológicamente sanas o enfermas. Algunos niños son más sensibles que otros a las influencias malignas de un ambiente familiar desfavorable.

UN ENFERMO EN LA FAMILIA

En las crisis que se generan en las familias como consecuencia de una enfermedad grave o incapacitante de uno de sus miembros se identifican ciertas etapas en sucesión. Inicialmente la familia no reconoce la gravedad del problema. Después, en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves y hay cambios en la conducta de la familia hacia la persona enferma y se hacen ajustes para contender con la situación.

La crisis es muy notable cuando se trata de una enfermedad mental y si el paciente tiene que ser hospitalizado. Ocurre que en las familias pueden suscitarse sentimientos de culpa abiertos o encubiertos. En general es poderosa la tendencia a aliviar el sentimiento de culpa “haciendo algo”, ya sea efectivo o no. La situación se hace más grave si se trata de un miembro productivo cuya baja trae consigo problemas económicos. Una vez que el hecho ha sido aceptado y las tensiones superadas, la familia tiende a reorganizarse, adaptándose a las nuevas circunstancias y estableciendo nuevos patrones de relación.

Cuando esta reorganización durante la ausencia del enfermo ha sido eficaz, la adaptación de la familia a su retorno puede no ser fácil. Si quien ha enfermado ha sido el padre o la madre, la pérdida de autoridad es inevitable y el enfermo que ha sanado puede ahora encontrarse en una situación difícil para recuperar su lugar y sus funciones. Con frecuencia la enfermedad de uno de los miembros tiene efectos en el resto de los miembros colaterales; puede alterar el equilibrio de fuerzas y crear conflictos o exteriorizar otros ya existentes. Lo importante es no perder de vista que la enfermedad puede no sólo cambiar al enfermo sino al grupo familiar.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Una familia es una totalidad y no se le puede reducir a la suma aritmética de sus partes componentes. Además la familia lejos de ser estática es una entidad que evoluciona.

El modelo que propone la teoría general de sistemas es el de la familia como un *sistema dinámico constituido por el conjunto de sus miembros cada uno en interacción con los demás*. Esto significa que la conducta de los individuos está moldeada por la naturaleza de las relaciones que tiene con los demás miembros. Se asume que la conducta familiar no es sólo la suma de conductas individuales, sino el producto de su organización y de las interacciones de sus componentes. Este enfoque requiere que el médico tome como objetos de especial interés las características organizacionales de la familia y las interacciones entre sus miembros. Aun cuando la patología se defina en términos individuales, se abre una nueva posibilidad terapéutica: tratar la patología individual actuando sobre el sistema. Éste es el enfoque de la *terapia familiar* en el manejo de los trastornos conductuales de los miembros: las crisis personales, las disfunciones maritales, las anomalías psicomotoras de un niño, las enfermedades crónicas, etcétera.

Otra construcción sistémica es que la familia tiende a mantener su estabilidad y a resistir los cambios. Los términos *homeostasis* y *regulación cibernética* hacen alusión a la capacidad de los sistemas vivos de mantener la constancia de su ambiente interno frente a los cambios externos. Don Jackson,³ uno de los pioneros de la teoría sistémica de la familia, expresó el concepto de que en algunas condiciones patológicas la constancia ambiental interna se mantiene mediante una serie de *retroalimentaciones negativas*. Ciertos tipos de interacciones cumplen esta función reguladora. Cambios en la conducta de un miembro activan en otros miembros conductas que intentan contrarrestar esos cambios. Una conducta tiende a inhibir a la otra y ambas están en conflicto. Secuencialmente, la tendencia es a retornar al nivel previo de funcionamiento. Un ejemplo clínico de retroestimulación negativa es el caso de la esposa que lleva alcohol a la casa o exige ser llevada a un restaurante donde se ingiere alcohol cada vez que el miembro alcohólico de la familia intenta abstenerse.

Dos elementos son cruciales en el crecimiento del sistema familiar: los patrones de comunicación y los límites o fronteras de la familia. La comunicación reduce incertidumbre y permite el establecimiento de patrones de relación. En términos de conducta humana la *comunicación* de los sistemas es sinónimo de intercambio de información. Por consiguiente, el foco de atención principal del clínico es la cantidad y calidad de la comunicación, tanto verbal como no verbal, entre los miembros. Algunos sostienen que tener canales saludables de comunicación en el interior de la familia es el requisito principal para la resolución de un problema familiar y el crecimiento de la familia.

Los *límites de la familia* determinan el tipo de intercambio de información que la familia como grupo tiene con el mundo externo y que unos miembros tienen con otros. Límites rígidos y fronteras impermeables entre la familia y el mundo externo tienden a aislarla, impidiéndole usar recursos extrafamiliares para contender con problemas individuales. Por otra parte, límites excesivamente permeables destruyen el sentido de la integridad del grupo y a menudo impiden que la familia funcione como unidad.

Los límites y los patrones de comunicación son los determinantes principales de la velocidad, del ritmo y de la dirección del crecimiento. Si los patrones de comunicación son funcionales y los límites de la familia adecuados, y el intercambio interno de información es efectivo, es posible el desarrollo de características organizacionales sofisticadas y complejas y de patrones de conducta muy integrados. La clave es el crecimiento organizado en patrones.

Los expertos en psicoterapia familiar encuentran frecuentemente problemas familiares que son comprensibles en términos de detenciones en el desarrollo. El examen de los patrones de comunicación, información e intercambio a través de las fronteras internas y externas permite intervenciones tendientes a mejorar la funcionalidad y a remover obstáculos al crecimiento de la familia.

MECANISMOS DISFUNCIONALES QUE OPERAN EN LA FAMILIA

Un factor que contribuye al mantenimiento del grupo familiar es el vínculo matrimonial y una historia de responsabilidad compartida.

En la familia cada miembro contribuye a dar estructura y función a la totalidad, mediante diversas interacciones de una calidad específica con otros miembros. Los padres pueden proyectar los aspectos indeseables y conflictivos de sus propias personalidades en los hijos, quienes los internalizan y hacen parte de su propia personalidad. Por ejemplo, una madre proyecta sus sentimientos de devaluación personal a una hija, que entonces se experimenta insegura y devaluada.

En el sistema los miembros pueden sufrir una falta relativa de diferenciación individual. Esto los hace más susceptibles a las influencias derivadas de los conflictos de otros miembros. El niño puede ser moldeado por proyecciones activas, si bien inexpresadas, de otros miembros. La tarea al estudiar la dinámica familiar es identificar las formas como funciona el sistema y examinar los patrones, resultado de proyecciones, introyecciones y distorsiones.

En circunstancias favorables el sistema familiar intenta preservar un equilibrio. Si uno de los miembros intenta dar a su vida un sentido más autónomo y liberarse de la liga emocional con la familia, su intento suscita la puesta en juego de presiones poderosas de otros miembros que intentan anular su esfuerzo y obligarlo a retornar al lugar que le había sido asignado en el sistema. Así, el sistema familiar puede impedir a sus miembros alcanzar su individuación.

Algunos estudios del sistema familiar enfocan en particular los patrones de interacción transaccional entre los miembros del grupo. Las transacciones son mensajes por medios verbales, no verbales, afectivos o conductuales. Ejemplos de estos patrones patológicos son *el doble vínculo*, la *seudomutualidad* y la *seudohostilidad*. Se designa *doble vínculo* a la comunicación que ocurre entre un padre y un hijo por medio de dos mensajes, uno que es verbal y explícito y otro opuesto que es implícito y no verbal. Por ejemplo, un padre le dice a su hijo que sea más independiente, en tanto que le retira afecto y aprobación cada vez que actúa en forma más autónoma y madura. La *seudomutualidad* es esa apariencia de relación armónica mantenida a toda costa y que encubre conflictos y tensiones. La ausencia de una verdadera relación afectiva ocurre también por una *hostilidad enmascarada*. Algunos mecanismos como los mencionados ocultan diferencias importantes entre los miembros de una familia e impiden a un miembro en particular lograr el desarrollo de relaciones más auténticas con los demás.

El sistema de la familia puede ser el campo de *alianzas entre los miembros*: padres que se alían contra un hijo, uno de los hijos que se alía contra otro, etc.; ambigüedades en el ejercicio del poder; no se sabe quién tiene en realidad la última palabra; permeabilidad o impenetrabilidad de las fronteras entre las generaciones, etc. En la psicoterapia familiar se busca la identificación de estos patrones. El objetivo de las intervenciones es descubrir motivaciones inconscientes, facilitar la restauración de una autoridad racional, aclarar fronteras y reajustar decisiones.

Ocurre por ejemplo que, cuando dos de los miembros se mueven uno hacia el otro y establecen una comunicación más abierta, un tercer miembro interrumpe esta

comunicación e intenta establecer con uno de ellos una relación más cercana.

Un sistema familiar puede exhibir patrones estables o cambiantes entre diferentes miembros de la familia en tiempos diferentes. Los patrones triádicos se repiten en la historia familiar una y otra vez. Uno de los más característicos es el *distanciamiento emocional* de la madre y el padre, quien ha sido forzado a aceptar una posición débil y pasiva, dejando a la madre un papel dominante y agresivo. Como tercer miembro, atrapado en esta interacción, el niño permanece infantilizado y dependiente de la madre. Si el padre y la madre restauran de nuevo su relación emocional, el niño es dejado a un lado y se ve obligado a restablecer su relación dependiente con la madre. El terapeuta identifica estas interacciones triádicas y sus intervenciones facilitan a los miembros desenvolverse y adquirir un nivel de autodiferenciación más elevado.

Una forma disfuncional de la relación interna es la *simbiosis* de los miembros cuya individualidad se pierde en el conjunto y cuya interdependencia les impide todo desarrollo individual. La simbiosis puede ser asunto de la totalidad o de sólo dos o más miembros. Las formas de ejercer la *autoridad* y establecer la disciplina puestas en práctica por los padres, y el énfasis desmesurado ya sea en la conformidad o en la competitividad, tienen siempre consecuencias. El aislamiento social, la hostilidad crónica y la falta de relación afectiva son también formas de disfunción familiar relativamente frecuentes. El patriarcado o el matriarcado pueden ser orientaciones predominantes que afectan la vida de sus miembros: madre o padre despóticos; uno dominante y el otro sumiso, etc. Puede decirse que hay familias cuya estructura es rígida y otras cuya estructura es demasiado flexible. Las metáforas tienen valor descriptivo: una familia es “blanda” y otra “ruda”.

Un concepto útil para clasificar a las familias es la *individuación*. Hay familias en las cuales no parece haber separación entre sus miembros; éstos no funcionan como individuos. Otra de las condiciones del sistema familiar es la *complementariedad*. “Los buenos” necesitan de las malas acciones del otro y las estimulan. En una familia sana las personas son unidades que interactúan con los demás en términos de su propia identidad e individualidad.

Algunas familias mantienen una guerra interna. Dos o más de sus miembros tratan de lograr una posición de dominio y esta batalla interna nunca se resuelve. Una es la familia en la cual todos “permanecen en su concha”; otra, la familia cuyos miembros se antagonizan constantemente, pero se quieren; otra es el “club de la armonía”, que insiste en que todo está bien y que sólo un miembro tiene dificultades; otra, la familia en la que los miembros son como “polluelos en el nido”, todos esperando a la madre o al padre con las bocas abiertas. En ocasiones la mujer o el varón son provocativos en forma sutil o pasiva.

En algunas familias disfuncionales el padre es simplemente “un ganador del pan” porque perdió el respeto de sus miembros.

Las familias felices, dice León Tolstoi, “son todas muy parecidas; cada familia infeliz lo es en su propia forma”. No hay un modelo universal de familia que esté más allá de todas las variantes en organización y función impuestas por las diferencias culturales. Pero cuando se estudia a una familia es importante distinguir entre lo que es central y lo

que es periférico, y concentrarse en los aspectos más específicos y relevantes.

La experiencia adquirida ha iluminado algunas de las formas como la familia favorece o daña el desarrollo de sus miembros, y aporta datos para una teoría dinámica de las relaciones del individuo con la familia y de ésta con la comunidad.

EL MÉDICO Y LA FAMILIA

Según Ackerman,⁴ hacer un diagnóstico de la familia requiere tomar en cuenta su estructura, su organización interna, su adaptación externa, el papel que desempeñan cada uno de los padres, la forma como crían y educan a los hijos y la forma como los hijos se relacionan con ellos y entre sí.

Muchas personas ven al médico como un experto en la familia, y hoy en día se le consulta en relación con una variedad de trastornos de conducta y problemas de psicopatología, conflictos interpersonales comunes, discrepancias maritales, trastornos de la relación de un niño o un adolescente con sus padres, etcétera.

El interés médico en la familia es más que oportuno, ya que en nuestro tiempo las funciones esenciales del grupo familiar están con frecuencia seriamente perturbadas. La intimidad y la cohesión familiar han disminuido; hay una tendencia a la enajenación, a la pérdida de los símbolos de la autoridad y a la división del trabajo. Algunas funciones familiares se alteran y otras se sacrifican. A menudo los papeles se invierten, los padres claudican y los jóvenes usurpan el poder. Hoy en día la discontinuidad de las generaciones tiene el carácter de una ruptura.

El médico interesado en la familia puede ofrecer a un miembro en conflicto con el resto la oportunidad para expresar en formas claras y directas lo que le ocurre y lo que piensa, y abrirle la posibilidad de encontrar mejores formas de relación y también la posibilidad de tener “experiencias correctivas”. En intervenciones más formales, el papel del médico es abordar a varios miembros y ayudar a que cada quien se perciba a sí mismo y a los demás con mayor claridad y adquiera mayor advertencia de los efectos que sobre uno tienen los demás. Así se descubren alternativas para resolver problemas y como consecuencia la familia puede emerger con una capacidad mejor para una vida saludable.

En el campo especializado de la *terapia familiar* el médico se aproxima a un grupo de personas que sufren ansiedad, vergüenza y culpa; temen ser exhibidos porque han sido incapaces de manejar sus problemas familiares en forma efectiva e independiente. La primera tarea es establecer y mantener una actitud de respeto y aceptación de los participantes. Es necesario hacer contacto con cada uno de ellos y al mismo tiempo vencer, en tanto que esto es posible, las resistencias de quienes se niegan a ser enrolados como participantes.

Una psicoterapia familiar efectiva es un medio para aliviar la culpa, penetrar en el círculo de las acusaciones del pasado y promover la comprensión, el respeto y la estimación mutua. En principio no se trata de sacar algo malo de la familia sino agregarle

algo que le ha faltado: proveer un escudo para el “chivo expiatorio”, disminuir la explotación de la enfermedad, abrir el camino a nuevas formas de relación mediante la modificación de la imagen que cada uno tiene de los otros, etcétera.

Un hecho de observación es que los pacientes adultos tienden a recrear en su vida familiar actual las relaciones dañadas que caracterizaron su vida infantil. En cierto modo las situaciones actuales son la reflexión de situaciones infantiles modificadas por experiencias subsecuentes. En la familia se mezclan viejos y nuevos peligros, pero es más lógico intervenir tomando como foco a la familia actual, la que se tiene ante los ojos, y en todo caso lidiar a partir de ella con los residuos de fantasías infantiles. Si se busca el acceso a temores y fantasías patogénicas es precisamente para examinarlas a la luz de la realidad.

En lo que concierne al matrimonio la psicoterapia pretende fortalecer las relaciones entre marido y mujer, y al mismo tiempo aumentar su capacidad para recuperar sus derechos como individuos.

En suma, se pretende dar a cada miembro un instrumento de análisis o por lo menos de reconocimiento de los patrones negativos operantes, particularmente aquellos que son recurrentes e importantes. Ciertas restricciones familiares percibidas como naturales son, en realidad, costumbres que se perpetúan. Los cambios en la familia no son necesariamente adversos. La continuidad en las generaciones habrá de basarse en una aceptación del crecimiento y del cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laing, R. D., *El cuestionamiento de la familia*, Paidós, Buenos Aires, 1974.
2. Freud, S., *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
3. Jackson, D. (comp.), *Etiología de la esquizofrenia*, Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
4. Ackerman, A., *The Psychodynamic of Family Life*, Basic Books, Nueva York, 1958.

LECTURAS RECOMENDADAS

LEWIS, O., *Los hijos de Sánchez*, FCE, México, 1960.

Estudio clásico de una familia urbana, de nivel socioeconómico bajo.

LIDZ, T., *The Family and Human Adaptation*, International Universities Press, Nueva York, 1963.

El autor explora el papel crítico de la familia en la adaptación humana y en la integración. Propone que la familia nuclear, más que la familia extensa, es un medio adecuado para preparar a los niños que viven en una sociedad que cambia rápidamente.

MINUCHIN, S., *Familias y terapia familiar*, Gedisa, Barcelona, 1979.

El autor presenta los conceptos fundamentales de la terapia estructural de la familia, que estudia al hombre en su contexto social. La familia es vista como un sistema.

VI. AMBIENTE, SALUD Y ENFERMEDAD

El ambiente y la salud mental.—La explosión demográfica.—La desnutrición.—La contaminación ambiental.—Criminalidad y conducta antisocial.—Otras causas sociales de estrés.

EL AMBIENTE ejerce un efecto poderoso sobre la salud de los individuos y determina o matiza sus enfermedades, sus actitudes hacia ellas y la relación de los enfermos con los médicos y en general con los sistemas de salud. Analizaremos primero la influencia que tiene el ambiente sobre la salud mental y en una segunda parte examinaremos cómo es que la cultura modela los conceptos de salud, enfermedad, causa y tratamiento.

AMBIENTE Y SALUD MENTAL

Los problemas de la salud mental son mejor comprendidos si se les examina en relación con el ambiente físico y social en que la persona se halla inmersa. De hecho, no sólo la salud sino la sobrevivencia de la especie dependen de la *adaptación*. Dice Dubos¹ que en el proceso de adaptación a un ambiente insano el hombre puede sufrir la pérdida de los atributos que son parte esencial de su condición humana.

La salud mental es un aspecto de la salud integral e inseparable del resto. No es únicamente la ausencia de enfermedades y trastornos, sino el desarrollo óptimo de las potencialidades para la vida.

De hecho, la causa de muchos problemas de salud no sólo se encuentra en el conflicto entre nuestra biología y la naturaleza sino también entre nuestra biología, nuestra psicología y la estructura y organización de nuestra sociedad.

La epidemiología ha puesto de manifiesto que los patrones de enfermedad y las tasas de mortalidad en cada época y en cada país están causalmente relacionados con estructuras y condiciones económicas y sociales que no responden a las necesidades humanas básicas del mayor número. Así, algunos problemas de salud mental están engranados en la forma de vida y en el carácter social. Ambos reflejan las incongruencias y las inequidades de la sociedad. Cuando hablamos de mala salud mental nos referimos no sólo a entidades nosológicas definidas, sino también a diversas condiciones psicopatológicas más sutiles y más difíciles de definir que incluyen una variedad de trastornos emocionales y psicofisiológicos.

Cuando se habla de pobreza a menudo se le ve en términos de carencias económicas, pero es claro que la pobreza tiene otras implicaciones, como las actitudes ante el mundo y hacia uno mismo, formas de relacionarse, expectativas, etc., que fueron descritas en forma muy lúcida por Oscar Lewis en familias mexicanas² y por Smilansky en familias israelíes, en términos muy semejantes. Es posible hablar de una cultura de la pobreza que rebasa todas las fronteras.

Algunos de los factores que hacen vulnerable a nuestra población y tienen efectos sobre la salud mental están bien documentados: la contaminación ambiental, la mala

nutrición, la explosión demográfica, la sobrepoblación urbana y las amenazas a la seguridad personal.

En nuestro país las tasas de mortalidad y morbilidad de padecimientos técnicamente prevenibles son aún muy elevadas. En nuestras grandes urbes privan condiciones psicosociales y socioculturales discernibles desde la perspectiva panorámica de una población extensa.

Las situaciones estresantes, infiltradas en la trama de la vida diaria de los individuos, generan desesperanza y sentimientos de incapacidad que dañan la salud mental.

Un hecho establecido es que distintos tipos de personalidad reaccionan al estrés en forma diferente. Las reacciones psíquicas y corporales dependen de las situaciones y también de los recursos biológicos, psicológicos y sociales de que disponen las personas para contender con las situaciones estresantes. El término estrés, preconizado por Selye,³ ha perdido mucho de su sentido original, pero en un sentido más general ha adquirido carta de naturalización en la medicina.

Un hecho relevante es que las *pérdidas psicológicas* son un eslabón importante en la cadena de eventos que culmina con la aparición de un trastorno. La carencia de un respaldo familiar o social ante las situaciones adversas de la vida confiere a esas pérdidas un papel patogénico mayor.

En efecto, el *apoyo social* desempeña un papel central en la preservación de la salud mental. Tener en quién confiar, estar íntimamente ligado con familiares o amigos y ser parte de una comunidad que responde en caso de necesidad protege la salud mental de los individuos. Las personas de bajo nivel socioeconómico no sólo están sujetas a un estrés mayor, sino que cuentan con menos recursos internos y externos para contender con las adversidades.

Diversos estudios muestran las tasas sorprendentemente elevadas de “mala salud mental” en las poblaciones urbanas en términos de angustia generalizada, abatimiento del humor, propensión a la violencia, síntomas psicofisiológicos mal definidos, etcétera.⁴

A la consulta externa de los hospitales y centros de salud llegan, en número cada vez mayor, personas cuyos problemas son trastornos afectivos y disfunciones somáticas y otros causados por el abuso de bebidas embriagantes y drogas peligrosas.

Hay estudios, hoy clásicos, como el llevado a cabo en el condado de Stirling en Nueva Escocia, que muestran la relación entre la prevalencia de diversos trastornos psiquiátricos y las desfavorables condiciones sociales y culturales prevalentes. La mitad de los adultos del condado sufría algún desorden psiquiátrico y éste era severo en una cuarta parte de ellos.

Hollingshead y Redlich,⁵ en un estudio realizado en New Haven, demostraron una asociación entre la clase social y la enfermedad mental. En los estratos sociales más bajos se encuentra el mayor porcentaje de enfermos. Esto no se debe a que la pobreza en sí cause enfermedades mentales como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, sino a la tendencia de los enfermos mentales crónicos a concentrarse en áreas deterioradas de las ciudades donde la competencia es menor y las exigencias sobre las

personas son más laxas y permisivas. En las grandes ciudades de los Estados Unidos es causa de gran preocupación el número creciente de personas sin hogar ni trabajo fijo que viven en las calles y cuya vulnerabilidad biológica es deplorable a causa de las deficiencias de su alimentación y de las condiciones de higiene en que viven.

La explosión demográfica

En algunos países, como el nuestro, el aumento de la población ha ganado la carrera al desarrollo. Se desoyeron las advertencias oportunas de los expertos y hoy sufrimos las consecuencias.

Experimentamos simultáneamente incremento en la natalidad y en la expectativa de vida. Esta última fue de 64.7 años en 1975 y de 66.6 en 1980. Si bien la tasa de nacimientos ha decrecido a 2.5, es aún muy elevada. México tenía 48 millones de habitantes en 1970; 80 millones en 1989, y se espera tener más de 100 millones al final del siglo. Los cambios en la estructura poblacional son profundos. Uno de ellos es el incremento en la proporción de personas de edad avanzada en tanto que la mitad de la población es muy joven. A menos que aumente grandemente la generación de empleos los jóvenes tendrán mayor dificultad para encontrar trabajo estable, acceso a los satisfactores sociales y un lugar digno en la sociedad.

La “transformación maligna” de la Ciudad de México ocurrió durante la segunda Guerra Mundial. La población del campo comenzó su emigración a la ciudad, y a los emigrantes les es difícil incorporarse pronto a la población activa, de ahí que en torno de las urbes proliferen los cinturones de pobreza. Por otra parte, las distancias entre los lugares en que la gente habita y los centros de trabajo son cada vez mayores y el transporte es insuficiente. La inmigración rural es la causa principal de los índices de crecimiento de nuestras ciudades, que son muy superiores a los de Europa. Una consecuencia es el hacinamiento en la habitación, que conlleva la falta de privacidad, promiscuidad y violencia intrafamiliar.

Los marginados no constituyen una colectividad homogénea. En ellos se han identificado dos patrones diferentes: el de los que intentan participar y un grupo apático, resignado a sus condiciones de vida.

En general los trabajadores migratorios sufren un descenso en su estatus social. Sus contactos con el grupo dominante son ásperos y por lo regular hostiles, y su lenta aculturación les genera frustraciones que son causa importante de su apatía y su propensión a la violencia. Por otra parte, el debilitamiento de la familia extensa y de las ligas con el grupo de origen se traducen en una pérdida de apoyo social no compensada por mejores ingresos económicos.

En las poblaciones marginadas se observa el *síndrome de deterioro social*, originalmente descrito en los asilos de enfermos mentales: apatía extrema, pérdida de todo sentido de dignidad, desinterés, descuido de la persona y proclividad a la violencia.

El crecimiento desmesurado de la población y la hiperurbanización nos sitúan lejos de

cualquier ideal urbanístico, si bien al final del túnel hay una luz. Por una parte, se han tomado medidas para reducir la explosión demográfica mediante la educación y, por otra, el país está incluido en la onda de decrecimiento poblacional que se observa hoy en día tanto en países desarrollados como en otros en proceso de desarrollo.

La desnutrición

En nuestro país hay graves deficiencias en la producción, distribución y consumo de alimentos. La mala nutrición de nuestras clases populares es una causa de la elevada tasa de mortalidad infantil y de deficiencias importantes en el desarrollo físico y mental.

Una tercera parte de la población está gravemente subalimentada y sólo 15% está bien alimentada. Según datos del Instituto de la Nutrición, 90% de nuestra población indígena está desnutrida y uno de cada cuatro niños mexicanos tiene deficiencias. Se estima que siete de cada 100 niños sufren desnutrición en grado severo. Esto tiene consecuencias en el desarrollo psicológico y en el aprendizaje. Los efectos de la desnutrición son abordados en el apartado sobre el ciclo vital.

La contaminación ambiental

Como es bien sabido la contaminación del ambiente, particularmente en las áreas urbanas del país, es muy grave. La polución del ambiente por partículas que producen los motores de combustión y las fábricas alcanza grados peligrosos en las ciudades y daña los bosques y los ríos. A la polución global de la atmósfera se suma la contaminación del ambiente por gérmenes patógenos y el consumo de agua y alimentos contaminados por desechos humanos. Los contaminantes como el monóxido de carbono, el ácido sulfhídrico y los óxidos de plomo se miden por toneladas. Los trastornos psicológicos causados por la contaminación son sutiles e inespecíficos y no se pueden definir como se hace con las afecciones de las vías respiratorias y del aparato digestivo y otros daños orgánicos. Tampoco se han establecido los efectos psicopatológicos del ruido excesivo, pero se suman a los otros factores generadores de estrés.

ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Cambios en la estructura familiar

El cambio social en las últimas décadas incluye modificaciones profundas en la estructura de la familia. Como sucede en otros países en vías de desarrollo, la familia ha perdido cohesión, sus miembros se dispersan, las tasas de divorcio y la prevalencia del amor libre aumentan. La emigración del campo a la ciudad sustituye a la familia extensa rural por la familia nuclear propia de las sociedades industrializadas.

La ausencia de la figura paterna por abandono es común en las clases menos favorecidas. La tasa de disolución legal del matrimonio aumentó en 50% de 1971 a 1981. Las uniones de parejas que viven juntas, sin vínculos legales, alrededor de 7.5%, son aún menos estables que los matrimonios. Estos cambios en la estructura familiar afectan de manera especial a los niños, y los viejos ya no son acogidos por la familia. Por otra parte, el número de mujeres que trabajan fuera del hogar es cada vez mayor. Aumentan sus ingresos pero disminuyen el tiempo y la atención que dedican a sus hijos. La situación se agrava por la necesidad de que los menores contribuyan al gasto familiar en lugar de asistir a la escuela. Los menores que trabajan en la vía pública llegan a ganar alrededor de un salario mínimo diario.

La *subcultura de la calle* se caracteriza por abandono escolar, pérdida de contacto con la familia, inhalación de solventes, consumo de marihuana y, hacia los 18 años, iniciación en el abuso del alcohol. Cuando estos niños se hacen jóvenes ya no pueden usar las habilidades que les permiten subsistir en la vía pública y fácilmente caen en la delincuencia.

Criminalidad y conducta antisocial

Un contaminante social es el incremento de la criminalidad y la violencia que nutren un sentimiento generalizado de vulnerabilidad física y emocional. Las clases media y alta están pagando a los pobres un precio elevado en la forma de un estado persistente de sobrevigilancia y alarma fisiológicas. El crimen y la conducta antisocial se han vuelto acompañantes habituales de la vida urbana. Los crímenes contra los individuos y sus posesiones aumentan y “en las noches, las calles son tierra de nadie”. Los ciudadanos se sienten desprotegidos tanto en las calles como en sus casas, más aún porque advierten la corrupción de aquellos a quienes se asigna la función social de protegerlos.

El incremento de la violencia es un fenómeno mundial que asoma su rostro a cada paso. Entre los habitantes de la ciudad se ha generado una actitud de indiferencia ante lo que ocurre a su alrededor, como lo muestra la actitud de los testigos ante las agresiones que sufren otras personas. Nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en cuanto a mortalidad a causa de homicidios, accidentes, envenenamientos y otras formas de violencia: robos a mano armada, robos de automóviles, etc. El sentimiento de inseguridad es causa de insatisfacción y del debilitamiento de las ligas de solidaridad y de los valores morales y sociales que dan calidad a la vida.

Otras causas sociales de estrés

Las grandes distancias entre las áreas donde la gente vive y donde estudia, trabaja y tiene actividades recreativas, y las deficiencias del transporte son una causa adicional de estrés para grandes sectores de la población.

La situación socioeconómica es también fuente de angustia, especialmente en los

jóvenes, quienes invierten años de su vida en prepararse para un trabajo que después se les niega. Las presiones económicas y ambientales a las que se encuentra sometida la mayoría de la población contribuyen a dañar las relaciones humanas y la convivencia social.

Por último, mencionamos también que, aun cuando el cuidado de la salud es ya un derecho consagrado por la ley y gradualmente lo es en la mente de muchos ciudadanos, el problema de hacer llegar los beneficios del sistema de salud a toda la población no ha encontrado aún soluciones satisfactorias. Muchos recursos médicos están fuera del alcance de un sector muy numeroso de la población y 20 millones de personas carecen en nuestro país de los cuidados médicos elementales.

Como un corolario al tema apuntaré que ya nadie duda que nuestra sociedad, nuestra cultura y nuestros valores están cambiando en forma acelerada. Es precisamente esta capacidad de evolución y de cambio la que nutre también la esperanza. Hoy en día la tendencia es a que los individuos que compiten sean capaces de cooperar, que las decisiones se tomen por consenso y no con base en una autoridad irracional, y que las personas concilien sus ambiciones con las necesidades de los demás.

Hemos visto que en nuestra forma de vida social prevalecen situaciones que generan tensiones poderosas como las que causan la separación forzada de los miembros de una familia, el desempleo, la emigración, etc. ¿Puede una sociedad que tiene como metas la producción masiva, el crecimiento ilimitado, el consumo de lo innecesario y la explotación irracional de los recursos naturales y de los hombres menos dotados favorecer la salud mental de los ciudadanos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubos, R., *Hombre, medicina y ambiente*, Monte Ávila, Caracas, 1969.
2. Lewis, O., *Los hijos de Sánchez*, FCE, México, 1960.
3. Selye, H., *The Stress of Life*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956.
4. Levy, L., y L. Rawitz, *The Ecology of Mental Disorders*, Behavioral Publications, Nueva York, 1973.
5. Hollingshead, A., y F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness*, John Wiley & Sons, Nueva York, 1963.

LECTURAS RECOMENDADAS

Laguna, J., H. Nava Contreras, E. Guel Jiménez, J. A. Santos González, W. González Alpuche, J. F. Cruz Krohn, C. Campillo Serrano y B. R. Ordóñez, “Los problemas de salud de las grandes ciudades”, *Gac. Méd. Méx.*, núm. 117 (1981), pp. 3-17.

Los autores abordan diferentes aspectos de la salud de los habitantes de ciudades grandes: el primer nivel de atención, la medicina comunitaria, el tercer nivel, la medicina de especialidades, la salud mental, la contaminación y sus efectos sobre la salud.

Romero Álvarez, H., J. C. Laguna, B. R. Ordóñez y R. de la Fuente, “Ambiente y salud”, *Gac. Méd. Méx.*, núm. 115 (1979), pp. 257-270.

Se examinan las manifestaciones del medio físico y sus efectos negativos sobre la salud: posible daño

neuroológico y ciertos cánceres. Un tema de particular importancia es el de los tóxicos ambientales. Los efectos psicosociales de las grandes urbes sobre la salud mental también se revisan con detalle.

San Martín, *Salud y enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1977.

Se presentan la salud y la enfermedad como manifestaciones ecológicas entre el hombre y su ambiente total y, consecuentemente, presenta la medicina como una ciencia social además de biológica. El autor plantea que problemas de salud y de enfermedad forman parte integral de los problemas sociales, los cuales, a su vez, son creados y mantenidos por determinadas estructuras sociales y económicas.

“Nutrición, ambiente y desarrollo cerebral”, *Información Científica y Tecnológica*, núm. 46 (1981), pp. 4-7.

La desnutrición, que afecta a alrededor de 300 millones de niños en el mundo, provoca deficiencias en el desarrollo cerebral, que hasta hace algún tiempo se pensaba eran irremediables. Sin embargo, recientes estudios indican que una alimentación adecuada y un ambiente propicio pueden permitir el desarrollo normal de niños que sufrieron hambre durante los primeros tres años de vida.

VII. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La perspectiva histórica de la relación médico-paciente.—Modelos.—La experiencia y el “papel del enfermo”.—Psicopatogenia y el poder terapéutico de la influencia del médico.—La familia del enfermo.—Las influencias de la cultura en la práctica de la medicina.—La adquisición de los conocimientos médicos.—El significado de la enfermedad.—Modelos explicativos de los pacientes.—Los sistemas de creencias médicas.—Interpretaciones de la efectividad del tratamiento.—El médico y el enfermo ante el sufrimiento.—El médico y el enfermo ante la muerte.—El duelo como proceso psicológico.—Ruptura de ligas de apego.—El duelo patológico.—Dimensión ética de la relación médico-paciente.

EN LA práctica de una medicina centrada en el enfermo el médico aborda los problemas poniendo énfasis en los aspectos humanos de sus pacientes, es decir, en su experiencia interna y en su relación con los demás. La relación médico-paciente emerge entonces como un tema central. La naturaleza de esta relación, sus componentes, sus modalidades e implicaciones destacan como algo que, siendo esencial en el arte médico, tiene relevancia científica.

Es pertinente preguntarse por qué se tiene actualmente tanto interés en el componente interpersonal, sin duda el más antiguo en los actos médicos. Es de pensarse que la importancia de la relación médico-paciente se ha hecho más aparente porque hoy en día experimenta cambios profundos que la afectan en su esencia, y en este hecho radican muchas de las insatisfacciones tanto de los enfermos como de los médicos.

El desarrollo de una tecnología cada vez más especializada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente hicieron indispensable dar nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces a la asistencia médica. Una consecuencia ha sido que muchos médicos se encuentren bajo una carga excesiva de trabajo rutinario. Las relaciones entre médicos y enfermos se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros. Los enfermos dudan del interés que por ellos sienten los médicos. A muchos médicos les falta entusiasmo y se limitan a cumplir, y muchos enfermos no siguen con fidelidad las indicaciones que les dan los médicos o bien abandonan los tratamientos.

Se ha escrito y se ha dicho que el núcleo del problema es que la medicina está perdiendo su sentido humano, que a los médicos les falta vocación y compasión. Hay razones para pensar que así es y que esta pérdida es el lado negativo de los notables avances científicos y sociales que ocurren en el campo de la salud. Un hecho de mayor importancia es que la tecnificación y la burocratización de la medicina han interpuesto entre el médico y el enfermo demasiados aparatos y muchos trámites. Entre el médico y los enfermos se ha introducido un elemento nuevo: la institución. La profesión ha perdido algunos privilegios y le está resultando difícil prescindir de ellos.

También la pérdida, por parte del paciente y del médico, de la facultad de escogerse el uno al otro ha tenido consecuencias. En efecto, tradicionalmente la iniciación y el mantenimiento de la relación terapéutica dependía de la voluntad del enfermo, quien

solicitaba al médico sus servicios y podía también prescindir de ellos; el tratamiento se originaba en el paciente y se mantenía por su voluntad. El médico tenía también, dentro de ciertos límites, la posibilidad de escoger a sus enfermos. Hoy la situación es distinta: tanto el médico como el paciente han perdido esa ventaja.

La divulgación de información sobre las enfermedades contribuye al cambio. La salud es hoy en día un tema popular y la gente sabe más acerca de las enfermedades, de sus tratamientos y de las limitaciones de la medicina. En otras palabras, el misterio se ha develado; las debilidades han quedado al descubierto y los médicos han perdido prestigio y autoridad.

Venturosamente, la salud se ha convertido en un derecho universal y esto influye en los sentimientos de los enfermos. Quien antes aceptaba su sufrimiento como irremediable y se plegaba a la voluntad divina hoy exige con justicia al médico el cumplimiento de sus obligaciones para con él. Personas que tienen fe en la ciencia y conocen sus derechos exigen a los médicos que las atiendan con prontitud y eficacia, y están dispuestas a reclamarles sus errores y atribuirles negligencia y falta de interés.

Un problema no resuelto aún es encontrar formas de obtener la expansión de los servicios sin sacrificar innecesariamente la calidad de la atención individual. Una respuesta en esa dirección puede ser el retorno del médico a la medicina general y su vuelta, ahora con mejores recursos, a la interioridad de la familia. Este regreso a la medicina general y a la familia requiere otras modalidades del ejercicio profesional, pero más que nada un marco de orientación humanístico, es decir, una medicina cuyo centro está en las necesidades y expectativas personales de los enfermos.

Parece necesario que el médico reflexione acerca del verdadero significado e importancia de su relación con los enfermos. ¿Qué puede esperarse de esta reflexión? En primer término, que el médico adquiera conciencia más clara del impacto que sus actitudes, palabras y silencios causan en sus pacientes.

Que el médico tome realmente a la persona enferma como centro de sus acciones sólo es posible si tiene un interés genuino en los problemas humanos y si tiene la sensibilidad y la imaginación para percibir en las situaciones clínicas las fuerzas interpersonales que son operantes y poderosas. No hay que perder de vista que el buen clínico no se limita al análisis circunscrito de los síntomas y de la enfermedad, sino que intenta comprender el padecimiento, es decir, la experiencia subjetiva de estar enfermo. La parte medular es precisamente que el médico pueda formarse juicios objetivos acerca de la subjetividad de sus pacientes.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

La relación médico-paciente es una de las más antiguas en las crónicas de la existencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte, el hombre toma conciencia de su desamparo y pide ayuda a quien se le ha atribuido el poder y la voluntad de dársela: el brujo, el sacerdote o el médico.

Por otra parte, ni la persona que efectúa la cura ni el enfermo que lo consulta son ajenos a las circunstancias de la sociedad y la cultura a la que pertenecen. Esto es evidente si se reflexiona sobre la enfermedad en distintas épocas de la historia. Es importante no perder de vista que estas perspectivas del pasado persisten hoy en día, mezcladas con otras nuevas, en sectores extensos de la población.

Dentro de un *marco de referencia mágico* la enfermedad se atribuyó a las influencias malignas de otros. Si una persona enferma es porque ha sido embrujada y es natural que su curación esté a cargo de un brujo o de un hechicero. Desde una *perspectiva moralista* se asumió que el propio enfermo es el causante de su enfermedad y la sufre como un castigo por su mala conducta. La persona indicada para prestarle ayuda es un sacerdote que actúa como mediador ante las deidades ofendidas. En contraste con los modelos anteriores, en el *modelo científico* se sostiene que las enfermedades no se deben a fuerzas malignas manipuladas por otros, ni están relacionadas con la expiación de los pecados. Se atribuyen a causas naturales y el tratamiento queda a cargo de un médico, quien usa en beneficio del enfermo los recursos de la ciencia. Más recientemente ha ganado terreno otra perspectiva complementaria de la anterior; se asume que las personas enferman porque son afectadas por las *condiciones adversas de la sociedad* en que viven. El esfuerzo terapéutico se orienta entonces a modificar estas condiciones y la prevención se convierte en el foco principal de interés.

A lo largo de la historia y hasta nuestros días uno u otro de estos modelos ha predominado: el modelo mágico en las sociedades primitivas; el moral, prevaleciente en algunas civilizaciones antiguas y en el medievo, y el médico-científico, que nació en forma circunscrita en la Grecia clásica y es el más importante en la sociedad occidental a partir del Renacimiento. Los aspectos más accesibles del modelo médico y social han sido incorporados en las políticas actuales de salud pública.

No obstante que el mundo moderno se apega al modelo científico, en muchas regiones del orbe este modelo coexiste con formas no científicas de entender la enfermedad. Viejos y nuevos conceptos acerca de la causa de las enfermedades se mezclan en la mente del público: los agentes biopatógenos, los demonios, los pecados, los padres, particularmente la madre, la familia y, más recientemente, la sociedad.

Es importante reconocer que el curador primitivo, el brujo y el hechicero en sus diversas versiones siguen cosechando éxitos. El hecho de que hoy en día aun en países culturalmente avanzados un número sustancial de personas recurran a consultar a practicantes de una medicina cultista y popular, en la cual los elementos mágico-místicos son predominantes o exclusivos, es algo que invita a reflexionar.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

¿Qué es en esencia la relación médico-paciente? Es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro. En general, cuando una

persona enferma se experimenta a sí misma disminuida en su poder e indefensa ante las fuerzas misteriosas de la enfermedad busca el auxilio del médico, a quien atribuye los conocimientos, el poder y la voluntad de ayudarlo a restaurar su salud. A cambio de recibir ayuda, en algún grado el paciente se somete a la autoridad del médico y retribuye sus servicios. Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación, que bien puede denominarse *una alianza terapéutica* en la que ambos unen sus fuerzas para lograr un mismo fin: la salud del enfermo. La relación médico-paciente caracterizada como una alianza terapéutica es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza.

En los diversos escenarios: hospitales, centros de salud, consultorios, domicilio, etc., donde tienen lugar acciones clínicas es posible identificar dos modelos de la relación: un modelo técnico y un modelo humanístico. Estos modelos son simplificaciones teóricas pero útiles. En el *modelo técnico* el médico aborda al enfermo como a un objeto al que hay que examinar y manipular, su relación con él es impersonal, porque al médico no le atañe investigar su experiencia íntima. Su interés se circunscribe al problema técnico-científico. En el *modelo humanístico* el enfermo es visto como una persona. El médico está interesado en la subjetividad del enfermo, y su relación con él tiene un componente afectivo importante. Ambos modelos representan formas polares de la relación terapéutica. Algunos médicos que actúan en campos técnicamente avanzados de la medicina piensan que todo lo que el médico necesita para el buen ejercicio de su profesión es apegarse al modelo técnico y que el modelo humanista no es sólo accesorio, sino estorboso.

Una ilustración del modelo técnico es la forma como el médico actúa ante una fractura simple. Después de un examen escueto de la parte dañada procede a repararla. El propio enfermo sólo espera del médico una solución rápida y eficaz. La relación que se establece entre ambos no difiere mucho de la que establecen un vendedor y un cliente. Cuando una persona sufre un padecimiento transitorio y hay la posibilidad de solucionarlo rápidamente, el modelo técnico puede no parecer del todo inadecuado, pero si el mal persiste y el cuidado del enfermo se prolonga este modelo es claramente insuficiente. Se requiere que el médico no sólo se ocupe de la enfermedad sino de prestar atención a la persona enferma. Entonces la *influencia personal del médico* desempeña un papel mucho más importante. Esta relación humana, más que una cuestión de tiempo, es una cuestión de actitud. En todo caso, no es algo que se agrega al acto médico, sino algo de su misma esencia.

Desde otro punto de vista pueden distinguirse tres tipos de interacción adecuados a la naturaleza de la situación clínica. El primero se caracteriza por la *pasividad del paciente*; el médico hace algo por el paciente sin que éste participe en la acción. Nada más apropiado que el médico asuma el control total cuando se trata de un paciente grave que sangra profusamente o está en coma. Otro tipo de interacción puede identificarse cuando una persona padece un estado patológico de causa desconocida que le hace sufrir. El paciente está consciente y, debido a que sufre y teme, está deseoso de cooperar con el

médico, en quien reconoce sabiduría y capacidad para ayudarlo a contender con la enfermedad. En este tipo de interacción, a diferencia de la anterior, ambos participantes son activos. El médico es el guía y el enfermo acepta sus indicaciones. La autoridad del médico está racionalmente justificada. Sin embargo, como en cualquier relación entre personas cuyo poder es desigual, hay el peligro de que el fuerte abuse del débil, y es posible que el médico, aun sin percatarse de ello, no persiga el interés del enfermo por encima de cualquier otra consideración. Por ejemplo, el médico puede hacer sentir al paciente cierta amenaza velada o implícita de que, si no se somete a sus órdenes, las cosas no irán bien para él. Es obvio que por su situación lo que el paciente requiere es ser visto con simpatía. Existe otro tipo de relación en la cual tanto el médico como el paciente se distribuyen la responsabilidad. Este tipo de relación es la más conveniente cuando se trata de enfermos crónicos, como aquellos que sufren diabetes mellitus, cardiopatía crónica, artritis reumatoide, etc. El médico actúa como un guía experimentado pero toma muy en cuenta los deseos y las opiniones del enfermo.

LA IMPORTANCIA DEL MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Fábrega y Manning¹ han ilustrado cómo las discrepancias entre pacientes y médicos acerca de la naturaleza y la causa de las enfermedades afectan la relación entre ambos y restan efectividad a las acciones terapéuticas. Esta situación la ejemplifican acciones médicas en las cuales los marcos culturales y aun lingüísticos del médico y del paciente son muy diferentes. Por ejemplo, un médico cuya cultura es urbana y un campesino que proviene de una comunidad poco desarrollada suelen tener conceptos distintos acerca de las enfermedades y con frecuencia las expectativas que uno tiene del otro son discordantes.

Algunos médicos subestiman la magnitud de las diferencias de su propia cultura y la de sus pacientes, y no se percatan de que estas diferencias interfieren seriamente en la asimilación por parte del enfermo de sus instrucciones y consejos.

Esta dificultad en la comunicación se agrava si el médico tiene la deplorable costumbre de no permitir a sus pacientes expresarse libremente y rehúsa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes de los de la medicina científica. El hecho es que aun personas “cultivadas” suelen tener conceptos más populares que científicos acerca de las causas de las enfermedades. Por lo tanto, es necesario que el clínico esté dispuesto a explorar el marco de referencia de sus enfermos y a manejar con respeto sus creencias y suposiciones. Por ejemplo, popularmente se atribuye gran influencia a los eventos desafortunados de la vida en la iniciación de las enfermedades. Esto es poco aceptable para algunos médicos, no obstante que esta observación ha recibido apoyo en varias investigaciones científicas.

La educación del enfermo determina en gran parte sus actitudes ante su enfermedad y en la forma como expresa sus quejas. Algunos tienden a restar importancia a sus síntomas y aun a negarlos, y otros tienden a exagerarlos. Unos ponen todo el peso en un

síntoma secundario y dejan a un lado lo esencial. A menudo los enfermos sólo comunican a los médicos lo que éstos quieren oír. Muchos enfermos tienden a “somatizar” sus quejas psicológicas porque no tienen la capacidad lingüística para expresar en otros términos sus estados afectivos.

El punto que quiero destacar es que médicos y pacientes suelen orientarse por conceptos muy diferentes. Si el médico desconoce esta situación se encontrará entablando “un diálogo de sordos” y es posible que después se sorprenda de la forma como el paciente interpretó y asimiló sus opiniones e instrucciones. La buena clínica requiere que el médico pueda ver la enfermedad como la ve el enfermo que la padece y que conduzca sus entrevistas usando términos que el enfermo pueda comprender.

En una investigación hecha en el servicio de medicina general de un hospital de enseñanza, Davis² intentó aislar factores intrínsecos en la interacción médico-enfermo que pudieran explicar el *apego* a los tratamientos prescritos por el médico o *su abandono*. Davis estimó que aproximadamente una tercera parte de un grupo total de enfermos descuidaba su tratamiento debido a fallas en la comunicación con los médicos, incluyendo tensiones y asperezas, a veces sutiles, que surgen en el trato y que al no ser reconocidas ni manejadas dañan la relación.

Los medicamentos que el médico prescribe no sólo representan su poder real, sino que son también la *expresión simbólica* de ese poder. En alguna forma, 5 000 años de expectativas, sugestión y magia están contenidos en la prescripción. Con frecuencia ni el médico ni el enfermo están conscientes de este componente. La expectativa compartida por el paciente y por el médico de que las píldoras contienen la clave de la salud es confirmada por el hecho real de que hoy en día la ciencia médica dispone de medicamentos muy poderosos, como los antibióticos, la morfina, los digitálicos, los tricíclicos, las fenotiacinas y otros, que justifican la fe de los enfermos en la medicina y en los médicos. Sólo señalaré un hecho más: los enfermos estiman la competencia de los médicos no tanto por sus habilidades técnicas y sus conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas.

LAS POLARIDADES EN LA RELACIÓN

Más que en otras relaciones humanas, tres polaridades, *autoridad-aceptación*, *estimación-hostilidad* y *cercanía-distancia*, dan la medida de la interacción del médico y el enfermo en la situación clínica.

En cuanto a la primera de estas polaridades, autoridad-aceptación, conviene tener presente que la autoridad del médico se justifica por su competencia y responsabilidad moral y tiene el respaldo de la sociedad. Las raíces de esta autoridad se hunden en la prehistoria de la especie humana. El médico moderno, no lo olvidemos, es el heredero del chamán; posee la ciencia y la técnica que es su instrumento, es decir, “el secreto y la magia”. Autoridad del médico y aceptación de ella por parte del enfermo son dos polos de la relación que se establece entre ambos. Para que la relación sea terapéutica en sí

misma se requiere que el médico tenga autoridad y que ésta sea reconocida por el enfermo. La autoridad es uno de los recursos más poderosos con que cuenta el médico. Su reconocimiento suscita en el paciente confianza y también la esperanza de ser ayudado. Es necesario distinguir entre la *autoridad racional*, que se apoya en el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad de quien la ejerce y que por lo tanto es auténtica, y otras formas de autoridad que expresan irracionalidad, arbitrariedad y despotismo, es decir, que son espurias y pobres sustitutos de la autoridad verdadera. La autoridad racional, dice Fromm, no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad. Más que ejercerse deliberadamente, “irradia”, por así decirlo, de quien la posee.

Algo que puede afirmarse en cuanto a la polaridad estimación-hostilidad es que si en la relación médico-paciente hay confianza y aprecio mutuos “todo marcha bien aun cuando el enfermo marche mal”. Cuando hay desconfianza y hostilidad “todo marcha mal”. La desconfianza abierta o encubierta anula la influencia del médico. El médico “que sabe escuchar con un tercer oído”, dice Groddeck,³ percibe, más allá de los signos convencionales que sirven tanto para comunicar como para ocultar los motivos verdaderos, el rumor de la corriente subterránea de emociones negativas: el recelo, el temor, la rebeldía, etc. El médico reflexivo sabe que las manifestaciones demasiado reiteradas de admiración y gratitud no son muchas veces sino intentos más o menos inconscientes de ocultar, sustituyéndolas por su opuesto, la desconfianza y el resentimiento. En principio, es bueno reconocer que en cualquier situación en la que una persona necesita de otra hay por lo menos un germen de antagonismo y de hostilidad.

Es fácil aceptar el amor y el elogio de los enfermos. Lo que es difícil es aceptar su hostilidad. La capacidad para recibir serenamente y sin indignación las protestas y las críticas de un enfermo, sin responder a ellas con cólera o con mengua del interés en él, es un excelente indicador de la madurez de un médico.

Conviene no perder de vista que en una relación médico-paciente que se prolonga es común que coexistan, por ambas partes, sentimientos y actitudes contradictorias. Freud fue quien primero señaló el papel de la *ambivalencia* en las relaciones humanas. En grados variables, dijo, el enfermo toma al médico como “bueno” y espera de él amor y simpatía y aun le atribuye cualidades ideales de generosidad, pero también lo toma como “malo” y teme ser dañado por él. También el médico ve al enfermo como bueno y como malo. La parte buena es su obediencia, la aceptación de los exámenes aun cuando sean desagradables o dolorosos y la confirmación del diagnóstico mediante una evolución favorable. El “buen paciente”, en contraste con el “mal paciente”, no enoja ni reta al médico, lo complace y sigue fielmente sus instrucciones.

Otra medida de la relación es la *cercanía* o el *alejamiento psicológicos*. Hay una “distancia” que es óptima para la comunicación. Cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja. Cuando la confianza del enfermo se abate, cuando lo domina el desaliento, la distancia aumenta. Más allá de cierta distancia las palabras del médico no alcanzan al enfermo.

Desde su campo Freud⁴ hizo contribuciones que iluminan aspectos encubiertos en la

relación médico-paciente donde se ponen en juego fuerzas emocionales inconscientes y se activa la inclinación de los humanos a establecer poderosas ligas de dependencia. Fue aún más lejos; postuló que ansiedades y necesidades infantiles de amparo y protección se insinúan en la situación clínica y se reflejan en la relación con el médico. A un nivel profundo la conducta del enfermo hacia el médico muestra las huellas que dejó en el niño la relación con sus padres. También en el médico operan fuerzas irracionales que Freud interpretó como vestigio de sus propias experiencias infantiles y que reaparecen en la situación clínica: el deseo de tener poder y ser omnipotente como el padre.

En el contexto de la situación psicoanalítica Freud propuso los términos *transferencia* y *contratransferencia* para referirse a la distorsión que se produce en las percepciones mutuas del paciente y del médico por experiencias de cada uno de ellos en el pasado. Estas influencias son en gran parte inconscientes y pueden resultar en sentimientos injustificados de suspicacia, hostilidad, competitividad, dependencia regresiva, etc. Si bien las observaciones de Freud se refieren específicamente al tratamiento psicoanalítico, no hay duda de que se trata de un fenómeno que emerge también, en forma atenuada, en las relaciones médico-paciente más convencionales y en otras relaciones humanas que son prolongadas y significativas para quienes participan en ellas.

Se asume que, en general, los médicos tenemos interés genuino en los enfermos y deseamos aliviar su sufrimiento, pero si además somos capaces de comprender las fuerzas psicológicas que operan en la relación con nuestros enfermos seremos seguramente mejores médicos. Podríamos decir que la objetividad demanda que el clínico tome en cuenta no sólo la subjetividad de sus enfermos sino también la propia.

LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO

La enfermedad es un evento objetivo y también una experiencia personal que el paciente conoce por medio de su reflexión y de su autocrítica y que puede comunicar al médico que sabe escuchar, interrogar y comprender. Los aspectos interpretativos y simbólicos de la enfermedad no son menos reales que sus aspectos objetivos. Si bien la experiencia de una persona cuando enferma es única, hay ciertos elementos que son comunes a muchos enfermos que sufren un trastorno severo: estrechamiento del campo de interés en los demás, fijación de la atención en las percepciones corporales, temor ante el significado y las consecuencias de sus síntomas y un anhelo de ser apoyado y protegido. Los grados y las formas de experimentar y expresar este *estado de vulnerabilidad* varían de una persona a otra. Ciertos síntomas: sangrado, vértigo, dolor o la dificultad respiratoria que se presentan bruscamente son estimados por quien los sufre como más amenazantes que un absceso, un catarro o una pasajera disfunción intestinal. Algunas personas sensibles perciben las sensaciones somáticas más agudamente que otras, y unas se alarman desmesuradamente ante los primeros indicios de enfermedad, en tanto que otras no prestan atención a síntomas que en realidad son alarmantes. Algunos pacientes describen sus síntomas en términos escuetos o muy inadecuados; otros necesitan comunicar sus

síntomas con gran minuciosidad y nunca están seguros de haber sido suficientemente explícitos. Otros más expresan su angustia y su depresión en términos corporales, por ejemplo, dolor, espasmos, trastornos digestivos, etcétera.

Una respuesta universal ante la enfermedad es el intento, por parte del enfermo, de explicar el origen de su sufrimiento. Las creencias que un enfermo tiene acerca de sus causas varían entre creencias racionales y otras que son irracionales y en ocasiones delirantes. De cualquier modo, poder ofrecerse a sí mismo una explicación de los orígenes y los mecanismos de su enfermedad brinda a muchos enfermos la confortante ilusión de tener dominio sobre ella y atenúa la ansiedad que acompaña a la ambigüedad y la incertidumbre.

Como hemos visto, la capacidad de los enfermos para describir su experiencia de enfermedad, y su reacción ante los exámenes, exploraciones y tratamientos a los cuales se le sujeta están muy influidas por factores subjetivos. Puede decirse que cada órgano y cada sistema tienen una resonancia psíquica y una representación simbólica. Los procesos patológicos que los afectan tienen un significado específico en relación con la experiencia individual del enfermo y con sus fantasías. Por otra parte, tanto las respuestas somáticas de las personas a los agentes patológicos como los equivalentes simbólicos y lingüísticos dependen de factores individuales y también de factores étnicos y socioculturales.

Cuando una persona sufre o piensa que sufre una condición patológica que representa una amenaza para su vida o que implica riesgo de invalidez no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, sociales, etc., de su enfermedad. Hay personas que contemplan su enfermedad como un evento desafortunado inherente a la condición humana. Otras personas la ven como un castigo a sus trasgresiones morales, y otras más se avergüenzan de estar enfermas o viven su enfermedad como una injuria a su dignidad. Hay personas para quienes lo más importante cuando están enfermas es “no causar molestias a los demás”. Para otras, la enfermedad puede significar ventajas psicológicas, económicas o sociales. Estar enfermo puede favorecer la solución de un conflicto o facilitar la evasión de una responsabilidad y ser razón suficiente para evitar compromisos, eludir el contacto con la gente, etc., y, sobre todo, asegurar la atención y el apoyo de los demás. Un enfermo que sufre un trastorno raro o infrecuente puede atraer sobre sí mucha atención de los médicos.

También los tratamientos tienen para diferentes personas significados distintos. Un sujeto activo y con gran energía encuentra intolerable el reposo y la hospitalización; otro, que es pasivo y dependiente, aprecia sus ventajas; alguien muy interesado en la comida encontrará abominables las restricciones dietéticas.

EL PAPEL DE ENFERMO

Parsons⁵ describió el *papel social de enfermo* y le atribuyó los siguientes aspectos esenciales: el enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad ni aliviarse por su

voluntad, quiere sanar tan pronto como le sea posible, busca ayuda apropiada y coopera en su curación. A cambio de ello, y tomando en cuenta la clase y severidad de su enfermedad, la sociedad le exime por un tiempo de algunas o de todas sus responsabilidades. El concepto *papel de enfermo* es útil porque permite ver con claridad las desviaciones. Por ejemplo, el enfermo lisiado: ciego, sordo, parálítico, etc., asume que su estado ya no cambiará mediante ninguna intervención y la sociedad espera de él que acepte “un estatus inferior” al de una persona normal, a cambio de lo cual le asigna un lugar en la vida social. Algunas personas se apropian del papel de enfermo y fingen sufrir una enfermedad para ganar atenciones e indulgencia, o bien para justificar su falta de logros o evadir responsabilidades. Otras, cuando enferman, no pueden aceptar su papel social de enfermos; lo rechazan y experimentan su enfermedad como una degradación. No hay un término especial para nombrar a estas personas que se rehúsan a aceptar que están enfermas y que son la contrapartida de quienes simulan estarlo.

En general, los enfermos que se culpan a sí mismos o a otros de su enfermedad pierden el apoyo emocional de quienes conviven con ellos. La culpa tiene un efecto corrosivo en las relaciones del enfermo con su familia; entre acusaciones no es posible mantener un buen espíritu ante la amenaza que representa la enfermedad.

Un “buen enfermo” trata de mejorar lo antes que le sea posible y coopera en el tratamiento. Hay enfermos “ejemplares” que obedecen todas las reglas y esperan ser “promovidos a la salud”, paso a paso y “por méritos”. En contraste con estos pacientes, hay otros que no tienen el deseo de aliviarse, abandonan la meta de su recuperación y no tienen prisa por volver a la vida activa; se puede decir que aceptan un papel de enfermos crónicos o incurables, no obstante que podían no serlo. Lo importante es que con el transcurso del tiempo les resulta cada vez más difícil abandonar ese papel que ellos mismos se han asignado.

Siegler y Osmond⁶ dicen que el papel de enfermo “es una senda estrecha y resbaladiza que debe recorrerse desde el principio hasta el final de una enfermedad”. Si el enfermo no lo acepta la consecuencia es la prolongación de su enfermedad o aun la muerte. En cambio, “jugar bien este papel” ayuda a obtener la salud y a preservar las relaciones interpersonales y garantiza a la persona un lugar en la sociedad hasta que se alivie o muera.

En ocasiones una persona rechaza el papel de enfermo porque lo experimenta como vergonzoso. Por ejemplo, admitir que se es un “enfermo mental” implica para algunos arriesgarse a perder estimación por uno mismo y perder el respeto de otros, de ahí que personas que temen sufrir una enfermedad mental se resistan a consultar al médico. No es que no quieran ser ayudados, sino que temen ser anonadados. Aun cuando la opinión pública ha evolucionado, el papel de enfermo psiquiátrico tiene aún implicaciones personales y sociales particularmente adversas, principalmente por lo irracional de las suposiciones populares acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales y de su relativa incurabilidad.

El papel de enfermo no es la descripción de una realidad empírica sino un modelo teórico que se refiere al comportamiento del paciente cuando busca la atención del

médico. El modelo es útil porque proporciona una perspectiva para observar la conducta de los enfermos y sus desviaciones. ¿Hay una forma sana de reaccionar ante la enfermedad? Se puede decir que es saludable aceptar las limitaciones que impone y el sufrimiento inevitable, así como mantener la aspiración a recuperar la salud lo antes posible y estar dispuesto a usar los medios disponibles para lograrlo.

Las reacciones de muchos enfermos se apartan considerablemente de este patrón. Algunos actúan como si en realidad no estuviesen enfermos, consideran que son injustificadas las restricciones que se les imponen y que es innecesario el tratamiento. Ponen en juego un mecanismo psicológico de *negación*.

En ocasiones tanto la negación como la “inadvertencia de enfermedad” son sorprendentes. En forma también característica, algunos enfermos reaccionan con hostilidad hacia los demás: el médico, la enfermera, los familiares, etc., y mortifican a quienes más necesitan; les hacen demandas excesivas y se violentan cuando no les cumplen todos sus deseos. Lo que distingue a otros pacientes es su pasividad. Sometiéndose ciegamente al médico como lo hacían con sus padres cuando niños, esperan obtener la curación como “un premio a su buen comportamiento”. En la práctica, el médico encuentra estas reacciones a la enfermedad en forma pura o combinada. De todo lo anterior se desprende que es necesario que el médico tenga advertencia de las actitudes y necesidades emocionales de sus enfermos y también de las propias, e infiera cuál es el significado que para cada paciente tiene su enfermedad. Entonces podrá tener advertencia de lo que ocurre en el enfermo como persona, es decir, de su padecimiento.

LA PERSONALIDAD DE LOS PARTICIPANTES EN LA RELACIÓN

En cualquier situación humana un factor determinante de la forma como dos personas se relacionan entre sí son las poderosas tendencias arraigadas en el carácter de cada una. Conviene por lo tanto señalar algunas de las tendencias en el carácter del médico y del enfermo que afectan la relación, ya que es posible que estas tendencias inadvertidas la dañen en forma irreparable. Enseguida se mencionarán algunas de ellas, cuya expresión puede identificar un buen observador.

El *narcisismo* es una tendencia humana a eliminar selectivamente de nuestras percepciones aquello que es contrario a nuestros deseos e intereses, así como a sobrevalorar lo que es nuestro: nuestras capacidades, ideas y posiciones. Esta sobrevaloración de lo propio conduce a una impercepción de los deseos e intereses de los demás. Es claro que esta disposición del carácter interfiere en cualquier relación humana, pero sus consecuencias son particularmente ostensibles en la relación del médico con sus enfermos.

El *autoritarismo* es una tendencia del carácter que se manifiesta por una necesidad excesiva de ejercer poder sobre los demás. Cuando es una inclinación poderosa en el médico lo hace insensible a los derechos de sus enfermos. Con frecuencia esta tendencia

esconde sentimientos de debilidad. Algunos enfermos son muy sensibles a la autoridad irracional y cuando la identifican en el médico se someten a ella en apariencia, pero veladamente se resisten a aceptarla. La relación puede entonces desviarse hacia una competencia enmascarada. El médico usa su autoridad para desarmar y someter al enfermo, y el enfermo, a su vez, usa su debilidad para desarmar al médico.

Hay médicos, poseídos por un *sentimiento de omnipotencia*, que se perciben a sí mismos como capaces de curar a todas las personas que acuden en su busca, actúan como si tuvieran siempre la respuesta más acertada y sus pacientes piensan que es un buen negocio poner en sus manos su destino y su felicidad. Algunos médicos suscitan en los pacientes expectativas mágicas y actúan como si tuvieran poderes sobrenaturales. La necesidad de algunos médicos de curar es compulsiva y no aprecian “las limitaciones del arte” ni sus propias limitaciones. Algunos actúan como si el proceso de curación fuera únicamente responsabilidad del paciente, a quien veladamente tienden a culpar de los obstáculos que se encuentran en el camino.

Por su parte, un médico *indeciso* puede necesitar de sus enfermos la confirmación reiterada de su aceptación y competencia. Para lograrla hace ante cada uno de ellos un despliegue de su ciencia, su bondad o del poder de su intelecto.

A ciertos médicos les ocurre que su *sentimiento de soledad* los impulsa a ligarse demasiado estrechamente con sus enfermos. Laín Entralgo dice que en una buena relación el médico se hace “amigo” del paciente, pero esto no quiere decir que el médico deba hacerse amigo personal de sus pacientes o hacer de ellos una fuente inagotable de relaciones sociales. Una cosa es establecer esa liga humana que nos pone en contacto con otro ser humano y otra es involucrarse indebidamente en su vida.

Algunos médicos se ven a sí mismos como *grandes dispensadores de favores* y son el prototipo de la “madre nutriente”. Tras la tendencia compulsiva a dar, suele haber en ellos tendencias masoquistas que hacen que algunos pacientes abusen de ellos y los exploten.

Es claro que el carácter del médico y sus necesidades emocionales desempeñan un papel equivalente en la relación. La tendencia a someterse, la receptividad, el anhelo de poder, la envidia y los celos son determinantes y, lo que es más grave, pueden no ser advertidos por el sujeto. El médico experimentado puede llegar a identificar los rasgos prominentes del carácter de cada uno de sus enfermos: el sujeto obsesivo perfeccionista, el que es pasivo y dependiente, el veladamente explotador, el que, sumiso en apariencia, es agresivo; el que es desconfiado e interpretador, el teatral e histriónico, el ansioso y aprensivo, el que vive apegado al sufrimiento, el que es irresponsable e incorregible, etcétera.

La personalidad del médico desempeña un papel central en la relación médico-paciente, no obstante que el objetivo al cual debe supeditar el médico cualquier deseo o interés es procurar el bienestar de quien se pone bajo sus cuidados profesionales. Esto no está reñido ni con su curiosidad científica ni con su expectativa de ser justamente retribuido por su trabajo. Las condiciones personales que desvían más gravemente a los médicos de sus metas de servicio son la codicia y el afán de lucro y de fama, que no son

compatibles con un interés real en los pacientes como personas.

No es necesario que el médico gratifique las necesidades, deseos y fantasías neuróticas de sus pacientes y es inaceptable que use al enfermo para satisfacer las propias. De ahí la importancia de que el médico adquiriera advertencia de esas tendencias en su carácter que, en formas a veces sutiles, pueden desvirtuar su función de médico. La naturaleza de los actos médicos requiere que quien practique la medicina posea además de competencia profesional, arduamente adquirida mediante el adiestramiento y la práctica, cualidades como integridad, sensibilidad, objetividad, intuición y autoridad. La causa más frecuente de distorsiones es la inadvertencia de los propios motivos y vulnerabilidades. En general el médico pierde autoridad cuando expone ante sus enfermos sus áreas vulnerables. De ahí las ventajas de que el médico sea una persona discreta, consciente de sus posibilidades y sus limitaciones. El médico puede neutralizar algunas de sus necesidades y tendencias negativas si tiene advertencia de ellas y del impacto negativo que ejercen sobre sus enfermos.

La necesidad neurótica de dominar y controlar hace que algunos médicos vean a sus pacientes como si fueran su propiedad y se sientan demasiado temerosos de perderlos. Algunos pacientes se resisten sanamente a ser dominados y su resistencia puede entonces ser erróneamente interpretada como rebeldía.

La necesidad de dominar y controlar es frecuentemente una defensa mediante la cual se intenta compensar sentimientos de debilidad. Cuando la tendencia es poderosa e inadvertida puede ser un obstáculo importante para relacionarse con los enfermos respetando su individualidad y su libertad.

Hay algunos médicos que parecen estar fascinados por sus propios atractivos personales, su sabiduría y su talento; *necesitan ser admirados*. Sin embargo, puesto que requieren una corriente continua de elogios, es de pensarse que no están tan seguros de poseer realmente tales virtudes. A estos colegas les es difícil escuchar y son propensos a interrumpir a sus pacientes y echarlos fuera del escenario cada vez que pueden.

Algunos médicos muestran una inclinación excesiva a indagar acerca de la vida íntima de sus pacientes. Tienen la necesidad de satisfacer una curiosidad malsana y usan la relación para espiar en la vida de ellos, particularmente en sus asuntos sexuales, y no es raro que, venga o no al caso, les hagan preguntas innecesariamente específicas acerca de su vida íntima.

No hay razón para suponer que el único motivo que una persona tiene para someterse a un tratamiento médico es mejorar su salud dañada y recuperar su bienestar. Otros motivos pueden dejarse sentir en el curso de la relación y deben ser identificados y tomados en cuenta.

LOS ENFERMOS DE DIFÍCIL MANEJO

Ante ciertos enfermos los médicos reaccionan con irritación o con desaliento y prefieren eludirlos. Son pacientes “difíciles” no precisamente por el esfuerzo técnico que requiere

hacer el diagnóstico o instituir el tratamiento indicado, sino porque al médico le resulta difícil establecer con ellos una buena relación. A menos que el médico comprenda la forma como estas personas interpretan y viven su enfermedad e identifique sus tendencias y móviles neuróticos, es improbable que sea tolerante con ellas. A veces son los propios médicos quienes contribuyen a convertir a algunos de sus pacientes en enfermos de manejo difícil.

Dentro de este grupo son conspicuos esos enfermos que intentan imponernos tercamente su opinión, así como los que sufren trastornos psicopatológicos no identificados y que, por lo tanto, han sido mal manejados, y los que desean continuar enfermos debido a que su enfermedad los compensa de severas privaciones de afecto. Algunos nos consultan con el propósito velado de meternos en el círculo de su padecimiento; el médico con poca experiencia está más expuesto a caer en la red y a ser manipulado por esta clase de personas haciéndolo intervenir en situaciones que le son ajenas y aun induciéndolo a que les practique exploraciones o intervenciones innecesarias. Es importante que el médico advierta cuándo un enfermo, que aparentemente busca su ayuda profesional, intenta usarlo metiéndolo en su mundo morboso.

Otro tipo de pacientes de difícil manejo es el de quienes sufren *depresión no identificada*. Algunos enfermos deprimidos y ansiosos interpretan su situación personal mezclando, en forma sutil, hechos reales y apreciaciones falsas e induciendo al médico a admitir como objetiva y real su visión pesimista. Es posible que el médico no avezado confunda efectos con causa y equivoque el diagnóstico. Un médico que comprende la depresión en su dimensión humana ve sin dificultad los síntomas que son equivalentes depresivos e identifica la depresión subyacente a crisis existenciales, vocacionales, conyugales, etc. El camino se abre cuando desde un principio el médico identifica como depresivos los cambios persistentes en el humor vital de una persona.

Hay otra clase de enfermo difícil que quiero destacar: el que asegura tener una confianza ilimitada en el médico, pero a quien cualquier medicamento que se le prescribe le causa efectos desfavorables, inexplicables e inesperados. Son personas exageradamente sensibles a los efectos de cualquier medicamento.

Algunos enfermos son difíciles por la discordancia que hay entre sus quejas y los hallazgos objetivos. No pocas veces estas discordancias pueden dejar de serlo cuando el estado afectivo es debidamente explorado y tomado en cuenta. ¿Es necesario insistir en que los hallazgos psicopatológicos son tan reales como los orgánicos? En la clínica es indispensable distinguir entre los trastornos, ya sean orgánicos o psicopatológicos, y la reacción del enfermo ante ellos. El médico encontrará menos enfermos “problemáticos” si tiene siempre presente que un diagnóstico certero puede establecerse sobre la base de síntomas subjetivos en ausencia de indicadores externos. Por otra parte, en muchos casos el “factor psicológico” solamente es una causa desencadenante o agravante de enfermedades. Por ejemplo, una situación emocional intensa desencadena en un paciente un trastorno orgánico agudo que no se hubiera presentado de no sufrir de antemano una condición patológica subclínica.

PSICOIATROGENIA

El médico competente y con experiencia tiene advertencia de que muchos de sus recursos son armas de dos filos y que las exploraciones que practica y los tratamientos que prescribe no siempre son ni benéficos ni inocuos. La discusión abierta entre colegas de los riesgos que están implicados en los exámenes y tratamientos es expresión de la *capacidad crítica de la profesión médica*. El término *enfermedades iatrogénicas*, es decir, trastornos causados inadvertidamente o propiciados por la intervención del médico, se ha aplicado más bien a condiciones físicas, particularmente a los efectos de los medicamentos, las radiaciones y las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, hay otra forma de iatrogenia, la psicológica, menos discutida que otras acciones médicas nocivas.

Es interesante mencionar que es más criticado el médico que hace erróneamente el diagnóstico de un desorden psicogénico que el que hace el diagnóstico equivocado de patología tisular. Por ejemplo, no reconocer la carditis reumática es un error que tiene serias consecuencias, pero ¿no las tiene el que se haga tal diagnóstico a una persona que no sufre este padecimiento? Es relativamente frecuente que a personas que sufren opresión, palpitaciones, cambios en la presión arterial, etc., de causa emocional, síntomas de un estado de angustia, se les siembre la duda de sufrir una enfermedad del corazón. El estudiante de medicina puede sacar provecho de su propia experiencia cuando cree descubrir en sí mismo los síntomas que ha leído en sus libros o ha visto en sus enfermos.

Algunos médicos no advierten el poder que tienen sus palabras y sus gestos. Un comentario “inocente” puede sugerir a un enfermo una enfermedad orgánica grave; una mirada que expresa duda o preocupación, el exceso de exámenes de laboratorio, la tendencia a relacionar síntomas que de momento no son explicables con algún hallazgo trivial, etc., suscitan en los pacientes angustia innecesaria. La atención excesiva que se presta a un síntoma trivial puede generar o puede reforzar un temor hipocondriaco. El médico puede alentar en un enfermo una actitud positiva o bien, con o sin advertencia de ello, estimular sus temores y sentimientos de incapacidad. El médico que ante una afección gripal menciona el peligro de una neumonía, o aquel que hace ir apresuradamente al hospital a un enfermo que requeriría una intervención quirúrgica programada, ejemplifica esta situación. En cambio, una persona que consulta puede recuperar la calma por el simple hecho de que el médico le practique un examen cuidadoso. La realidad es que muchos médicos no advierten el *efecto destructivo* de sus palabras y de sus acciones, porque las víctimas los abandonan y consultan a otros médicos. Aunque en principio los enfermos tienen el derecho de “saberlo todo”, el médico no debe perder de vista que “la verdad médica” no es necesariamente la verdad a secas. Por ejemplo, son muy pocas las personas que realmente desean saber que su muerte se aproxima en forma inexorable.

Cuando un enfermo ingresa al hospital, particularmente si lo hace por primera vez, puede apreciar las virtudes de su hospitalización, pero también sentirse desarraigado y reducido a la condición de un objeto. No debe extrañarnos que la hospitalización tenga para muchas personas efectos traumáticos. El aislamiento que hoy día se impone a los

enfermos en muchos hospitales, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos o humillantes, el sufrimiento y la muerte en torno, el sentimiento de inutilidad por tener que defecar en la cama o no poder asearse, etc., no son trivialidades para una persona que es sensible, está insuficientemente informada y es tratada en forma impersonal.

Lo que para el médico es rutina puede ser para el paciente una experiencia totalmente nueva y llena de oscuros significados. Muchos pacientes piensan justamente que las visitas que les hace el médico son demasiado breves y que la información que reciben de él es vaga e incompleta. El médico puede no tener advertencia de que su corta visita es para el paciente el momento culminante del día y que por ello resiente los apresuramientos, los retrasos y las omisiones.

La incertidumbre de un diagnóstico enigmático o amenazador es más difícil de soportar que los sufrimientos físicos. La mayor parte de los enfermos quieren saber para qué sirven los exámenes que se les practican y los medicamentos que se les prescriben. Cada vez son más los pacientes que quieren participar activamente en las decisiones que les atañen, y si no se atreven a solicitar la información que vehementemente desean es porque están atemorizados.

No se requiere una gran experiencia para darse cuenta de que las emociones negativas del médico desempeñan un papel esencial. Su angustia es contagiosa; su impotencia y sus sentimientos de culpa pueden inducirlo a un manejo demasiado pasivo o, por el contrario, demasiado activo, dirigido más a tranquilizarse a sí mismo que a beneficiar al enfermo.

EL PODER TERAPÉUTICO DE LA INFLUENCIA DEL MÉDICO

Es significativo, dice Jerome Frank,⁷ que no obstante que es reciente el que la medicina disponga de recursos eficaces para curar algunas enfermedades, el médico gozó de gran estima en el pasado y pocas personas pusieron en duda sus poderes. Esto sugiere que los recursos técnicos, de los que el médico se siente tan legítimamente orgulloso, no son los únicos que han dado prestigio social a la profesión. De hecho, la influencia psicológica del médico es un ingrediente esencial en los actos médicos y su modo de acción no es algo que la ciencia haya establecido satisfactoriamente. Desconocemos en parte los límites y aun los ingredientes realmente efectivos de la cura por medios psicológicos, pero hay algunos aspectos que deben tomarse en consideración: 1) lo que es esencial en las influencias psicoterapéuticas del médico está contenido en su relación con el enfermo; 2) en general, los enfermos tienden a confiar en los médicos y aceptan sin muchas dudas sus ideas preconcebidas y sus teorías; 3) los enfermos razonablemente sensibles pronto perciben la autenticidad o falta de autenticidad del interés del médico, y 4) aun cuando trate deliberadamente de evitarlo, el médico está involucrado activamente con sus pacientes en un proceso de influencia interpersonal.

Las influencias psicológicas pueden ser terapéuticas en tres aspectos: atenuar la angustia, remover síntomas e inducir cambios favorables en la vida del enfermo. La eficacia de la influencia del médico depende de la autenticidad de sus motivaciones y su

fe en el tratamiento, mientras que por parte del enfermo intervienen sus expectativas y su confianza. Entender la necesidad que tienen los pacientes de ser escuchados y amparados es esencial. En general los médicos tienen fe en su ciencia y en su arte y piensan que son capaces de curar, y sus acciones son respaldadas por la cultura. Si el enfermo no comparte en algún grado el marco de referencia del médico no podrá asimilar su influencia. La confianza del enfermo en el médico suscita en él un deseo de agradecerle siguiendo sus indicaciones y respondiendo a sus expectativas. Si las explicaciones del médico son aceptadas producen un *efecto revelador* que favorece la relación y el proceso de la curación. En todas las acciones médicas hay una movilización de recursos que participan en la inducción del cambio de una forma de existencia enferma a otra sana.

LA FAMILIA DEL ENFERMO

En algún grado la relación del médico con el enfermo es también una relación con sus familiares. En principio el médico asume alguna responsabilidad hacia la familia inmediata del paciente.

La familia influye de modo favorable o desfavorable en las actitudes del paciente hacia su enfermedad y en su adhesión al tratamiento. A esto habría que agregar que en la vida familiar suelen encontrarse algunos de los elementos que nos permiten comprender la naturaleza de los problemas de la persona que nos consulta. El papel de la familia se hace también aparente en el impacto que tiene en ella la enfermedad de uno de sus miembros.

Con frecuencia es conveniente discutir con un familiar responsable la enfermedad de un paciente, especialmente si ésta es severa o si el tratamiento implica riesgos importantes. En general la explicación franca favorece la adopción por los familiares de actitudes realistas y moviliza positivamente los recursos emocionales y psicológicos de la familia. Uno escucha a veces quejas amargas de que en ningún momento se habló claramente a los familiares. La falta de información puede generar en ellos angustia y sentimientos de culpa. Aun en los casos desesperados, el tratamiento puede ser visto por los familiares como un esfuerzo racional en favor del enfermo.

La enfermedad de una madre puede privar de apoyo al marido y a los hijos, la enfermedad de un padre puede socavar la posición social y económica de la familia y absorber totalmente la atención de la esposa. La enfermedad aguda o crónica de un hijo puede generar tensiones familiares poderosas. La dinámica de la familia se perturba si los demás piensan que el miembro enfermo está usando su enfermedad para evadir obligaciones.

Como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros ocurren cambios en la familia, como una mayor responsabilidad para otro en el manejo de la casa, cambios de funciones sociales, la supresión de actividades recreativas, la necesidad de que la madre busque un empleo, cambios en los planes para la educación de los hijos, cambios en el nivel de vida, etcétera.

Fiedman, entre otros, ha estudiado el impacto en la familia de la enfermedad severa de un niño al que se diagnostica leucemia. La reacción inicial de los padres es un sentimiento de perplejidad, seguido de la tendencia a culparse por haber descuidado las manifestaciones tempranas de la enfermedad. Después, los padres intentan dominar la situación buscando información acerca de tal enfermedad, de sus causas y del pronóstico. No obstante que los padres ponen en juego defensas como la intelectualización y la negación, si la angustia es severa, afecta su capacidad para cuidar al niño. Poco a poco, “el duelo anticipado” ocupa el lugar de la esperanza.

Es claro que la intervención del médico en la familia, cuando está indicada, debe dirigirse a inducir en sus miembros una respuesta comprensiva y generosa. Es frecuente observar en algunos familiares la tendencia a negar la realidad cuando una enfermedad incurable afecta a uno de sus miembros. El reajuste dinámico de la familia a la adversidad incluye en ocasiones la puesta en juego de una complementariedad social; la esposa de un enfermo crónico, digamos un alcohólico o un lisiado, asume un nuevo papel social, el de “esposa de un enfermo crónico”.

Es importante para el médico reconocer que hasta en la más amable de las familias hay cierta pugna de voluntades que suele activarse cuando uno de sus miembros enferma gravemente. Esta pugna se expresa en formas abiertas o sutiles, pero las discrepancias aun triviales indican que hay fuerzas que están activas bajo la superficie. En todo caso el buen clínico identifica el estilo de interacción que priva en la familia del paciente, evalúa el papel que la familia puede desempeñar en la génesis, la evolución y el tratamiento del individuo enfermo.

INFLUENCIAS DE LA CULTURA EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Lo que piensan los miembros de una sociedad acerca de la salud y los significados que asignan a sus estados de enfermedad está moldeado por situaciones socioeconómicas y culturales. Así lo muestran los estudios antropológicos y sociales.

La antropología trata de los hombres en general; de sus características físicas, sus orígenes, su distribución en un área determinada y de los patrones de su cultura, es decir, de lo que los miembros de un grupo social han aprendido de las generaciones que les han precedido: preceptos, prohibiciones, creencias, costumbres, etc. La sociología por su parte se ocupa de las formas de organización y desorganización de los grupos humanos.

Sociedad y cultura son sistemas, es decir, los cambios que ocurren en un sector, por ejemplo, en la tecnología o en el sistema económico, inducen cambios en otros sectores como la estructura familiar, las creencias religiosas, los valores, etc. Si bien cultura y sociedad son procesos que están sujetos a cambio, para una persona en particular son partes relativamente fijas del ambiente que lo rodea.

Una función de la sociedad es estimular ciertas potencialidades individuales, en tanto que desalienta o inhibe otras; es decir, la sociedad tiene una doble función: inductiva y restrictiva. Además, la sociedad ofrece a sus miembros programas y soluciones más o

menos configurados que dan sentido y propósito a sus vidas.

La necesidad de todos los seres humanos de ser aceptados por los demás es un estímulo poderoso para la adaptación social. Conformarse a las demandas del grupo trae consigo recompensa y no hacerlo ocasiona el rechazo y el castigo.

Es así como ambas, sociedad y cultura, modelan el desarrollo humano, proveen medios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y también les crean necesidades y los medios para satisfacerlas.

La cultura y la sociedad son, por lo tanto, determinantes de la personalidad de los individuos. Quienes comparten experiencias comunes, participan de las mismas creencias y aceptan los mismos valores tienen en su carácter un núcleo común: el *carácter social*.

El sistema educativo, el trato que se da a los niños, las formas de autoridad que se ejercen sobre ellos, el uso de la culpa o la vergüenza como medio de control, vivir al día o en términos del mañana se expresan en el carácter social de los miembros de un grupo.

Los Estados modernos son poliestratificados y pluralistas, es decir que hay en ellos diversos estratos y subculturas. Es por ello que no tiene mucho sentido hablar, por ejemplo, del “carácter del mexicano”, como se podría hablar del carácter social de los integrantes de una tribu. Las influencias de la cultura en los problemas médicos y en el cuidado de la salud son aparentes si se examinan los mecanismos de adquisición de los conocimientos médicos y los modelos explicativos de las enfermedades.

La adquisición de los conocimientos médicos

Los conocimientos acerca de las enfermedades y su tratamiento son un producto social y difieren en distintas sociedades. El ambiente natural provee los eventos, pero el marco de referencia del observador determina lo que se observa e identifica. Aun sin que de ello tengan conciencia los generadores de conocimientos médicos, las circunstancias sociales y culturales afectan sus observaciones y los conocimientos que se generan y acumulan.

El curador tradicional tiene una información muy limitada y las conexiones que establece entre sus acciones y el desenlace en los casos que trata no están bien fundadas. De hecho, el curador tradicional no tiene medios para producir conocimientos, ni recibe la información de retorno que es necesaria para corregir errores y rectificar conceptos equivocados. Su práctica se limita a un número pequeño de clientes que no es estadísticamente significativa y descansa en su propia experiencia para estimar la evolución y el resultado de sus intervenciones. Por otra parte, sólo se preocupa por dominar cada episodio particular y no hace generalizaciones. Además, como la práctica del curador depende solamente de la clientela, desea conservar para sí sus “descubrimientos” y no se siente movido a comunicarlos ni a discutirlos con sus colegas. Esta forma de práctica de la medicina no tiene posibilidad de producir conocimientos acumulables y sujetarlos a la crítica. En contraste, la práctica del médico occidental está organizada para acrecentar la información. Los errores se confrontan, las excepciones se analizan y así se producen nuevos conocimientos. En la medicina científica las

observaciones y las formas de producir conocimientos se exponen a una comunidad profesional, la cual fija criterios objetivos para su evaluación. Es por todo lo anterior que a la medicina científica la separa un abismo de otros sistemas de medicina. Sin embargo, nuestra práctica médica no excluye ni puede excluir la participación de poderosos factores de influencia terapéutica como ocurre en los sistemas primitivos.

El significado de la enfermedad

Volviendo a nuestra medicina no podemos perder de vista el hecho central de que el médico y el paciente experimentan la enfermedad en contextos diferentes y aun puede ocurrir que en la práctica ambos se encuentren discutiendo cosas distintas.

Edmund Husserl postuló que es más interesante “cómo es percibido un objeto” que el objeto en sí mismo. Esta reflexión viene al caso porque la misma enfermedad no es una realidad compartida por el médico y el enfermo. El foco de atención del médico está determinado por sus “hábitos mentales”, los propios de su profesión, en tanto que el foco de atención del paciente está determinado por el contexto de su vida diaria.

Por su adiestramiento y su práctica profesional el médico posee “un horizonte de significados”, resultado de su formación profesional, que aplica en su interpretación de la enfermedad como un conjunto de signos y de síntomas que definen un estado particular y una evolución, por ejemplo, un caso de tuberculosis.

Tal vez un buen ejemplo de cómo es que los “hábitos mentales” determinan nuestras percepciones es la diferencia entre lo que ve el crítico de arte en un cuadro y lo que ve en él un hombre común. También el médico y el hombre enfermo tienen modos de percepción y de abstracción diferentes y los móviles de uno y otro también son diferentes. Lo que el médico desea es establecer un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico, y lo que quiere el enfermo es una explicación, una cura y una predicción. Aquello que es relevante para el médico como científico puede no serlo para el enfermo. Para este último la enfermedad significa la pérdida de su integridad corporal, de la certidumbre y de la libertad para actuar en las formas que desea.

Cuando el enfermo percibe su enfermedad como grave, experimenta una alteración de su existencia en la que se hacen explícitos sus valores personales. El individuo interpreta su situación de acuerdo con los principios que dan sentido a su vida, y a veces ve las cosas de manera muy diferente de como las ve el médico. Puede ocurrir que el enfermo no esté de acuerdo con él, pero no se atreve a rebatirle porque teme perder su protección y piensa que su opinión carece de fundamentos.

Algo que es esencial en la medicina clínica es cruzar el abismo entre la explicación científica que el médico se da a sí mismo y la experiencia del paciente, y construir un puente transitable en ambas direcciones.

Enfermedad y padecimiento

En el paradigma médico occidental las explicaciones y las estrategias terapéuticas están organizadas alrededor de un modelo biomédico de la enfermedad. La enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir, el *padecimiento*: la experiencia del enfermo siempre fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la experiencia, incluyendo las expectativas del enfermo. Lo que determina la conducta del enfermo no es tanto la enfermedad como el padecimiento.

Es por ello que la desatención del padecimiento sea en buena parte responsable de que los pacientes no cumplan con las indicaciones de los médicos, se sientan insatisfechos con el cuidado profesional de su salud y no pocos salten de un consultorio a otro o bien recurran a *sistemas populares* de curación.

Los estudios antropológicos han puesto de manifiesto que en el cuidado popular de la salud es precisamente el padecimiento el foco de interés. De ahí que algunos curanderos respondan mejor que los médicos a los aspectos personales y familiares del problema.

También ocurre que muchos pacientes sufren problemas de salud que no tienen una base biológica definida. De hecho, el enfermo puede tener un padecimiento “sin tener una enfermedad”.

La gran limitación de los practicantes populares es que, si bien suelen tratar eficazmente el padecimiento, no reconocen ni tratan la enfermedad. El buen clínico, en principio, es capaz de tratar tanto la enfermedad como el padecimiento.

Modelos explicativos de los pacientes

Algunos enfermos se resisten a comunicar a los médicos la explicación que ellos dan a su enfermedad, y por eso el médico necesita aprender a formular sus preguntas y a expresar sus opiniones en formas adecuadas a las características cognitivas de su paciente y al escenario cultural en que se da la acción médica. Si el enfermo percibe que sus opiniones son vistas con interés por el médico está dispuesto a comunicarlas más espontáneamente.

Es claro que, no obstante que las explicaciones y las versiones populares de las enfermedades son erróneas, inconsistentes y aun contradictorias, no dejan de ser intentos de explicar fenómenos clínicos que tienen un sentido en términos de la cultura y la educación del paciente.

En la buena práctica profesional un elemento es indagar lo que el paciente cree acerca de la naturaleza, causa y significado de su enfermedad y también sus expectativas acerca de su curso y desenlace. Este conocimiento puede obtenerse en el examen médico general formulando al paciente algunas preguntas en forma directa. ¿Qué piensa acerca de las causas de su padecimiento? ¿Qué es lo que a su juicio lo inició o precipitó? ¿Qué tratamiento espera recibir? ¿Qué es lo que espera lograr con él? Estas preguntas ayudan a elucidar el significado personal, social y cultural que tiene para él la enfermedad y también qué es lo que espera de la intervención del médico.

Es claro que el buen clínico nunca niega al paciente la oportunidad de manifestar sus explicaciones y su perspectiva. Su buen juicio indica al médico si es o no pertinente intentar persuadir a su paciente de lo erróneo de sus creencias, pero en todo caso podrá comunicar su pensamiento en los términos que le sean comprensibles al enfermo y susciten su apego al tratamiento.

Las explicaciones populares se refieren a uno o más de los puntos descritos en los modelos médicos: etiología, síntomas, fisiología, curso de la enfermedad, severidad y tratamiento. Aunque se basan en una evaluación errónea de la evidencia, expresan el sentido que el enfermo da a sus síntomas y que lo han movido a consultar al médico.

La noción fundamental de que una enfermedad particular está causada por acciones particulares y por lo tanto puede combatirse con fármacos particulares ha dado instrumentos poderosos a la medicina. Sin embargo, el concepto de una etiología específica tiene limitaciones. Por ejemplo, la tuberculosis es una infección universal, pero como enfermedad individual es hoy en día relativamente infrecuente. El bacilo no es la causa única de la enfermedad, y la mala nutrición, la fatiga y otros acompañantes de la pobreza convierten a los microbios, potencialmente peligrosos, en causantes de una enfermedad abierta. El concepto de la etiología específica, no obstante su valor fundamental, no incluye gran parte de lo que suele llamarse *mala salud*.

Es una observación común que cuando el médico comunica a un paciente su sospecha de que puede tratarse de un padecimiento serio, la persona se muestra renuente a sujetarse a los estudios necesarios para aclarar el diagnóstico y se inclina a atribuir sus síntomas a causas banales. Por ejemplo, los síntomas de una enfermedad como la tuberculosis se explican por haberse expuesto al frío; o los síntomas de un estado gastrointestinal severo se explican por haber comido “un alimento descompuesto”. Si se trata de una enfermedad infecciosa, como la tuberculosis, algunos enfermos no toman en cuenta el peligro de infectar a otros. Sin conocimientos rudimentarios de una medicina científica muchos enfermos se atienen a conceptos populares. A personas poco instruidas o educadas en otras tradiciones culturales les es difícil comprender el *concepto científico de causa*.

Hay enfermos que con buen juicio atribuyen importancia a los eventos desafortunados y a los conflictos interpersonales como iniciadores de su enfermedad. En cambio, otras personas, incluyendo a no pocos médicos, tienen dificultad para ver este tipo de relaciones.

Es necesario que los enfermos comprendan las explicaciones que los médicos les dan. Sin comprender no es fácil generar el deseo de cooperar. De hecho, la elevada deserción de enfermos en los servicios públicos de salud es un problema socioeconómico grave, cuyas consecuencias no han sido suficientemente estimadas. Por ejemplo, los enfermos cardíacos dejan de tomar digitálicos porque no han asimilado los conceptos de “cronicidad” y de “dosis de mantenimiento”. El frecuente incumplimiento por parte de los enfermos de las prescripciones de los médicos ha puesto de manifiesto que la causa principal radica en la mala calidad de la relación médico-paciente.

Los sistemas de creencias acerca de la naturaleza y causas de las enfermedades

Diversos sistemas autóctonos de creencias médicas coinciden en explicar los episodios de enfermedad en términos de eventos que tienen lugar tanto en el interior del cuerpo como fuera de él. La relación entre la enfermedad y estos eventos se establece mediante relatos, imágenes y analogías. Una imagen prevalente en sistemas de medicina precientífica para organizar conceptos de enfermedad es la “perturbación de un equilibrio”, como la ruptura del equilibrio entre el calor y el frío, o bien, la alteración de una relación entre las partes, como ocurre en la medicina china.

A menudo se ofrece como explicación causal la intervención de agencias antropomórficas. Entonces el diagnóstico consiste en descubrir el agente responsable y aclarar qué es lo que atrajo la atención de este agente sobre la víctima: venganza, brujería, actos rituales, castigo por espíritus ancestrales, etc. En otros casos la explicación es “la pérdida del alma”, como ocurre en el sureste de Asia, o la pérdida de “fuerza vital”, como ocurre en África.

Los nau de Nueva Guinea nombran a sus enfermedades usando términos que indican el sitio y los rasgos de la enfermedad, pero no analizan la causa. Por ejemplo, hablan de enfermedades del “pecho”, que pueden ser de dos clases: leves y severas. Se asume que enfermar una vez hace a la persona más vulnerable a los ataques de los espíritus causantes de la enfermedad inicial. Para protegerse el enfermo trata de engañar a los espíritus haciéndoles creer que “casi ha sido destruido”. Así, el despliegue exagerado que hace de sus síntomas enmascara las diferencias que harían distinguibles unos conjuntos de síntomas de otros.

En algunos sistemas se atribuye el poder de curar las enfermedades a los mismos agentes que las causan.

Interpretaciones de la efectividad del tratamiento

Hay criterios diferentes para interpretar el éxito de un tratamiento. Un criterio *empírico* se funda en observaciones y explicaciones que son coherentes pero no necesariamente racionales. A veces las explicaciones son contradictorias, y cuando se llama la atención a los proponentes es frecuente que las justifiquen usando hipótesis auxiliares, o bien que se escuden en conocimientos esotéricos. Las hipótesis auxiliares les permiten explicar por qué en el caso particular las cosas no resultaron de acuerdo con las predicciones basadas en el principio general. Por ejemplo, los amara de Etiopía explican la ineficacia de un amuleto para proteger a su usuario aduciendo que su texto escrito se borró por la lluvia o por el sudor. Otra forma de contender con los fracasos y las contradicciones es refugiarse en la idea de que solamente los expertos tienen los conocimientos necesarios para explicarlos (esoterismo). En algunas sociedades se crean barreras lingüísticas, tabúes o sanciones para evitar que la gente se acerque a estos supuestos conocimientos.

En la explicación científica se tiene una actitud crítica que establece los límites y la validez de la explicación. Sin embargo, ambos tipos de explicaciones, empíricas o

científicas, son útiles para el enfermo porque le permiten orientarse ante la amenaza que representa la enfermedad y por ello tienden a persistir.

Muchas *prácticas simbólicas* no sólo son vistas como eficaces, sino que realmente lo son. Por ejemplo, las técnicas de adivinación atenúan la incertidumbre, circunscriben el peligro y transforman la angustia ante lo desconocido en un miedo más concreto que puede ser confrontado.

Es ingenuo suponer que las prácticas mágicas y las explicaciones simbólicas no influyen en la evolución y en el desenlace. En un estudio de 12 casos tratados por un chamán en Taiwán, Kleinman⁸ observó que 10 pacientes que se juzgaron a sí mismos como parcial o totalmente curados no habían tenido en realidad ningún cambio y en un caso los síntomas habían empeorado notoriamente. La evaluación positiva de los resultados del tratamiento se finca en la fe del chamán en las prácticas simbólicas y en los beneficios subjetivos que experimentan los pacientes.

Atribución errónea de eficacia

En todas las sociedades se pretende intervenir con el fin de alterar el curso de una enfermedad. Las intervenciones incluyen prácticas tan diversas como la propiciación de los dioses mediante el sacrificio y la oración, cambios en la dieta y en el régimen de vida, o el uso de medicamentos. No hay que perder de vista que una proporción elevada de los episodios de enfermedad, particularmente los de origen infeccioso y traumático, se limitan a sí mismos y los síntomas desaparecen espontáneamente. Es fácil para quien no tiene conocimientos válidos ni actitud crítica atribuir la evolución favorable a la práctica terapéutica utilizada cualquiera que ésta sea, y no se toma en cuenta que la curación habría de ocurrir de cualquier modo. Se confunden agentes patogénicos reales con otros inocuos y se ponen en la misma categoría padecimientos cuya patofisiología es distinta. La gente puede asumir que sin la intervención terapéutica los episodios benignos terminarían como han visto que terminan los casos severos. Si la intervención no da un resultado favorable se confirma la “gravedad” del caso.

Es un hecho paradójico que la introducción de prácticas de medicina occidental en una comunidad indígena fortalece la confianza de la gente en la medicina indígena. Ocurre que la medicina occidental, con sus éxitos terapéuticos en muchas enfermedades agudas, desplaza a las curas autóctonas, pero indirectamente contribuye también a aumentar la confianza de la gente en las curas tradicionales. Por ejemplo, en el sur de la India no se solicitan los servicios médicos de tipo occidental para atender enfermos que por experiencia se presume que tienen buen pronóstico y sólo se hace en casos que lo tienen malo. También es frecuente que los enfermos utilicen primero curas tradicionales y cuando éstas fracasan recurren a la medicina occidental. Así, la tasa de remisiones favorece a la medicina indígena.

Por ejemplo, entre los campesinos etíopes se practica la extracción de sangre, que es depositada en un recipiente, y cuando se ha coagulado se muestra al paciente y se le dice

que esta sangre es la causante de su enfermedad. Esta seudobjetividad lleva consigo un gran poder de persuasión.

Otras prácticas terapéuticas

Las curaciones mágicas ocurren principalmente en situaciones socioculturales en las cuales las enfermedades se atribuyen a la posesión por espíritus o a otras influencias malignas. Tanto el hechicero como sus clientes comparten un concepto mágico-mítico de las causas de las enfermedades. El hechicero cree tener el poder de movilizar ciertas fuerzas espirituales en beneficio de sus clientes y éstos a su vez no dudan que el hechicero posee tales poderes. Las experiencias íntimas de este último, tal vez insólitas, le confirman una y otra vez que su poder es real. Su debilidad radica en que no reconoce los límites de su influencia y no identifica las enfermedades que por su naturaleza no son susceptibles de ser modificadas por medios psicológicos. Se cree omnipotente, y cuando fracasa se inclina a atribuir su fracaso a causas ajenas a su intervención. El cliente tiene también fe en los poderes del hechicero y ambos cuentan con el respaldo de su grupo social.

Conviene separar ciertos fenómenos mágicos que son normales en su contexto cultural de otros que caen de lleno en el campo de la psicopatología. Una persona “mentalmente sana” puede atribuir sus síntomas y su sufrimiento a la posesión por un espíritu y su creencia la induce a recurrir a la magia. Esta persona comparte su creencia con otras personas en su grupo social, quienes tienen una estructura cognitiva semejante. Situación distinta es la de enfermos mentales cuya experiencia distorsionada les genera la convicción de que poseen un poder para influir en la mente de los demás, o bien que un poder exterior ejerce dominio sobre su mente. Su experiencia es solitaria, personal y no es compartida con otros.

Antes de seguir es menester mencionar el poder terapéutico de algunas creencias espiritualistas. Los sistemas de creencias son respuestas estructuradas a aspiraciones humanas fundamentales y muchas personas maduras tienen concepciones espiritualistas del mundo y de sí mismas. De hecho, un segmento de la población de cualquier país encuentra en estas creencias un poderoso apoyo moral ante el sufrimiento y las adversidades de la vida.

Es importante que el médico no pierda de vista que las creencias deben ser evaluadas en términos de la función que cumplen en la vida de la persona que las sustenta. Los fenómenos espirituales pueden ser abordados racionalmente y con objetividad sin perder de vista su significado en la vida de las personas.

Los médicos vivimos en un mundo perceptivo y cognitivo que es racional y científico. Tenemos conceptos naturalistas acerca del hombre, del mundo y de las causas de las enfermedades; a muchos enfermos no les es fácil comprender nuestras explicaciones científicas de hechos patológicos y terapéuticos.

Existe cierta continuidad entre la brujería, en sus formas más crudas, y las creencias y

prácticas mágicas y religiosas más sutiles. El pensamiento mágico y el pensamiento religioso tienen en común la atribución de las enfermedades a causas exteriores inmatrimales. También la curación se atribuye a causas extranaturales y el que ocurran curaciones contribuye a perpetuar las creencias.

Los sistemas de medicina “paralelos”, así denominados porque se separan desde su origen del método científico y nunca habrán de acercarse a él, postulan también explicaciones acerca del origen de las enfermedades y de ellas desprenden lógicamente formas de curarlas.

Los partidarios de *medicinas paralelas*, como la quiropraxia, la homeopatía y la acupuntura, piensan que sus sistematizaciones son científicas y que no son comprendidas por los médicos convencionales. Por lo menos algunos de los practicantes de estos sistemas creen en la validez de sus principios y en la efectividad de sus maniobras. Su fe se ve confirmada por los resultados favorables que obtienen o parecen obtener con ciertos enfermos. Para que la gente acuda a consultarlos no necesitan hablar de sus éxitos, basta con que lo hagan sus clientes agradecidos. En general, los curanderos y los practicantes de sistemas médicos paralelos proclaman que su trabajo es científico, en tanto que los hechiceros no pretenden que su sistema sea científico, sólo insisten en que es eficaz.

Un hecho establecido es que aun en países desarrollados, cuyos sistemas de salud son accesibles para la totalidad de la población, el curanderismo y los sistemas paralelos de medicina no sólo subsisten sino que prosperan. No me refiero aquí a los clientes cuya única opción es visitar al curandero o al brujo como ocurre en sociedades iletradas, sino a personas relativamente ilustradas que podrían optar por la medicina científica. Esto se explica porque se trata de personas a quienes impresiona el hecho de que muchos eventos de la vida tienen causas que aún están fuera de los alcances de la ciencia. Por otra parte, son a menudo personas que sufren síntomas funcionales, o bien padecimientos crónicos o recurrentes para los cuales la medicina científica no cuenta todavía con tratamientos efectivos. No pocas de estas personas han sido previamente mal manejadas por médicos que practican una medicina técnicamente correcta, pero descuidan el componente humano de los problemas y de las acciones médicas.

En las grandes ciudades los clientes del charlatán, del brujo, del quiropráctico, etc., no son únicamente los ignorantes y los ingenuos, sino también los rechazados y los desesperados.

Entre quienes recurren al curandero o al brujo abundan los enfermos “problemáticos”, que causan irritación a los médicos porque al examinarlos no encuentran la relación entre sus quejas y los hallazgos objetivos. Como no saben qué hacer con ellos, prefieren “quitárselos de encima”.

Curarse sin esfuerzo es una idea sumamente atractiva especialmente para personas pasivas. Esto explica la demanda y el éxito comercial de quienes practican técnicas simplistas como el llamado *control mental* y el atractivo que conservan métodos psicoterapéuticos como la hipnosis. Ciertamente, no podría haber procedimiento más cómodo. Uno abdica su voluntad, se duerme y el mago le cumple sus deseos infantiles.

En conclusión, la práctica médica actual no responde a las expectativas de mucha gente. Los médicos diagnostican y tratan enfermedades, es decir, anomalías en la estructura y función de órganos y sistemas corporales, en tanto que los pacientes sufren padecimientos, es decir, cambios en la subjetividad y la función social. Es un hecho establecido que la mitad de las visitas a los médicos se deben a quejas que no tienen una base biológica identificable, y el curso de una enfermedad puede ser distinto al del padecimiento que la acompaña. No obstante su eficaz acción farmacológica, algunos remedios prescritos por los médicos suelen fracasar en la curación porque los pacientes no siguen sus indicaciones ya que no confían en ellos. La causa principal de esta desconfianza es la mala calidad de la relación entre el médico y el paciente en términos de comunicación, interés genuino, dedicación de tiempo y la incompreensión por los enfermos de las explicaciones e indicaciones que les dan los médicos.

Se estima que no menos de 70% de todos los episodios de enfermedad es atendido fuera del parámetro del sistema formal del cuidado de la salud. El autotratamiento, el cuidado familiar, los grupos de autoayuda y los practicantes y curadores mágicos y religiosos, etc., proveen una proporción sustancial de esa atención. Necesitamos que los médicos examinen con más atención el área del cuidado popular de la salud.

La incorporación de conceptos y hechos de la antropología transcultural a la medicina clínica nos permite reconocer su carácter plural, que incluye un componente culturalmente construido. Abordar tanto el componente objetivo como el subjetivo de los enfermos capacita al médico para entender y responder mejor a sus necesidades. Muchos problemas y fracasos de los médicos son resultado de estas discrepancias ocultas.

EL MÉDICO Y EL ENFERMO ANTE EL SUFRIMIENTO

Aliviar el sufrimiento es un fin de la medicina, y por lo tanto, comprender su naturaleza y ayudar a los enfermos a contender con él son obligaciones primarias de los médicos. Fenomenológicamente el dolor y el sufrimiento, como ya se ha mencionado, no son la misma cosa. Un enfermo puede sufrir intensamente sin tener dolor y el médico puede llevar a cabo acciones médicas que, aun siendo técnicamente correctas, pueden no causar dolor, pero sí sufrimiento.

Un enfermo de cáncer puede no tener dolor, pero sufre porque está temeroso de su futuro. Algunos enfermos se quejan de recibir poca información del médico y además temen que esa información no sea verdadera. Algunos enfermos sufren cada vez que se inicia un curso de quimioterapia porque temen abrigar esperanzas y sufrir un nuevo desengaño.

El *sufrimiento* puede definirse como un estado persistente de alteración severa del bienestar, asociado con la percepción de eventos actuales o posibles que afectan o amenazan a la persona. El sufrimiento no sólo es causado por la enfermedad y los problemas relacionados con ella, sino también por el tratamiento, y está poderosamente influido por la percepción que el enfermo tiene de su futuro.

La concepción dualista que establece la separación entre la mente y el cuerpo fue propuesta por Descartes para resolver asuntos filosóficos. Esta dicotomía dejó una huella honda en la medicina y sus consecuencias persisten hasta nuestros días: tratar la enfermedad del cuerpo y descuidar la mente de la persona enferma; tratar la enfermedad y dejar a un lado el padecimiento.

Desde el punto de vista teológico tanto el dolor como el sufrimiento han sido vistos como experiencias dotadas de valor espiritual, “algo que acerca a Dios”. Ciertamente, el dolor y el sufrimiento pueden ser instrumentos de crecimiento espiritual, pero la experiencia del sufrimiento tiene para muchas personas otros significados diferentes o no tiene ninguno. El sufrimiento se atenúa cuando el enfermo conoce la causa de sus síntomas, sabe que hay forma de aliviarlos y anticipa que puede aliviarse. El que una situación sea fuente menor o mayor de sufrimiento depende de la anticipación del enfermo de lo que habrá de ocurrirle.

En la medicina clínica es esencial tener en cuenta no sólo el dolor sino el sufrimiento del enfermo, lo cual implica percibir la importancia y el significado que atribuye a su enfermedad en el contexto de su vida. El significado tiene varias dimensiones. Uno es el significado intelectual, otro el afectivo, y un significado más es el espiritual. Entre estos significados puede haber contradicciones.

El carácter, las actitudes y las creencias de una persona influyen en su forma de experimentar la adversidad y también en su forma de contender con ella. Cuando un enfermo queda a nuestro cuidado, ya ha sufrido otras enfermedades y ha tenido relación con médicos, hospitales y medicamentos. Un enfermo es miembro de una familia y está inmerso en una cultura. Ambas contribuyen a configurar el sentido que da a su enfermedad. Ambas son fuente o paliativo de su sufrimiento. Éste sólo es comprensible si se le ve en toda su complejidad, es decir, algo que depende de la personalidad, las experiencias previas y la cultura.

EL MÉDICO Y EL ENFERMO ANTE LA MUERTE

“La vida del médico transcurre a la sombra de la muerte.” Sin embargo, el tema de la muerte ha sido, hasta épocas muy recientes, eludido en la medicina.

Además de los conocimientos técnicos que le permiten anticipar y diagnosticar la muerte, el médico debe reflexionar acerca de ella para observarla, como con otros problemas médicos, desde un punto de vista humano; reflexionar acerca de sus propias actitudes ante la muerte y comprender la experiencia de sus enfermos en riesgo de morir.

Biológicamente la muerte es la interrupción de la renovación continua de las células de los tejidos. Desde este punto de vista se empieza a morir desde que se nace y sólo la muerte del viejo es natural. A diferencia de la humana, la muerte del animal no es ni un problema ni un misterio. Huxley atribuyó a la muerte un sentido evolutivo: “En un universo en evolución, la muerte es necesaria”.

La conducta del hombre está determinada por su pasado, pero también por su visión

del futuro. El hombre tiene conciencia de su fin ineludible y esto determina su vida. Para el hombre la muerte es un problema, como también lo es la vida.

Actitudes ante la muerte

En todos los sistemas de pensamiento la muerte ha sido un tema central. Para los filósofos existencialistas la muerte es el centro de la condición humana. Ser “auténtico” requiere “tomar la muerte dentro de la propia vida”. Según Heidegger, lo que permite al hombre librarse de la trivialidad de su vida es la aceptación de su muerte. Sartre y “los filósofos de la desesperación” pensaban que la muerte es absurda, que no tiene sentido.

En el inconsciente, escribió Freud, somos inmortales porque la muerte carece de representación arcaica infantil. No podemos imaginarnos muertos a menos que nos identifiquemos con alguien que muere. Freud consideró que las religiones son una defensa gigantesca contra la idea de la muerte.

En grandes sectores de la población del mundo la técnica ha sustituido a la providencia y el secularismo ha destruido, entre otras creencias, la de la inmortalidad personal. Hoy para muchos la muerte es sólo “un salto a la nada”.

En algunas culturas, como en nuestra antigua cultura mexicana, la diferencia entre la vida y la muerte no fue tajante. Se pensó que la vida se prolonga en la muerte y ésta era vista como una nueva fase de la vida. En general, en culturas primitivas los hombres no desarrollan aún una clara conciencia individual y se experimentan, más que como una persona, como el miembro de su clan o de su tribu. Por ello la muerte para ellos es más un hecho colectivo que un hecho personal.

La *negación de la muerte* es en los humanos una tendencia poderosa. Los niños pequeños piensan que la muerte es un acontecimiento transitorio y reversible. Algunos primitivos tratan a sus muertos como si estuviesen vivos y los entierran junto con objetos para el viaje, o despidiéndolos con fiestas. El hinduismo niega la muerte postulando varias vidas en sucesión, con múltiples posibilidades. La fantasía de reunirse con los seres queridos después de la muerte es una forma relativamente frecuente de mantener la idea de que la vida y la muerte tienen continuidad.

La negación y la clausura psicológica ante la realidad inaceptable son una defensa. En los campos de concentración a muchos ocurrió que la muerte perdió para ellos sentido, y ya no pensaron en ella. En estudios llevados a cabo en pilotos militares en la última guerra se puso de manifiesto que, en los momentos de mayor peligro, algunos desarrollaron un “sentimiento de inmortalidad”, y ni siquiera pensaron que podrían morir.

Ocurre que algunas personas realmente *no temen* a la muerte y la enfrentan con serenidad. Muchas personas temen más que a la muerte a la invalidez, al deshonor, al sufrimiento prolongado, etc., y en ciertas circunstancias de gran adversidad desean la muerte.

Aparentemente, una causa del *miedo exagerado* a la muerte es el sentimiento de no haber vivido plenamente. Por otra parte, muchos temen más al acto de morir que a la

muerte. Sin embargo, dice Osler, “muchos mueren como nacieron, es decir, sin darse cuenta”.

Muchos médicos tienen más temor a la propia muerte que sus enfermos. Cuando enferman gravemente se refugian en explicaciones consoladoras que sus enfermos considerarían inexactas y aun triviales.

Reacciones ante la muerte

En la historia es posible identificar diferentes actitudes ante la muerte. En Grecia prevaleció el sentido estoico: “el hombre es libre en tanto que pueda decidir su muerte”. Sócrates no consideró la vida como el bien supremo y estuvo dispuesto a sacrificarla por un fin suprapersonal. Séneca y Marco Aurelio elogiaron el suicidio. Hay numerosas representaciones pictóricas y literarias que muestran cómo en la Edad Media el lecho del moribundo fue el escenario de la lucha final entre ángeles y demonios. El punto culminante de la vida era “morir en gracia de Dios”. En el Renacimiento el hombre aceptó la muerte con mayor naturalidad y se enfrentó a ella igual que se había enfrentado a la vida.

Hoy en día se observa en algunas sociedades avanzadas una tendencia extendida a actuar como si la muerte no existiera. Se da al cadáver la apariencia de un hombre que duerme, y todo es manejado por organizadores comerciales eficientes que eliminan hasta donde es posible la cruda presencia de la muerte.

La doctora Kubler-Ross⁹ describió una sucesión de reacciones en personas que sufren una enfermedad mortal a corto plazo: *a) negación de la realidad*: el enfermo piensa que no es posible que tal cosa le ocurra a él; *b) resentimiento profundo*: ¿por qué a mí y no a otros?; *c) regateo*: el enfermo trata de impedir que se cumpla la sentencia haciendo méritos; *d) depresión preparatoria*: asimila la idea de la muerte y se pone de duelo por su propia muerte; *e) etapa final*: el enfermo *acepta pasivamente* su sentencia e inicia un estrechamiento progresivo de sus intereses y la retirada de sus afectos.

El médico ante la muerte de su enfermo

Una pregunta que el médico se plantea es: ¿debe decir la verdad a aquel cuya condición es irremediable? Algunos enfermos dicen que prefieren saber la verdad, pero estas aseveraciones tienen que ser vistas con mucha reserva. En general, tanto los enfermos como sus familiares aprecian en el médico una actitud que permita escoger entre aceptar y negar; “dejar entreabierto la puerta de la esperanza”. Sin embargo, el familiar más cercano o el más indicado debe ser franca y oportunamente informado de la situación.

Es frecuente que algunos enfermos y sus familias conserven hasta el fin la esperanza de que algo insólito habrá de alterar el curso ya inevitable de los acontecimientos, y no es raro que ni unos ni otros acepten la sentencia inapelable. La responsabilidad del médico es percibir las necesidades del enfermo que va a morir y responder a ellas “como la

madre responde a las necesidades de un hijo”.

El hospital moderno ha sido criticado por la crudeza de los planteamientos que hace el personal y por el aislamiento de los enfermos desahuciados. La muerte solitaria y mecánica ha sido comparada con la que ocurre en las “casas de la muerte” de algunas sociedades orientales, a las que acuden o son llevados a morir los viejos o los enfermos desahuciados.

¿Debe el médico prolongar la vida en cualquier circunstancia, aun cuando la vida de una persona haya perdido aquello que le da valor? ¿Debe resucitarse a un enfermo para hacerle morir varias muertes? ¿Quién debe tomar la decisión? Sin pretender ahora responder a estas preguntas quiero expresar mi adhesión al punto de vista de que es necesario distinguir entre prolongar la vida y “prolongar la muerte”; distinguir entre medios ordinarios y medios extraordinarios para prolongar la vida como lo ha hecho la Iglesia. Distinguir entre vida humana con preservación de la conciencia y la individualidad y vida vegetativa. Un derecho fundamental del hombre es *vivir y morir con dignidad*.

Como una necesidad inherente a su naturaleza el hombre tiene que encontrar significado a su vida y también a su muerte. ¿Hay algo que dé sentido al sufrimiento y a la muerte? El médico no puede dar una respuesta general y, de hecho, una respuesta solamente intelectual puede no ser suficiente.

Desear vivir es instintivo, y sin embargo, muchas personas desean morir y algunas se quitan la vida. El *suicidio* tiene móviles diversos: evitar el deshonor, el sufrimiento, el castigo; hay suicidios románticos y suicidios metafísicos. Hay suicidios lentos, como el de ciertos alcohólicos, y suicidios disfrazados de accidentes. Otros suicidios son un chantaje. Un hecho establecido es que la mitad de las personas que se suicidan lo hacen cuando sufren depresión, es decir, un abatimiento profundo del humor y de la vitalidad.

En los animales el instinto de preservación de la vida no es absoluto. En circunstancias adversas, por ejemplo, cuando está en cautiverio, ya no mira por su vida, languidece y muere.

En general, los hombres cuya vida está más cercana a la naturaleza tienen tendencias menos poderosas al suicidio. En todo caso el suicidio no es un acto individual, sino algo que siempre tiene consecuencias para otras personas y para la sociedad.

EL DUELO COMO PROCESO PSICOLÓGICO

El duelo es un proceso de cambio psicológico que se inicia con la muerte de una persona querida y culmina con la restauración del equilibrio personal alterado por la pérdida. Decimos que el duelo es un proceso, queriendo enfatizar que es una sucesión de eventos y que está sujeto a detenciones y distorsiones. Requiere del doliente la puesta en juego de defensas psicológicas. Además del interés que para el médico tiene este tema por sí mismo, su examen ayuda a comprender mejor otras reacciones ante la pérdida de “objetos” queridos.

Se trata de un proceso emocional y conductual definido, sujeto a variaciones

individuales que dependen del carácter de la relación del sujeto con el “objeto” perdido, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos de que dispone para contender con ella. La posesión por parte del doliente de otros afectos e intereses le facilita la superación de la crisis suscitada por la pérdida del objeto amado.

La historia y la antropología cultural muestran que en diversas culturas el duelo se ha reconocido como un proceso humano esencial que requiere ser socialmente manejado, y proveen una variedad de rituales funerarios que tienen por objeto facilitar el proceso a los dolientes. No hay cultura que no favorezca en alguna forma la restauración de la estabilidad después de la pérdida de un ser querido. Margaret Mead ha descrito estos rituales en diversas culturas. Baste decir que el elemento común en estas costumbres es el reconocimiento de que el duelo es una crisis humana profunda, y para ayudar a su superación se establecen formas de aliviar el sufrimiento que genera la pérdida. Una de ellas es expresando ese sufrimiento por el llanto propio o alquilado, el rasgamiento de vestiduras o la ceniza sobre la cabeza, etc. Lo importante es expresar aflicción y también culpa y expiación.

En nuestra cultura la tendencia es a suprimir el duelo del todo. “La función tiene que seguir”; llorar es de mal gusto. Una persona educada no se aflige, no grita, no llora, no expresa su cólera o su culpa. Esta supresión de un proceso natural no es saludable. Si en diversas culturas se reconoce el duelo como una necesidad humana es porque son más sensibles que nosotros.

La ruptura de las ligas de apego

Hace aproximadamente 70 años Freud usó el término *objeto psicológico* para referirse a personas, posiciones, situaciones, creencias, esperanzas, etc., en las que una persona invierte una fuerte carga afectiva.

El concepto *objeto* es útil para referirse al hecho de que, para una persona, otras personas, situaciones, posesiones y expectativas son particularmente importantes para su equilibrio psicológico. El objeto en el que por primera vez invertimos una carga emocional poderosa es nuestra madre. La angustia primal humana es la que experimenta el niño cuando anticipa el peligro de la ruptura de su liga con la madre: la angustia de la separación.

Los etólogos han estudiado las ligas afectivas primarias en diversas especies animales y han aclarado su carácter elemental. Poco sabemos acerca de la angustia, dice Freud, salvo que se suscita en el niño cuando se encuentra solo, en la oscuridad o con una persona desconocida. Todos hemos observado alguna vez la expresión de terror de un pequeño cuando en medio de una multitud pierde de vista a su madre o descubre que la ha confundido con una persona extraña.

Se ha especulado acerca de la relación del duelo en los adultos con la angustia de la separación en los niños. Un punto de vista es que en el duelo la angustia infantil es activada y se ponen en juego recursos psicológicos que conducen a la restauración del

equilibrio perdido. Sin embargo, el proceso puede no conducir a la restauración del verdadero equilibrio.

En su monumental estudio sobre la expresión de las emociones en el hombre y en los animales, Charles Darwin señaló las semejanzas que hay en las reacciones emocionales de los humanos y de los animales cuando son separados de sus madres. Posteriormente, Lorenz y Tinbergen estudiaron en las aves las “ligas de apego” que unen a las parejas y las que unen a las crías con sus padres, y mostraron la intensidad de las reacciones a la ruptura forzada tanto en los mamíferos como en las aves. Es válido establecer un paralelismo entre estas reacciones y las reacciones de los humanos cuando son separados bruscamente de un objeto de amor. Harlow, de la Universidad de Michigan, estudió las ligas afectivas en el macaco en desarrollo. Cuando los pequeños son separados de sus madres y criados en contacto con una mona de alambre provista de un dispositivo para alimentarlos, su desarrollo afectivo y sexual subsecuente es severamente afectado.

Los etólogos sostienen que en los animales las ligas de apego se originan en necesidades de defensa y protección y no tienen relación ni con el sexo ni con la alimentación. Los animales nacen con la proclividad innata a responder a cierta clase de estímulos y, cuando los encuentran, establecen una liga estrecha con la fuente de dichos estímulos. Si en el momento de romper el cascarón un patito encuentra a un ser humano en el lugar de su madre, desarrolla una conducta filial hacia esa persona; por ejemplo, la sigue como si fuera su madre. Este fenómeno es una muestra de lo que los etólogos llaman “troquelado” de los instintos. El troquelado explica la raíz biológica de las ligas profundas que se establecen entre las parejas y entre las madres y sus crías, y permite entender las graves consecuencias de su ruptura ocasionada por la muerte y el proceso de restauración del equilibrio que llamamos duelo.

Bowlby y Spitz, cada uno por separado, han observado la perturbación de la capacidad de establecer ligas afectivas en niños que han sido separados de sus madres a edad temprana y por tiempo prolongado.

El proceso del duelo

¿Qué ocurre cuando la muerte nos separa de una persona querida? Si la muerte es súbita e imprevista, la reacción inicial es de incredulidad. Nos resistimos a aceptar el hecho irreversible. Algunas personas sufren un estado de choque. Cuando la muerte del ser querido no es súbita y ha sido imaginada muchas veces, el evento es menos traumático. La reacción humana inicial ante la pérdida inesperada es su negación. El proceso que se inicia con la negación del hecho culmina con su aceptación y el restablecimiento del equilibrio. La fase siguiente es un estado de excitación, alarma, inquietud e hiperactividad, acompañado de alteraciones fisiológicas como insomnio, pérdida de peso, etc. La aflicción generalmente no es continua, sino que “viene por oleadas”.

Parkes¹⁰ pone el acento en un componente en el proceso del duelo: “la búsqueda del objeto perdido”. Esta reacción también se observa en las aves y en algunos mamíferos separados de su pareja. Sobre el trasfondo de un estado de excitación, destaca la búsqueda, el intento de reunión. También el niño pequeño que es separado de su madre exhibe hiperactividad, insomnio y anorexia que se acompañan de una actitud de búsqueda. En los mamíferos y en las aves la búsqueda es explícita y activa, en tanto que en los humanos, sobre todo en los adultos, la expresión explícita de esta búsqueda se suprime o se manifiesta en formas veladas. En esta fase la persona no puede iniciar ninguna acción dirigida; no puede pensar en otra cosa. Los recuerdos del ser amado se fijan y hay una disposición perceptual a ver realmente al ausente, a oír claramente su voz

o percibir sus pasos, etc. En los humanos, esta conducta internalizada sustituye a la búsqueda activa y al intento explícito de reunión en los animales.

La búsqueda se expresa también en los sueños. El ausente aparece en sueños que tienden a repetirse una y otra vez. Algunas personas repasan en su imaginación en forma reiterativa los eventos que condujeron a la muerte del ser querido, como si aún fuera posible cambiar el desenlace.

Además de la pérdida en sí misma, muchas veces el doliente ha de enfrentarse a sus consecuencias: cambios radicales en su vida y, no pocas veces, la soledad y el desamparo. Ahora será necesario planear la vida en forma diferente y asumir nuevas responsabilidades. Muchas viudas relatan cuán doloroso es percatarse de que las atenciones y el interés de muchas personas no era por ellas sino por el esposo fallecido. Pasado el funeral son olvidadas y viven su desamparo tan agudamente como el niño que ha perdido a su madre.

El debilitamiento de la constelación de recuerdos de la persona amada toma tiempo; en tanto se ponen en juego defensas psicológicas.

Dos ingredientes negativos son comunes en esta etapa del duelo: la cólera y el sentimiento de culpabilidad. La ausencia del compañero es experimentada por algunas personas como un abandono, un castigo cruel e injusto. Esto suscita su cólera. Con el tiempo esta cólera es desplazada o se diluye, pero no es raro que obstaculice el proceso de restauración. O bien, el doliente se culpa a sí mismo de no haber sido suficientemente bueno ni generoso con el compañero perdido o no haber hecho todo lo que estaba en su mano para evitar su muerte. ¡Si hubiera actuado de otra forma!, etc. El sentimiento de culpa es con frecuencia el primer eslabón de una reacción depresiva que puede ser breve, pero que en ocasiones tiende a ser persistente. La depresión se presenta en una etapa subsecuente al estado de excitación, hiperactividad y búsqueda.

El duelo patológico

Los dolientes ponen en juego defensas psicológicas que facilitan la restauración del equilibrio. Ya he mencionado la negación inicial de los hechos dolorosos. Hay otras defensas psicológicas; una de ellas es la distorsión de la imagen del objeto perdido. Aquella mujer que no hacía sino desacreditar a su marido y divulgar sus defectos nos habla ahora de él como un padre ejemplar, un esposo inigualable, etc. La imagen del cónyuge parrandero, desobligado, etc., se transforma en la de un santo varón. Esta imagen dignificada tiende a conservarse porque atenúa la culpa.

Freud describió la *melancolía* como un estado patológico de duelo. El doliente inconscientemente adopta las actitudes y opiniones del difunto; “incorpora” la imagen de la persona muerta y logra así la reunión con ella. Esto se expresa en la tendencia a adoptar actitudes y apariencias del difunto, las cuales son vistas como propias. Es claro que cuando dos personas han compartido la vida por muchos años se han identificado el uno con el otro, han compartido muchas actitudes, puntos de vista, metas e intereses.

Hemos dicho que la reacción de búsqueda, etapa inicial en el duelo, es seguida con frecuencia por una etapa de abatimiento del ánimo. En algunos casos este abatimiento es profundo, persistente y se acompaña de alteraciones psicofisiológicas. Algunos dolientes son personas que, habiendo sufrido la pérdida de alguien muy amado, continúan varios meses después sumidos en un estado de inercia, desinterés e incapacidad para iniciar o mantener una ocupación. Clínicamente sufren una “reacción depresiva”. Esto es más frecuente cuando el sufrimiento no es compartido y se carece del apoyo de una persona o de un grupo.

En raras ocasiones el duelo suscita también *reacciones disociativas*. Una madre que ha perdido a su hijo pequeño, una mujer que ha enviudado, “olvida” que el ser querido ha muerto y continúa actuando como si aún viviera. El intento de restablecer la unión con el objeto perdido se hace en la fantasía, violando las leyes de la realidad. He estudiado casos en los que la convicción de que la persona muerta vive ha persistido por meses y aun por años. Se trata de una defensa psicopatológica infrecuente.

Otra forma de duelo patológico es el *duelo sin fin*. Una mujer aún lleva luto por su hijo muerto accidentalmente hace 20 años; tiene siempre consigo su retrato y llora ante él todos los días. Se trata de un proceso que se ha detenido en la etapa de búsqueda, de intento de restablecer la liga con la persona amada que se ha perdido. La perpetuación del duelo está relacionada con la idea de que dejar de sufrir por la persona amada es traicionar su memoria.

Si bien el duelo puede ser la puerta de entrada a la depresión, puede también serlo a una variedad de otras condiciones patológicas. Algunas investigaciones recientes dejan pocas dudas en cuanto a que algunas personas enferman cuando la pérdida de un ser querido activa en ellas una disposición patológica latente o en alguna forma mina su resistencia. Un estudio de grupos pareados muestra que las mujeres que enviudan tienen una mortalidad mayor en los primeros años de su viudez que otras, cuyos maridos viven. También la mortalidad en un grupo de varones viudos ha sido mayor en los dos primeros años de viudez que en un grupo testigo. El apoyo social con que se cuenta o no se cuenta puede ser decisivo, pero en todo caso la mortalidad es mayor en los viudos.

El duelo como prototipo

El duelo es el prototipo de la reacción humana a la pérdida de objetos con los cuales estamos estrechamente ligados: personas, situaciones, ideas, esperanzas, meras posibilidades, etc. Sus fases son las mismas: *negación* (“no puede ser que haya perdido mi trabajo”, “no puede ser que mi amigo me haya traicionado”, etc.), después la *aflicción*, la *cólera*, quizá la *culpa*, y eventualmente el abatimiento del humor o el inicio de una condición orgánica: una úlcera que sangra, un infarto del corazón, el ascenso de la presión arterial que tiende a persistir, la diabetes que se descompensa, la tiroides que entra en hiperactividad, etc. Son frecuentes las condiciones patológicas desencadenadas o iniciadas por situaciones de pérdida cuyo prototipo es el duelo que no conduce a la

restauración del equilibrio.

Un ejemplo es el de los amputados. Perder una pierna es perder una parte de nuestra identidad. De manera semejante como algunas personas mantienen obsesivamente la imagen del finado, muchos amputados mantienen la imagen de la pierna perdida. Del mismo modo, una enfermedad súbita, que es invalidante y cambia profundamente la vida de una persona, crea un estado semejante al duelo. También los trasterrados experimentan un estado de duelo a la pérdida de la casa, de las costumbres tradicionales, de los amigos, del paisaje, de las cosas que llamamos patria.

No sólo los demás sino nosotros mismos somos el objeto de nuestros sentimientos y evaluaciones. De ahí que el objeto psicológico perdido podamos ser nosotros mismos; nuestra imagen, nuestra identidad. En el climaterio, el objeto perdido es la imagen dotada de atractivos juveniles, de capacidad de procreación y expectativas para el futuro. Algunos estados patológicos en mujeres climatéricas y en mujeres castradas son reacciones de duelo. Una persona que aún se siente útil y capaz y que es jubilada puede experimentar como un daño irreparable a su autoestima la pérdida de su autoridad, del sentimiento de ser útil, del significado de su vida, etc. Nada tiene de extraño que las reacciones que se suscitan en estos casos sean semejantes a las reacciones de duelo.

Siguiendo a Rank podemos entender la vida como una sucesión de pérdidas que se inician con la separación de la madre en el nacimiento y de los intentos de restitución de esas pérdidas: cuando nos separamos de nuestra madre para ir a la escuela, cuando dejamos de ser niños y tenemos que asumir el papel de adultos sin serlo todavía del todo, cuando nos jubilamos, etc. Hay duelos por los que todos pasamos y otros que son muy personales. Ante cada pérdida usamos el repertorio de defensas psicológicas de que disponemos. Las defensas de algunas personas son eficaces y flexibles; son generalmente personas que tienen intereses genuinos, relaciones afectivas firmes, etc. Otras personas organizan su vida en torno de unos cuantos objetos o de un solo objeto. No es extraño que experimenten su pérdida como un desgarramiento profundo.

En casos de catástrofes naturales quienes sobreviven experimentan un estado que es comprensible en términos del modelo que hemos descrito. También es válido hablar del duelo como una reacción colectiva que muestra las características del duelo personal. En todo caso, el duelo es un tema de reflexión que los médicos no debemos dejar a un lado.

DIMENSIÓN ÉTICA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Los problemas éticos de la medicina contemporánea, relacionados con los avances tecnológicos y los cambios en la sociedad y en la cultura, han atraído el interés de los filósofos, los teólogos, los abogados y, por supuesto, los médicos.

En los últimos años la medicina ha experimentado cambios más extensos y profundos que en cualquier otra época de su historia. En el cuidado de la salud, el péndulo ha oscilado de lo individual a lo social; del énfasis en la curación al énfasis en la prevención; del ciudadano y de la comunidad como sujetos pasivos a su participación activa; del

trabajo individual al trabajo en equipo, y de la gran autonomía del médico a su sujeción a las normas establecidas por las instituciones en las que desempeña sus tareas. Por otra parte, los avances técnicos de la medicina han incrementado grandemente el poder de los médicos y hoy sus decisiones tienen sobre la vida de las personas mayores consecuencias que en el pasado. Además, la relación del médico con los enfermos, en los diversos escenarios en que ocurren los actos médicos, experimenta también cambios irreversibles. Uno de estos cambios, que ya hemos señalado, es que tanto los médicos como los enfermos han perdido la libertad de escoger. Algunos sostienen que sin el ejercicio de esta libertad las bases de la relación se alteran en forma sustancial.

Los médicos confrontamos hoy en día nuevos problemas, y también viejos problemas en circunstancias nuevas. Menciono sólo algunos: las intervenciones médicas relacionadas con la iniciación, la prolongación y la interrupción de la vida; procedimientos de diagnóstico y tratamiento más eficaces y también más peligrosos; el uso de fármacos que alteran la conciencia, el humor y la conducta; las implicaciones de la experimentación clínica en seres humanos,¹¹ etc. Estos cambios y las demandas que se generan en el seno de la sociedad han afectado profundamente la práctica de la medicina y hacen necesario que examinemos críticamente sus metas y los valores que la rigen.

Esta disposición reflexiva es tanto más urgente cuanto que en la sociedad pluralista y consensual los valores tradicionales de la medicina han perdido la fuerza normativa que tuvieron en la sociedad más homogénea y autoritaria del pasado, y algunos principios éticos considerados inmutables hoy en día son cuestionados. Ejemplos de ese cuestionamiento son las diferencias de opinión acerca de algunas conductas médicas, como las relacionadas con la gestación y la prolongación de la vida. Una crítica que con frecuencia se hace a la medicina, ciertamente no la única, es que como consecuencia del énfasis desmesurado en los aspectos técnicos se descuidan los valores, y las virtudes que se habían considerado inherentes a la profesión se desgastan.

El poder del médico sobre la enfermedad es también poder sobre los demás hombres con la medicina como instrumento. Hoy en día el médico tiene mucho poder y el mucho poder suele corromper a la gente. Es un peligro real el que el médico acumule ese poder sin adquirir la sabiduría y la comprensión necesarias para hacer buen uso de él.

Una ética deontológica, es decir, concebida en términos de principios inmutables, como la hipocrática, fue suficiente para guiar en sus decisiones a los médicos griegos y a sus descendientes, porque no tenían que tomar decisiones ante cursos de acción tan diversos y aun antitéticos como hoy en día ocurre a los médicos. Es claro que los valores implicados en muchas acciones médicas tienen grandes consecuencias personales y sociales, si no en términos de los valores absolutos del bien y del mal, sí en términos de los conflictos entre los valores circulantes en una sociedad pluralista que cambia, se transforma y exige que no sólo los valores del médico sino también los del paciente y los de la sociedad sean tomados en cuenta.

Hoy en día, a diferencia del pasado, es más frecuente que el médico practique su arte como miembro de un equipo de trabajo, con lo cual aumenta el peligro de que su capacidad crítica pueda embotarse y su sentido de responsabilidad personal pueda

diluirse. Además, el cuidado de la salud ha dejado de ser solamente una responsabilidad individual del médico y se ha convertido en una responsabilidad de las corporaciones e instituciones médicas ante la sociedad.

Actualmente, el médico necesita guías más inclusivas y también más específicas que las que le ofrecen los códigos tradicionales, porque la ética hipocrática, aun con sus modificaciones subsecuentes, no contempla estas paradojas ni tampoco la responsabilidad social del médico ante la comunidad. Si bien es cierto que los valores están sujetos a evolución y cambio, los grandes principios morales, como ser justo, ser veraz, respetar la integridad de las personas, etc., que proclama el juramento, permanecen. Es por ello que, si bien los principios éticos de la medicina necesitan ser examinados de nueva cuenta y ampliados, el Juramento Hipocrático conserva su interés histórico y simbólico y es apreciado por su preocupación humanística y su sentido práctico.

Vivimos en una época de grandes transformaciones que ocurren en el núcleo mismo de la medicina. Hoy se cuestiona a los médicos y se ponen en duda las metas mismas de nuestra profesión. Las obligaciones que el médico tiene para con sus pacientes no se derivan de la ideología, la historia o la sociología de la profesión, ni deben estar influidas por el hecho de que la retribución del médico por sus servicios sea directa o indirecta. Se derivan, como Pellegrino ha propuesto, del impacto de la enfermedad sobre la condición humana, de la vulnerabilidad de la persona enferma y su necesidad de ser amparada, y de la naturaleza intrínseca de su relación con el médico. A nuestro juicio la base más auténtica y objetiva de la ética profesional son esta situación y estas obligaciones que trascienden cualquier derecho o privilegio que los médicos podamos tener.

Si nos preguntamos cuál es la primera responsabilidad del médico la respuesta es clara: *tener conocimientos suficientes* acerca de los recursos con que cuenta la medicina en una situación dada y conocer los límites de su habilidad para usarlos. Privar por ignorancia a un enfermo de tratamiento oportuno y eficaz es la más grave falta moral de un médico. La peor desgracia para un enfermo es caer en manos de un médico inepto o negligente.

Es por ello y porque los conocimientos médicos cambian y aumentan con rapidez que el médico no tiene alternativa a continuar su educación por tiempo indefinido. Esto es relativamente fácil para los médicos que trabajan en áreas urbanas, dotadas de centros donde los cursos, las conferencias y las buenas publicaciones están a su alcance, pero no lo es para los médicos que trabajan aislados, sin el estímulo de la competencia y sin el beneficio de la crítica de sus propios colegas.

El segundo imperativo ético del médico es su *integridad*, es decir, su adhesión a los valores humanos implicados en los actos médicos y su renuncia a la arrogancia y a la codicia. En efecto, la medicina requiere honestidad intelectual. Es afortunado que en el método mismo de la medicina haya algo que conduce a la verdad, a conocerla y aplicarla, pero esto no basta, porque la verdad médica no es necesariamente igual a la verdad científica. La verdad a secas, sin compasión, puede violar el principio: “primero no hacer daño”.

El tercer imperativo ético del médico es la *compasión*, que no es lástima ni condescendencia, sino esa capacidad de sentir con el enfermo, de ser copartícipe de su sufrimiento y comprender el significado que para él tienen la vida, la enfermedad y la muerte.

En nuestra civilización la profesión del médico no es como cualquier otra profesión. Ser médico es poseer conocimientos y habilidades especiales y además aceptar el estatus secular que demanda una disposición a realizar la ciencia y el arte dentro del marco de los valores humanos implicados en las acciones médicas. Paracelso decía que “tener sapiencia [...] es la mayor y más alta de todas las calificaciones del médico, sin la cual sus conocimientos serán poca cosa o nada”, y podríamos agregar que la sapiencia en la medicina es fruto de la experiencia y se adquiere en el trato cotidiano con los enfermos.

Pensar que el médico tiene una responsabilidad propia ante los enfermos y ante la sociedad no es asumir que la profesión del médico sea superior a otras profesiones sino, simplemente, que es diferente; del mismo modo que las transacciones entre el médico y sus enfermos son diferentes de otras transacciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fábrega, H. Jr., y P. R. Manning, “An Integrate Theory of Disease: Ladino-mestizo Views of Disease in the Chiapas Highlands”, *Psychosom. Med.*, núm. 35 (1973), pp. 223-239.
2. Davis, M. S., “Variation in Patients Compliance with Doctors Orders: Medical Practice and Doctor-Patient Interaction”, *Psychol. Med.*, núm. 2 (1971), pp. 31-54.
3. Groddeck, G. W., *The Book of the It*, Nervous and Mental Disease Publishing Co., Nueva York, 1928.
4. Freud, S., “La dinámica de la transferencia”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.
5. Parsons, T., S. Edward, K. Naegle y J. R. Pitt, *Theories of Society*, The Free Press (división de Macmillan Publishing Co.), Nueva York, 1965.
6. Siegler, M., y H. Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine*, Collie Macmillan, Londres, 1976.
7. Frank, J. D., “The Influence of Patients and Therapists Expectations on the Outcome of Psychotherapy”, *Br. J. Med. Psychol.*, núm. 41 (1968), p. 349. Véase también J. D. Frank, *Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1961.
8. Kleinman, A., L. Eisenberg y B. Good, “Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research”, *Ann. Intern. Med.*, núm. 88 (1978), pp. 251-258.
9. Kubler-Ross, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, México, 1980.
10. Parkes, C. M., “Bereavement”, *Br. J. Psychiatr.*, núm. 146 (1985), pp. 11-17.
11. Lara, M. C., y J. R. de la Fuente, “Sobre el consentimiento informado”, *Bol. Of. Sanit. Panam.*, núm. 108 (1990), pp. 439-441.

LECTURAS RECOMENDADAS

Eisenberg, L., “The Physician as Interpreter: Ascribing Meaning to the Illness Experience”, *Compr. Psychiatry*, núm. 22 (1981), pp. 239-248.

El autor propone que la práctica del médico se realiza en un contexto social y cultural, y que es influida por los valores prevalentes en ese contexto. Cuando el paciente acude al médico no sólo busca alivio de sus síntomas, busca el alivio de sus temores y una explicación a su padecimiento. El autor revisa las peculiaridades de la

práctica médica en diferentes ámbitos: entre los aztecas, africanos, chinos, etc. La medicina, como parte integral de la cultura, tiende a modificarla. Las contribuciones médicas a la comprensión del ser humano pasan a ser parte de la cultura.

Siegler, M., “Reaching for Moral Certainty in Medicine: A Proposal for a New Model of the Doctor-Patient Encounter”, *Bull. N. Y. Acad. Med.*, núm. 57 (1981), pp. 56-69.

De acuerdo con el autor, la certeza moral en medicina no es una entidad que debe descubrirse, sino que es definida y creada en el contexto de la relación médico-paciente. Propone un modelo bilateral de relación en el cual los aspectos morales y técnicos de la misma son determinados por el médico y el paciente de manera mutua, voluntaria y autónoma.

Waitzkin, H., “Doctor-Patient Communication”, *JAMA*, núm. 252 (1984), pp. 2441-2446.

El desarrollo de habilidades para la comunicación efectiva es una de las metas de los programas de entrenamiento clínico. Dos problemas que surgen durante la relación médico-paciente son las barreras socioculturales —que impiden una comunicación adecuada— y la cantidad de información que debe proporcionarse. El autor analiza cómo la transmisión de información se relaciona con características del paciente (sexo, educación, clase social y pronóstico) y de los médicos (clase social, antecedentes, ingresos económicos, la percepción que tiene sobre el deseo de su paciente de recibir o no información).

VIII. EL EXAMEN MÉDICO-PSICOLÓGICO COMO COMPLEMENTO DEL EXAMEN MÉDICO GENERAL

Importancia de la exploración del estado mental y otras áreas psicológicas.—La entrevista: el motivo de la consulta, el problema actual, el interrogatorio por aparatos y sistemas, hábitos: sueño, apetito, sexualidad, abuso de sustancias; la situación personal, familiar y social; los antecedentes patológicos personales y familiares; la observación del paciente.—El examen del estado mental: afectividad, la conciencia y las funciones intelectuales, la forma y el contenido de los pensamientos: obsesiones, compulsiones, fobias, ideas delirantes, ilusiones y alucinaciones; reacciones del enfermo hacia su enfermedad; identificación de rasgos de personalidad y conflictos básicos.—La ampliación del estudio biográfico: infancia y características del núcleo familiar, pubertad y adolescencia, juventud y edad adulta, climaterio y senectud.—El diagnóstico descriptivo médico-psicológico.

EL EXAMEN de un enfermo queda inconcluso si el médico no explora el estado mental y otras áreas psicológicas de interés. Esta exploración requiere que el interrogatorio habitual sea ampliado en varias direcciones.

La indagación acerca del estado mental puede variar de un caso a otro, tanto en la extensión como en la focalización del interés hacia uno u otro sector, pero no debe omitirse aun cuando las quejas iniciales del enfermo apunten claramente hacia un trastorno no mental.¹ Por las mismas razones, sería imperdonable no interrogar al paciente acerca de alteraciones en los sistemas circulatorio, digestivo, respiratorio, etc., simplemente porque el motivo explícito de la consulta sea un síntoma mental. Los médicos —aun aquellos que tienen conciencia clara de que la salud y la enfermedad son estados de la persona total— pueden encontrarse con algunas dificultades para llevar a cabo el examen médico-psicológico.² Por otra parte, es probable que por su formación y disciplina estén mejor capacitados para manejar conceptos morfológicos y funcionales que conceptos psicológicos, y por otra, una indagación, aun restringida, del estado mental de una persona requiere un tiempo mayor del que se dedica al examen rutinario de un paciente.

El enfoque médico-psicológico hace necesario que desde la primera entrevista el médico establezca con el paciente una relación cordial y significativa para ambos; indague la presencia de alteraciones de la conducta, síntomas mentales y estados psicológicos; reconozca si en la vida familiar, ocupacional o social del enfermo se han suscitado recientemente situaciones de conflicto, frustración, pérdida o amenaza a su seguridad; identifique las actitudes del sujeto hacia su propio padecimiento y sus formas de contender con él y, por último, reconozca los rasgos dominantes de su personalidad expresados en su estilo y forma de relacionarse con los demás.³ La focalización del interés del examinador en esas cinco áreas le permite, además de identificar los síntomas mentales y conductuales, formarse una opinión sobre los aspectos situacionales y psicodinámicos de mayor relevancia.

Es posible que el médico no obtenga una imagen completa de la persona enferma en la entrevista inicial, pero esto no tiene demasiada importancia si en ella se abre el camino que hará posible completar y afinar en consultas subsecuentes el conocimiento del

paciente en su vertiente psicológica. Posteriormente, si se juzga necesario, podrá ampliarse la indagación obteniendo de él un relato biográfico que incluya las experiencias que a su juicio han tenido consecuencias trascendentes en su vida. Se podrán recabar datos acerca de sus experiencias infantiles y juveniles, esto es, de la atmósfera que le rodeó en casa, en la escuela y en su ámbito social inmediato, y se analizará la calidad de la relación que estableció con sus padres, hermanos y otras personas importantes en su familia.

Es claro que un interrogatorio cuyo objetivo es poner de manifiesto aspectos psicopatológicos relevantes debe tener la extensión y profundidad que el caso requiera y que las circunstancias permitan. En ocasiones será más extenso e insistente en un área determinada y en otras la exploración de esa misma área puede ser innecesaria o inoportuna. Por ejemplo, no es pertinente preguntar a una persona moderadamente deprimida, con angustia y temores exagerados, si tiene también alucinaciones, delirios o perturbaciones del juicio, síntomas que sólo ocurren cuando hay graves alteraciones del estado mental. Tampoco es sensato interrogar acerca de sus problemas personales a quien acaba de sufrir un traumatismo severo o poner el acento en la infancia de quien padece una enfermedad maligna avanzada.

No obstante que uno de los objetivos del examen médico-psicológico es conocer los aspectos íntimos del paciente, no conviene en la primera entrevista hacer indagaciones acerca de la vida sexual. En todo caso los temas íntimos, a menos que sean espontáneamente abordados por el enfermo, deben reservarse para entrevistas ulteriores, cuando se hayan abatido las reservas y los temores del paciente y se haya creado un clima de confianza recíproca. Es de esperarse que el médico y aun el estudiante tengan el tacto y el discernimiento necesarios para no incurrir en omisiones o errores graves. El buen observador advierte desde el inicio de la entrevista si el paciente tiene la conciencia clara, si está confuso y desorientado o si sus percepciones y pensamientos se despegan de la realidad. El interrogatorio médico-psicológico requiere delicadeza, sentido de jerarquización de los problemas y capacidad de verlos en su justa perspectiva.

Antes de entrar de lleno en el método del interrogatorio cuya finalidad es elucidar el estado psicológico de la persona se deben mencionar otros puntos de interés. A diferencia de lo que algunos suponen, la causa más frecuente de que los enfermos omitan comunicar datos relativos a su estado afectivo y a sus problemas personales radica más en el médico que en el enfermo. Ocurre con frecuencia que, en cuanto un paciente intenta expresarse e incluir en su relato referencias a su estado anímico y a sus situaciones personales, el médico se muestra impaciente o desinteresado. Es claro que para que un paciente esté dispuesto a mostrar su intimidad necesita sentir que el médico tiene en él, como persona, un interés genuino. Una actitud de aceptación, sin apresuramientos, no tiene sustituto. Es necesario conducir el interrogatorio de tal manera que no se susciten en el enfermo respuestas demasiado escuetas ni tampoco interferir con su espontaneidad. En otras palabras, es mejor formular preguntas que activen el diálogo y evitar las que tienden a cerrarlo. Aquellas preguntas cuya única finalidad es aclarar secuencias y concretar fechas pueden venir después de haber escuchado estas

comunicaciones. Cuando un enfermo se muestra excesivamente reservado o desconfiado, es conveniente darle alguna explicación que justifique a sus ojos el paso en el interrogatorio de un terreno semiológico a un terreno más personal. Por ejemplo, es clarificador decirle a un paciente que los estados emocionales y las tensiones a que está sujeta cualquier persona influyen en su salud, por lo cual se está interesado en conocer las preocupaciones y circunstancias de su vida, y que algunos síntomas pueden ser precisamente la expresión de problemas que no ha enfrentado en forma efectiva. La actitud del médico, su interés auténtico, su paciencia, su habilidad como observador y conductor del interrogatorio determinan en gran medida su capacidad para establecer esa clase de relación que permite penetrar en la interioridad de los enfermos.

LA ENTREVISTA

A nuestro entender, el examen médico-psicológico es esencialmente una ampliación del examen médico habitual, y por lo tanto, cubre las áreas tradicionalmente incluidas en éste: el motivo de la consulta, la descripción de la enfermedad actual, el interrogatorio por aparatos y sistemas, los antecedentes personales, familiares, etc. La diferencia radica en la mayor atención que se presta a la observación de la conducta y la extensión que se da al examen del estado mental y de los aspectos personales, familiares y sociales del sujeto.

Me referiré ahora selectivamente a las direcciones en que ha de ampliarse el examen médico para darle una dimensión psicológica.

El motivo de la consulta

En cualquier examen médico no sólo es ventajoso permitir que el enfermo exponga el motivo por el cual acude a la consulta sino que es necesario no mostrarse impaciente ante su reserva e indecisión. El verdadero motivo de la consulta puede no hacerse aparente de inmediato, pero lo que el enfermo dice espontáneamente en la consulta inicial orienta al médico en cuanto a lo que se espera de su intervención, la índole del problema, y ayuda a establecer la secuencia de la exploración y el énfasis que ha de ponerse en áreas determinadas.

El problema actual

Que el enfermo no mencione alteraciones de su estado emocional e intelectual no excluye su presencia. Por otra parte, puede ocurrir que el paciente mencione desde un principio trastornos de su estado afectivo u otros cambios en su estado psicológico o en su comportamiento. Es entonces necesario precisar las características, la iniciación y la evolución de estos cambios, cuyas primeras manifestaciones pueden haber hecho su aparición antes de lo que supone el enfermo.

El examinador debe aclarar si se trata de un problema de principio reciente, de un trastorno de larga duración, o bien, de la agudización de un padecimiento más o menos crónico. ¿Qué es lo que ha impulsado al enfermo a buscar la ayuda del médico ahora y no antes? Los estados subjetivos que se exteriorizan deben ser aclarados y precisados en el momento en que surgen. Si el enfermo ve alguna relación cronológica entre sus síntomas y los eventos desafortunados de su vida, como pérdidas, frustraciones, conflictos, situaciones de crisis, etc., esta posibilidad debe ser debidamente atendida. La relación entre inicio, curso de una enfermedad y eventos desafortunados de la vida es un hecho cuya importancia en la clínica está razonablemente establecida.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Los síntomas referidos a los aparatos y sistemas no siempre son expresión de desórdenes orgánicos, sino que pueden ser manifestación de tensión excesiva, angustia, cólera inexpressada, abatimiento del humor, etc. Hay reacciones viscerales que se presentan en forma recurrente, asociadas con situaciones emocionalmente cargadas, como puede ser el caso de la anorexia, los vómitos u otras reacciones de hiperactividad del estómago y del colon, síntomas cardiocirculatorios, síntomas del aparato respiratorio, urogenital, músculo-esquelético o cutáneo. Por otra parte, es necesario distinguir entre sufrir ciertos síntomas viscerales, tener una preocupación morbosa acerca del funcionamiento de las vísceras (hipocondría) y tener alucinaciones y delirios en relación con el estado corporal.

Hábitos

La frecuencia de las perturbaciones del sueño y del apetito en diversos desórdenes psicopatológicos hace que el interrogatorio acerca de ellas adquiera especial importancia. Es necesario precisar si el enfermo tiene dificultad para conciliar el sueño o si durante él sufre apneas o crisis de angustia, si despierta una o varias veces y si su sueño se interrumpe prematuramente. ¿Sueña más de lo acostumbrado? ¿Tienen sus sueños contenidos terroríficos? El contenido de los sueños orienta hacia conflictos de quien es su autor, pero su comprensión requiere un adiestramiento especializado. Los cambios en el sueño son comunes en diversos trastornos emocionales.

Las modificaciones en el *apetito* y en el aseo son especialmente significativas en los cuadros depresivos, ya sea que se trate de estados abiertos o enmascarados por síntomas que a primera vista tienen mayor relieve. En depresiones severas la persona pierde hasta ocho o 10 kg en unos meses.

Es conveniente interrogar a las mujeres acerca de síntomas que aparecen o se recrudecen en relación con el *ciclo menstrual*, particularmente de cambios en el estado emocional. Las disfunciones o peculiaridades de la vida sexual tanto de la mujer como del varón deben ser tratadas en forma delicada y es inadmisibles que el médico haga preguntas íntimas para satisfacer su curiosidad.

Debe aclararse si hay *abuso de bebidas alcohólicas* o de medicamentos hipnóticos, sedantes o estimulantes, ya sea que estos últimos hayan sido prescritos al paciente o que él los consuma por cuenta propia. El abuso del alcohol y de otras drogas que modifican el humor o la conciencia es frecuentemente un intento del enfermo para superar estados de tensión, depresión o angustia. Es importante distinguir entre el abuso del alcohol o de drogas como problema primario de una persona inestable e inadecuada, y el abuso secundario por una persona que sufre desórdenes afectivos recientes o recurrentes. Ambos tienen distinto significado y requieren ser manejados en forma diferente. El hábito de fumar y de tomar café en forma compulsiva, por otro lado, debe también ser objeto de atención en esta parte del interrogatorio. Es necesario hacer la distinción entre el uso, el abuso y la dependencia por una parte y los problemas relacionados con el uso de sustancias adictivas.

La situación actual: personal, familiar y social

Aquí es oportuno dirigir el interrogatorio hacia las circunstancias en la vida del enfermo que pudieran generar en él tensiones, conflictos o estados de frustración y desaliento. Algunas veces estas circunstancias son causa suficiente, aunque más a menudo son factores contribuyentes o desencadenantes de diversas condiciones patológicas. Una forma de encauzar el interrogatorio en esta dirección es preguntar al enfermo si recientemente ha tenido que contender con eventos desafortunados, como pérdidas, fracasos, desengaños, o si se ha encontrado en situaciones generadoras de tensión sostenida o de amenaza a su seguridad. ¿Cuál ha sido su forma de afrontarlas? ¿Se ha dado por vencido o se ha sentido inclinado a hacerlo? “Darse por vencido” es un estado psicofisiológico que influye en forma importante en la iniciación, curso y evolución de varios padecimientos. Conviene hacer notar que la forma de manejar la pérdida de la salud en el pasado es un indicador de la probable disposición del paciente ante su condición actual de enfermedad. Se puede proceder entonces a indagar si el enfermo tiene fricciones y dificultades con personas que para él son importantes: familiares, asociados, amigos, etc. ¿Se siente satisfecho de su situación en el trabajo, en su vida sentimental o social? ¿Son los problemas actuales más graves o menos graves que los confrontados en épocas pasadas?

Se investigará específicamente el medio familiar, tomando en cuenta que, como ocurre a viudos, divorciados o solteros viejos, la soledad suele ser difícil de sobrellevar. La forma de organización de la familia, la distribución en ella del poder, las pugnas internas y la cohesión o la disgregación familiar deben ser valoradas.

Las insatisfacciones en la ocupación y las relaciones con jefes, compañeros y subordinados deben ser revisadas también como fuentes posibles de frustraciones y resentimientos. Con el propósito de obtener una imagen más completa del ambiente social en el que transcurre la vida del paciente, puede inquirirse, además, acerca de aspectos recreativos, religiosos y de relación con su comunidad. Ya se ha señalado que si

el enfermo relaciona su padecimiento con eventos desafortunados, su declaración no debe ser tomada a la ligera; es posible que esté equivocado, pero aun cuando sus verbalizaciones no nos digan mucho de las causas de la enfermedad, sí nos dicen algo acerca de él como la persona que la sufre. Un hecho establecido es que ciertos padecimientos crónicos, como la úlcera péptica, la artritis reumatoide, etc., evolucionan por brotes y éstos son activados frecuentemente por estados de descompensación psicológica. El clínico experimentado siempre toma en cuenta la posibilidad de que los eventos desafortunados sean consecuencia y no causa del trastorno que ocasionó la consulta.

Antecedentes patológicos personales y familiares

En el examen médico-psicológico esta parte del interrogatorio tampoco difiere de la que se practica en el examen médico general, salvo en la amplitud que se da a la exploración en áreas de interés psicopatológico. Por ejemplo, si un paciente describe como sufrimiento actual síntomas de naturaleza afectiva, angustia o depresión, es pertinente aclarar sus características y precisar si en otras épocas de su vida ha sufrido síntomas semejantes. El objeto es establecer si estos síntomas corresponden a un desorden cíclico o recurrente.

Con alguna frecuencia sucede que episodios anteriores de depresión no fueron identificados como tales y se les explicó y trató como disfunciones de algún órgano o sistema o simplemente como “síntomas neuróticos”. Los cambios en el humor, el apetito, el peso y el sueño durante estos episodios permiten hacer inferencias acerca de cuadros depresivos en el pasado que tienen relación con el padecimiento actual, es decir, que permiten establecer si el paciente sufre un trastorno cíclico o recurrente.

Las alteraciones psicopatológicas en la *infancia* son con frecuencia transitorias y no necesariamente se relacionan con las del adolescente o las del adulto. Debe ponerse en claro si durante la gestación o durante el parto que dio vida al sujeto en estudio hubo complicaciones. Si en su infancia tuvo dificultades generales o específicas en el desarrollo y el aprendizaje, si fue hiperactivo o sufrió problemas de la atención, temores irracionales como fobias escolares, miedo a la oscuridad, o desórdenes del sueño, terrores nocturnos, problemas de la alimentación y del control de los esfínteres, convulsiones febriles, retraimiento exagerado, conducta problemática, etc. Una parte importante de los trastornos psicopatológicos de los niños puede abordarse más como variaciones defectuosas del desarrollo psicosocial normal que como entidades nosológicas. Algunos de estos trastornos quizá son precursores de psicopatología en los adultos. Puede decirse que los problemas afectivos en los niños, miedos irracionales y depresión tienen un pronóstico relativamente favorable; sin embargo, en más de una tercera parte de los casos persisten durante un mínimo de tres años. Algunos de estos niños muestran en la edad adulta afecciones neuróticas o depresivas. Algunas alteraciones de la conducta en la infancia tienden a adoptar un curso crónico y en muchos casos son consecuencia, más

tarde, de trastornos del carácter. La mayoría de los niños que presentan el *síndrome hiperquinético* deja de mostrarse abiertamente hiperactiva, pero con frecuencia persisten en ellos dificultades sociales y educativas; en la vida adulta muchos presentan patología de la personalidad.

El *autismo* en los niños se relaciona con defectos que persisten de alguna manera durante toda la vida, y el pronóstico varía según esté o no asociado con retraso mental. Los estudios de seguimiento indican que aproximadamente la mitad de los niños con este problema e inteligencia no verbal normal puede tener empleos regulares en la vida adulta. En cambio, casi todos los autistas que sufren retraso mental grave siguen siendo dependientes, necesitan una vigilancia continua y muchos de ellos necesitan asistencia hospitalaria prolongada. La mayoría de los niños con retraso específico del habla o del lenguaje alcanza la normalidad cuando llega a la etapa media o final de la infancia; sin embargo, muchos de ellos tienen dificultades para la lectura y la escritura. Aunque gran parte de los individuos con retraso mental leve tiene dificultades escolares en la niñez, puede con la supervisión adecuada desempeñar trabajos en la edad adulta y aun sostener a una familia. En cambio, los que sufren retraso grave dependerán de otras personas por el resto de su vida y muy pocos de ellos llegarán a mantenerse en un empleo normal y a tener descendencia. Varios estudios de seguimientos efectuados en niños que han sido las víctimas de lesiones no accidentales indican que su conducta subsecuente es problemática.

Ha quedado establecido que hay relación entre las experiencias de la niñez y el comportamiento de los individuos como adultos. Así, es más probable que las personas que han sido víctimas de rechazos y desavenencias paternas durante su infancia tengan problemas conyugales y tropiecen con dificultades en la educación de sus propios hijos, ya que en padres que deliberadamente causan lesiones o descuidan gravemente a sus hijos se descubren antecedentes de una infancia anormal. El riesgo de que los hijos de personas que sufren trastornos de la conducta y de la personalidad o retraso mental leve tengan trastornos análogos es mayor que el de la población general. Sin embargo, aunque estos datos proporcionan información útil, es importante señalar que la discontinuidad es más frecuente que la continuidad. Así, por ejemplo, cinco de cada seis niños criados por padres afectados de retraso mental poseen una inteligencia normal. Análogamente, la mayoría de los individuos nacidos en hogares descuidados alcanza después estabilidad en el matrimonio. Finalmente, se ha comprobado que las continuidades a través de tres generaciones son mucho menos frecuentes que a través de dos generaciones.

Conviene, por último, precisar si en la familia —padres, hijos, hermanos, abuelos, tíos y primos— ha habido personas cuya vida ha sido marcadamente irregular o cuya conducta ha sido juzgada como extraña y, más estrictamente, si hubo casos definidos o sospechosos de debilidad mental, psicosis, psicopatías, adicciones, suicidio o psiconeurosis severas. Aun cuando algunos de estos datos sean un tanto inciertos, el conjunto dará una idea de la clase de dotación genética con la que el sujeto inició su vida y de las circunstancias e influencias que la modelaron en la época del desarrollo.

Observación del paciente durante la entrevista

Una fuente importante de información acerca del estado mental del enfermo es su comportamiento durante la entrevista inicial y las subsecuentes. Mientras se interroga, es posible observar y recoger datos valiosos. La postura tensa o flexible, la inquietud, la expresión facial, la mirada, la sonrisa, el tono de la voz, la espontaneidad o artificialidad de las respuestas, el porte, el cuidado o el desaliño en el arreglo personal son datos que orientan acerca del estado afectivo, del estado de conciencia y también del carácter del enfermo: espontaneidad, formalismo, pedantería, convencionalidad, terquedad, suspicacia, etc. Es también importante la actitud hacia el examen y hacia el examinador: cooperación, confianza, resentimiento, sumisión, paciencia, pesimismo, resolución, etc. La comunicación no verbal, mediante el gesto, los ademanes y la postura, ofrece al observador sensible una información de gran relevancia acerca del estado psicológico de la persona examinada.

EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El aspecto en que el examen médico-psicológico complementa el examen convencional es el énfasis en la revisión de las funciones mentales. Sin embargo, es necesario señalar que ciertas áreas sólo deben ser estudiadas cuando hay datos que apuntan hacia un trastorno mayor: una psicosis funcional, un síndrome cerebral orgánico, etc. Las áreas que han de ser cuidadosamente exploradas son: la afectividad, la conciencia y las funciones intelectuales, la forma y contenido de los pensamientos y, por último, las sensopercepciones.

El orden en que se analizan las funciones mentales puede ajustarse flexiblemente en cada caso en particular a partir de los datos recogidos previamente. En todo caso, siempre es posible cambiar el rumbo del examen ante evidencias que surgen en el curso de la entrevista.

Afectividad

Dado que son perturbaciones del estado afectivo las que más frecuentemente se encuentran en la clínica, el examen de la esfera afectiva, por otra parte la más abordable, puede preceder ventajosamente al de otros aspectos del estado mental, salvo que haya alteraciones severas de la conciencia.

En general, cuando los estados afectivos displacenteros —abatimiento del humor, angustia, vergüenza, culpa, rencor y desesperanza— son intensos, persistentes o recurrentes, indican una alteración del equilibrio psicológico. Éstos son un factor causal o una consecuencia de diversos trastornos, e influyen desfavorablemente en la evolución de cualquier enfermedad. Preguntar a un enfermo si ha experimentado cambios recientes en su estado de ánimo, humor, energía o interés, aun cuando él mismo no haya hecho

alusión a ello, es imprescindible. ¿Ha sufrido su humor un cambio importante? ¿Se siente con el ánimo abatido, desalentado, atemorizado o, aún más, desesperado? ¿Se ha vuelto irritable, intolerante, susceptible? Si las respuestas del enfermo evidencian modificaciones, se le debe interrogar en forma más específica para establecer sus características y su intensidad. Un buen indicador es el grado en que éstas interfieren en las actividades y diversiones cotidianas del sujeto y la comparación entre su talante habitual y el actual. Es conveniente indagar si la iniciación del cambio es subsecuente a algún evento que él deplora, así como distinguir entre fluctuaciones del humor que sean de corta duración, es decir, de algunas horas o días, y estados que se mantengan por semanas o meses, indicando, en el primer caso, inestabilidad emocional y, en el segundo, un trastorno afectivo de constelación depresiva o ansiosa.

Las variaciones del humor en el curso del día son muy significativas, ya que en los estados depresivos endógenos es característico que al despertar y en las primeras horas de la mañana el enfermo experimente la agudización de la angustia, que frecuentemente se acompaña de un temor desmesurado a enfrentar las responsabilidades de la vida cotidiana, autorreproches y cavilaciones pesimistas. En algunos casos, el deseo de permanecer en cama es muy poderoso y el enfermo no tiene la energía necesaria para iniciar sus actividades del día. Es frecuente que tanto el talante como el nivel de energía de los enfermos deprimidos mejoren conforme avanza el día y que en las últimas horas de la tarde experimenten un alivio considerable. La mayoría de las personas reconoce el humor y vitalidad que normalmente han mantenido durante gran parte de su vida; es en relación con este nivel que deben ser aquilatados los cambios. Puede ocurrir que los momentos de mayor sufrimiento ocurran al atardecer o a otra hora del día, pero esto es menos frecuente.

La *depresión* es un estado psicossomático que se produce espontáneamente o como reacción a circunstancias adversas de la vida, especialmente a la pérdida de “objetos psicológicos” —personas, situaciones, metas, aspiraciones y valores— necesarios para mantener la estimación por uno mismo. Desafortunadamente es frecuente que o no se identifique o que sea tratada en forma inadecuada. Es importante investigar si el enfermo ha sufrido en épocas anteriores estados semejantes al actual y si éstos han alternado o no con episodios de actividad excesiva, energía desmesurada y deseo de emprender demasiadas tareas o de hacer cambios radicales en su vida, todo lo cual indicaría que el trastorno es de carácter cíclico o recurrente.

La identificación del humor depresivo no es siempre fácil porque algunos enfermos lo enmascaran o lo ocultan. Puede ser que dominen el cuadro la ansiedad y la irritabilidad exageradas o algún otro síntoma acompañante de la depresión o indicador de otro padecimiento que coincide con ella. La gama de posibles síntomas “equivalentes” de los estados depresivos es muy extensa e incluye dolores, disfunciones viscerales, fobias, obsesiones, cambios importantes en la conducta, agudización de conflictos interpersonales y abuso del alcohol o de otras drogas estimulantes o sedantes.

Otro desorden afectivo que debe ser investigado siempre es la *angustia*. La angustia es un estado de aprensión o miedo indefinido que se experimenta en ausencia de

estímulos externos realmente peligrosos o amenazantes. En las crisis agudas o ataques de pánico, los enfermos se encuentran aterrorizados y se sienten indefensos: temen morir, perder la razón o sufrir algún daño irremediable. Los signos y los síntomas viscerales y somáticos que acompañan al estado subjetivo pueden referirse a cualquier órgano o sistema, pero predominan el terror y los síntomas cardiorrespiratorios. En las formas subagudas y crónicas, el enfermo vive en continua aprensión sujeta a agudizaciones y es frecuente que fije su atención en alguna de las manifestaciones vegetativas. También puede experimentar una preocupación mórbida por el funcionamiento corporal o una notable fatiga mental o física, sentimientos de irrealidad, inestabilidad o desequilibrio. Es frecuente que depresión y angustia se presenten juntas y que la angustia sea sólo un componente de la depresión. En estos casos, esta última debe ser vista como el problema primario a tratar. Es necesario distinguir entre la angustia normal, inherente a las circunstancias de la vida, la angustiabilidad como un rasgo del carácter y la angustia generalizada episódica que constituye un estado patológico. También se deben diferenciar la angustia con manifestaciones somáticas y la que se acompaña de fobias y obsesiones.

Otro síntoma, la *apatía*, es central en un buen número de enfermos que sufren psicosis funcionales. El término *afecto aplanado* se refiere a la pérdida de la capacidad de reaccionar ante situaciones y estímulos ordinarios y aun extraordinarios. Si un adolescente o un joven cambia su carácter en la dirección de tornarse retraído, indiferente y suspicaz, el significado de este cambio puede ser realmente grave, máxime si hay también extravagancia y conducta inapropiada. El aplanamiento no debe confundirse con el retardo asociativo y la incapacidad de experimentar placer que sufren los enfermos deprimidos. Por otro lado, la disociación de los contenidos del pensamiento y la emoción, que se designa *disociación ideo-afectiva*, es también indicadora de una psicosis funcional.

Un trastorno más acerca del cual se debe interrogar a los enfermos es el estado de excitación y tensión aprensiva que se manifiesta por *irritabilidad* y por la tendencia a reaccionar en forma violenta ante provocaciones pequeñas. Esta tensión colérica, cuando no es un aspecto del carácter, puede ocultar depresión, angustia u otros trastornos afectivos. La violencia explosiva inmotivada o desencadenada por la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol es generalmente indicadora de una alteración cerebral que puede tener un carácter paroxístico, situación que es frecuente en la “embriaguez patológica”.

En algunos pacientes con padecimientos neurológicos, como la epilepsia o la arteriosclerosis cerebral, se observa incontinencia afectiva, es decir, falta de control en la exteriorización de las emociones, y labilidad, o sea, una gran variabilidad en el estado emocional. Cuando estas alteraciones se presentan en personas previamente estables sugieren la iniciación de un trastorno orgánico cerebral.

La conciencia y las funciones intelectuales

Conciencia es tener conocimiento de uno mismo y del entorno. La conciencia se manifiesta en varios grados o niveles y su estado establece los límites y las posibilidades del examen mental. Por ejemplo, un enfermo estuporoso difícilmente puede ser explorado en sus funciones intelectuales, transitoriamente inoperantes, como también ocurre en la confusión mental.

Cuando se habla de funciones intelectuales se hace referencia a la habilidad de prestar atención, orientarse, memorizar, aprender y hacer juicios. La habilidad para concentrar la atención está estrechamente relacionada con el estado de la conciencia: puede estar reducida o fija en un tema objeto o, por el contrario, dispersa. La *capacidad de orientarse* en el tiempo, el lugar y el ambiente psicológico, también estrechamente relacionada con el estado de la conciencia, puede estar global o parcialmente disminuida. La *memoria* puede fallar en la capacidad de retener o en la de evocar imágenes recientes o remotas. En cuanto a la *habilidad de aprender*, ésta se manifiesta en la información y los conocimientos generales. Si una persona sufre deficiencias severas en el juicio, éstas se expresan en su incomprensión de situaciones comunes.

Las *alteraciones de la conciencia y de las funciones intelectuales* generalmente expresan trastorno o enfermedad cerebral. Cuando se sospecha que una persona sufre un trastorno tóxico infeccioso, traumático, tumoral o degenerativo del cerebro, el examen se enfoca al estudio de las funciones intelectuales. Las alteraciones severas de estas funciones son fácilmente identificadas, pero cuando se trata de trastornos incipientes de la memoria y del juicio en sujetos ancianos y arterioscleróticos que se conservan activos se requiere un examen más fino mediante pruebas psicológicas especiales.

La exploración de las funciones intelectuales comprende el estudio de *la orientación, la memoria y el juicio*. Si al principio se le pregunta a una persona sobre dificultades para concentrarse en su trabajo, es improbable que se sienta ofendida, dado que cualquiera ha tenido problemas de esta clase y, por el contrario, si tiene fallas en sus funciones intelectuales, esta pregunta le invita a revelarlas. En el caso de que admita algunas fallas que no son triviales, se puede ir más adelante y preguntarle si también tiene dificultad para concentrarse en asuntos prácticos, y a continuación puede explorarse su información sobre acontecimientos recientes, si retiene los nombres de las personas, etc. Cuando los datos obtenidos hasta este momento lo justifican, las preguntas pueden ser más francas e interrogar directamente al enfermo si no confunde a sus familiares y a otras personas estrechamente relacionadas con él, o pedirle que nombre algunos objetos de uso común. La orientación se explora preguntando al enfermo acerca de la fecha, el lugar y el ambiente donde se encuentra. Planteándole pequeños problemas que requieren la puesta en juego de su discernimiento, puede el médico informarse de la capacidad del sujeto para establecer juicios. La desorientación total o parcial y los defectos en la memoria y el juicio pueden en esta forma ser identificados. En la histeria disociativa suele presentarse pérdida de la memoria que se circunscribe a ciertos eventos o constelaciones de datos, como la propia identidad, un evento doloroso o traumático del que se ha sido protagonista o testigo, etcétera.

La forma de iniciación y el curso de los síntomas ayudan a diferenciar defectos de las

funciones intelectuales de carácter pasajero (delirios tóxicos, infecciosos, metabólicos, etc.) de otros en los cuales el deterioro de estas funciones es crónico y usualmente progresivo, como en las demencias. La *demencia senil* debe ser diferenciada de las alteraciones cognitivas menos homogéneas, episódicas y acompañadas de signos neurológicos que son típicos de los pequeños infartos cerebrales de la arteriosclerosis cerebral. Tan importante es no confundir entre síndromes cerebrales crónicos y agudos como tomar en cuenta que la depresión frecuente en los ancianos exagera notablemente sus deficiencias cognitivas, como sucede en la *seudodemencia depresiva*.⁴ No es necesario conceder mucha importancia, en ausencia de otras deficiencias de las funciones mentales, a los olvidos de nombres propios y distracciones que frecuentemente tienen personas adultas o ancianas; tampoco hay que perder de vista que los ancianos que son sanos y no sufren enfermedades cerebrales conservan notablemente su inteligencia y su capacidad intelectual deductiva hasta edades avanzadas. El examen de la conciencia y de las funciones intelectuales permite distinguir entre un síndrome cerebral agudo y un síndrome cerebral crónico. Las alteraciones episódicas de la conciencia, particularmente en la forma de “ausencias” o estados de conducta automática, son expresión de disritmias cerebrales.

Los *sentimientos de irrealidad* y la *despersonalización* son alteraciones en la percepción del propio Yo: se incluyen aquí sentimientos de extrañeza y distorsiones de la imagen corporal, ya sea de todo el cuerpo o de sus partes, y cambios en el sentimiento de identidad. El sentimiento de irrealidad consiste en la percepción alterada del ambiente y de las relaciones espaciales y temporales. Los lugares y las personas parecen extraños (fenómeno de lo “nunca visto”), o bien, sin serlo, parecen familiares (fenómeno de lo “ya visto”). Como experiencias aisladas y momentáneas estos fenómenos pueden presentarse en personas normales, pero como un estado persistente son un síntoma indicador de psicosis funcional, y en episodios recurrentes de breve duración se presentan en la epilepsia del lóbulo temporal.

No hemos hecho aún alusión al *retardo mental* que se inicia desde el nacimiento y puede presentarse acompañado o no de alteraciones neurológicas. La historia del desarrollo y la historia escolar y ocupacional del sujeto son los indicadores más importantes. La inteligencia se valora directamente tomando en cuenta el léxico que utiliza el enfermo, sus conocimientos generales y su respuesta a algunos problemas u operaciones aritméticas sencillas que requieren cierta capacidad de abstracción. Si se desea valorar en forma más precisa la inteligencia del sujeto es necesario utilizar pruebas especiales. Personas con retardo mental ligero pueden desenvolverse en ocupaciones productivas modestas, pero abandonadas a su suerte son socialmente incompetentes, de ahí que sea necesario establecer oportunamente el diagnóstico.

Forma y contenido de los pensamientos

A la persona que sufre un desorden psicopatológico severo puede serle difícil o imposible

controlar sus pensamientos, usarlos en forma realista y adaptarlos a las circunstancias. No puede evitar, por ejemplo, que en su conciencia irrumpen ideas ilógicas absurdas que reconoce o no como tales, y puede tener dificultad para interpretar correctamente los datos sensoriales y establecer conexiones lógicas, así como para diferenciar entre lo que es real y concreto y lo que es producto de su fantasía. La información que parientes y allegados pueden proporcionar al médico acerca de la conducta de un paciente tiene gran valor y puede ser indispensable para establecer firmemente el diagnóstico.

Inquirir a una persona acerca de contenidos anormales del pensamiento requiere tacto, pero puede preguntársele si es afectado por pensamientos o impulsos inoportunos, si su atención tiende a fijarse en forma exagerada en alguna idea o problema o si hay algunas situaciones u objetos cuya presencia le suscita miedo desproporcionado. Estas preguntas y otras semejantes están dirigidas a elucidar la presencia de los síntomas neuróticos más comunes: las obsesiones, las compulsiones y las fobias.

Las *obsesiones* son pensamientos o fantasías a menudo de contenido sexual, sádico o blasfemo que en forma reiterada tienden a ingresar en la conciencia contra la propia voluntad; aunque se experimentan como ajenas o absurdas no pueden ser evitadas y por ello es frecuente que la persona que las sufre se sienta avergonzada o culpable. Las obsesiones pueden ser ideas simples o bien temas abstractos o complejos que son motivo de preocupación. En ocasiones los enfermos no pueden dejar de pensar en alguna experiencia dolorosa, desagradable o aterrizante. Las preocupaciones obsesivas pueden ser triviales, por ejemplo, dudas e indecisiones acerca de asuntos menores, como ¿qué prenda usar?, ¿qué comer?, ¿a dónde ir? A veces se trata de planteamientos insolubles de problemas filosóficos. Las obsesiones pueden absorber la atención de los enfermos hasta el punto de impedirles otras actividades. Las fantasías obsesivas pueden también ser simples, pero improcedentes e irracionales.

Las *compulsiones* son actos motores o rituales en respuesta a pensamientos obsesivos (lavarse las manos, contar, tocar, etc.) y que usualmente están asociados con el sentimiento de que, si no se ejecutan, algo malo habrá de ocurrirle a uno o a otras personas con quienes se está ligado afectivamente. Si el enfermo no lleva a cabo el acto compulsivo se siente mal; si lo hace se siente bien, pero aun así su alivio es de corta duración y la necesidad de repetirlo reaparece una y otra vez.

Las *fobias* son temores que sin tener base en la realidad se presentan ante situaciones u objetos específicos: miedo absurdo a las multitudes, a la oscuridad, a la altura, a las bacterias, a los insectos, a las enfermedades, a la suciedad, etc. Un tipo frecuente de fobias se refiere a situaciones sociales: hacer ciertos actos ante otras personas como comer, hablar en público, etc. La persona reconoce el carácter irracional de su miedo, pero no puede evitar sentirlo ante lo que es objeto de su fobia.

Las tres entidades anteriores son de ocurrencia relativamente frecuente y su importancia es variable. Interrogar a una persona acerca de estos síntomas, si se hace con tacto, no le resulta ofensivo ni alarmante.

Por otro lado, cuando se sospecha que el enfermo pudiera estar sufriendo un trastorno severo, por ejemplo una psicosis, se hace indispensable aclarar si sus pensamientos

contienen ideas de carácter delirante, mismas que se acompañan con frecuencia, pero no necesariamente, de alucinaciones. Las *ideas delirantes* son ideas falsas, mantenidas individualmente e inaccesibles a la razón; las más frecuentes son las de persecución, influencia, referencia, grandeza, culpa y miseria. El delirio de influencia, de ocurrencia muy frecuente en la esquizofrenia, consiste en creer falsamente que la mente está sujeta a la acción de fuerzas o agentes exteriores. Su contrapartida es la experiencia de que los propios pensamientos se difunden o que por medio de ellos se influye en otras personas. Las ideas delirantes de referencia consisten en pensar que ciertos eventos, como los programas de radio o televisión o los anuncios luminosos de las calles, etc., tienen un sentido personal oculto o contienen mensajes especiales. Los contenidos de los delirios de enfermos melancólicos van de acuerdo con la perspectiva profundamente pesimista que orienta toda su vida mental. Una forma adecuada de abordar el tema es preguntar al paciente si tiene algún pensamiento que le hace sufrir o le impide concentrarse en su trabajo; una respuesta afirmativa justifica que se le pregunte si ha tenido algunas experiencias consideradas poco usuales, como recibir mensajes en la forma de señales y significados que sólo él percibe, comunicaciones extrasensoriales, ser el objeto de influencias extrañas, poder ejercer en otros tales influencias, tener la convicción de que algunas personas se confabulan para causarle daño, etcétera.

Un síntoma que presentan algunos enfermos que sufren depresión endógena severa es la inhibición del curso del pensamiento y de la acción: tienen dificultad para iniciar acciones y para pensar; los pensamientos ocurren lentamente y hay dificultad para concentrarse. En los estados de exaltación eufórica maniaca ocurre lo contrario, es decir, la aceleración del pensamiento puede llegar a la “fuga de ideas”; el enfermo salta de un tema a otro y la conexión entre unas ideas y otras está alterada.

Los esquizofrénicos presentan alteraciones severas del pensamiento: cambian el sentido de las palabras, sus respuestas se detienen al margen de las preguntas, dan a las palabras un sentido concreto y literal, introducen neologismos en su discurso, confunden los significados. En casos avanzados de trastornos mentales de este grupo, el discurso puede estar tan desorganizado que resulta incoherente.

Las preguntas cuyo objetivo es elucidar o descartar *trastornos de las sensopercepciones*: auditivas, visuales, táctiles, etc., y la presencia de *delirios* representan el escrutinio mínimo de los síntomas psicóticos “funcionales”. Puede ocurrir que el enfermo con síntomas los revele ingenuamente o bien que los oculte y su presencia se infiera por las peculiaridades de la conducta que suscitan, conducta que puede ser directamente observada por el examinador o relatada y confirmada por personas que conviven con el enfermo. El contexto cultural en que se desenvuelve la vida del paciente debe siempre ser tomado en cuenta para no caer en burdas equivocaciones, como sería confundir experiencias psicóticas con otras que, aunque mágicas, ocurren normalmente en ciertos niveles culturales. Lo que es significativo es el grado en que el paciente se aparta de la realidad como un asunto personal. Las *ilusiones* y *alucinaciones* son trastornos de la función perceptiva. Las primeras son percepciones distorsionadas de datos sensoriales (por ejemplo, un sonido distante es escuchado como

voz humana), mientras las segundas ocurren en ausencia de los estímulos exteriores correspondientes (“percepciones sin objeto”), y son la proyección al exterior de imágenes mentales (sonidos, voces que hablan de uno, imágenes, olores, sabores, sensaciones táctiles, etc.). Las alucinaciones visuales son más frecuentes en las psicosis orgánicas, y las auditivas, en las psicosis esquizofrénicas. Este dato tiene importancia en el diagnóstico diferencial de unas y otras.

Hemos descrito la exploración del estado mental, reduciéndolo a sus elementos más importantes y siguiendo una secuencia que se adapta a las necesidades de un examen clínico general. Poner este examen en práctica permitirá al médico identificar las alteraciones mentales más frecuentes.

Reacciones del enfermo hacia su enfermedad

Un capítulo del examen médico-psicológico importante en diversas condiciones patológicas, con o sin síntomas mentales, es la exploración de las actitudes que el enfermo tiene hacia su enfermedad. El médico necesita formarse un juicio acerca de la perspectiva desde la que el enfermo ve su condición patológica. ¿Cuál es su reacción ante la situación de estar enfermo? Cuando una persona sufre o imagina sufrir un padecimiento que identifica como una amenaza para su vida o que implica riesgo de invalidez y prevé las consecuencias económicas, familiares, sociales, etc., es común que experimente angustia más o menos severa. Cualquier enfermedad grave que conlleve el peligro de muerte próxima o de invalidez y que no afecte severamente la conciencia se experimenta simultáneamente como una injuria somática y psicológica. Del mismo modo que se ponen en juego procesos reparativos orgánicos también se ponen en juego procesos psíquicos tendientes a la reparación.

Es necesario distinguir entre los síntomas mentales que expresan una condición patológica y la experiencia de estar enfermo, que incluye además el concepto que tiene el paciente de la enfermedad y su reacción a ella. Con frecuencia los enfermos no tienen un concepto realista de su situación porque carecen de información o de capacidad para asimilar bien la que el médico les proporciona. Además, los órganos tienen significados simbólicos, en cierto grado personales, que influyen en la imagen que el enfermo se forma de su condición patológica. Para muchas personas, la causa más importante de angustia ante la enfermedad no es el peligro de morir, sino el de convertirse en un ser dependiente e inútil. Esto no sorprende si se toma en cuenta que mantener una imagen digna, ante uno mismo y ante los demás, es una necesidad imperiosa de los seres humanos. La reacción individual ante la enfermedad es en parte función del carácter de la persona que la sufre, la cual determina tanto la capacidad de tolerar frustraciones y adversidades como las formas específicas de contender con ellas.

Se puede decir que una reacción normal o, más bien, saludable ante la enfermedad es aceptar las limitaciones que impone el sufrimiento inevitable y sus consecuencias, manteniendo activamente una aspiración a recuperar la salud lo antes posible y la

disposición a usar los medios que están al alcance para lograrlo. Sin embargo, muchas personas cuando enferman se apartan considerablemente de este patrón saludable. Algunas actúan como si en realidad no estuvieran enfermas. Sienten que las restricciones que el médico propone no están justificadas o que el tratamiento es innecesario, y puede decirse que la defensa psicológica que estas personas ponen en juego ante su enfermedad es la *negación*. Esta “inadvertencia de enfermedad” y de sus consecuencias es en algunas personas realmente notable. Otras personas, en forma también característica, hacen demandas excesivas y se encolerizan con el médico, la enfermera o los familiares, y se les oponen, no obstante que los necesitan; su principal defensa psicológica es la *hostilidad*. Unos más son *pasivos*, sometiéndose ciegamente a las órdenes del médico como lo hacían cuando niños a sus padres y esperan obtener su curación como “un premio a su buen comportamiento”. Estos tres tipos no saludables de reacción a la enfermedad se dan en la clínica, ya sea en forma pura, combinados entre sí o con otros de diferente tipo.

Estar enfermo puede tener algunas ventajas, por ejemplo, suscitar en los familiares y allegados demostraciones de interés y de amor o, por lo menos, de compasión, sustituto del amor con el cual se conforman quienes piensan que no podrán obtener nada mejor. Por otra parte, no se debe perder de vista que la reacción del enfermo ante su enfermedad puede estar teñida por el hecho de que estar enfermo le justifica su retirada de la lucha diaria y elimina su necesidad de participar y de competir, lo cual puede ser visto por él como ventajoso.

El examinador debe plantearse a sí mismo: ¿cómo enfrenta esta persona su enfermedad? ¿Qué ventajas obtendría si continuase enfermo? ¿Acepta su incapacidad transitoria? ¿Usa su padecimiento en forma deliberada o sin percatarse de ello, como justificación para no cumplir con sus obligaciones? Las respuestas a las preguntas anteriores son inferidas tanto de la observación conductual explícita, como de las comunicaciones del enfermo. La apreciación de estas reacciones por parte del médico facilita el manejo de los pacientes.

Identificación de rasgos de personalidad y conflictos básicos

Si se pretende ahondar en el conocimiento del enfermo como persona por medio del examen médico-psicológico el siguiente paso es formarse un concepto de las fuerzas que lo motivan, las metas que persigue, los sentimientos y actitudes acerca de sí mismo y sus relaciones con los demás, es decir, de su personalidad.

Una información útil, si bien debe tomarse con reservas, se obtiene pidiendo al enfermo que nos describa lo que son, en su opinión, los rasgos más acusados de su personalidad: ¿es sociable, alegre, tímido? ¿Cuáles son sus cualidades y sus defectos más notables y cuáles sus principales intereses y diversiones? ¿Se ve frecuentemente asaltado por sentimientos de devaluación o de exaltación propia? ¿Se critica mucho a sí mismo y tiende a culparse? La imagen consciente que de sí misma tiene una persona puede no

corresponder a la realidad, como sucede en el enfermo neurótico cuya autoimagen difiere mucho de la que otros tienen de él.

Otra fuente importante de información acerca de la personalidad de un paciente es preguntarle por sus actitudes y sus opiniones sobre las personas y situaciones que le conciernen. Cuando alguien describe sus intereses, metas, sentimientos y opiniones, no puede dejar de reflejar su forma habitual de relacionarse con los demás y de confrontar los obstáculos que encuentra en su camino. ¿Son sus relaciones con los demás armónicas o conflictivas? ¿Cuáles son sus dificultades específicas para relacionarse con la gente? ¿Se siente con frecuencia excluido, humillado, incomprendido? ¿Se limitan sus dificultades al trato con ciertas personas: varones o mujeres, jefes y autoridades, compañeros, subalternos, personas extrañas, etc.? Los rasgos dominantes de su personalidad: sumisión, pasividad, receptividad, anhelo de poder, envidia, celos, etc., tienden a expresarse en forma recurrente y resaltan en situaciones que son típicas para cada persona. Aun sin pretender adentrarse en los aspectos más sutiles de la personalidad, un buen observador puede identificar algunos rasgos frecuentes; por ejemplo, el sujeto en quien predomina la minuciosidad, el apego al orden y a la rutina, el perfeccionismo y la crítica, y que vive preocupado exageradamente con el cumplimiento de su deber; el que es pasivo, dependiente y veladamente explotador, siempre dispuesto a recibir, e incapaz de dar algo a cambio; el que es pasivo y simultáneamente agresivo, aparentemente sumiso y hasta servil, pero intrigante y distorsionador sutil de los hechos para inventar situaciones y dañar a las personas a las que no se atreve a contrariar abiertamente; aquel cuya personalidad se orienta en la dirección paranoide: suspicaz, desconfiado, hostil, siempre inclinado a atribuir culpa a otros y a adivinar en ellos malévolas intenciones; el individuo con tendencias histéricas: teatral, vanidoso, con necesidad excesiva de monopolizar la atención y siempre inclinado a dramatizar sus sufrimientos; el crónicamente ansioso: aprensivo, “adicto” al duelo y al fracaso, siempre dispuesto a prever lo peor e incapaz de ver el lado positivo de la vida; el psicópata: irresponsable e incorregible, para quien las demás personas son objetos para ser explotados, manipulador hábil que nunca cumple sus promesas; el destructivo: malévol, cuyo odio es perceptible en sus palabras y en sus actos, siempre dispuesto a causar aflicción a otros sin razón ni necesidad.

El examinador con cierta experiencia puede identificar en sus enfermos algunos conflictos y contradicciones: entre la necesidad de ser cuidado y protegido y la de ser independiente y autónomo; entre la necesidad desmesurada de ser aceptado y el temor de ser abandonado o rechazado. También es posible reconocer algunas tendencias que irremediabilmente dañan la relación con los demás: la envidia que corroe, la hostilidad irracional, la ambición desmedida, etc. Rastrear en el pasado los orígenes de estas actitudes del enfermo hacia sí mismo y hacia los demás, las fuerzas que lo impulsan a las metas que persigue, está más allá de los alcances de un examen médico-psicológico general. Sin embargo, un médico que sabe escuchar, observar e interrogar puede visualizar a sus enfermos como personas y tener de ellos una imagen real, útil para los fines de la clínica. El valor de este conocimiento se aprecia aún más en relación con

pacientes cuyo padecimiento requiere un manejo prolongado.

LA AMPLIACIÓN DEL ESTUDIO BIOGRÁFICO

En algunos casos será pertinente y posible ahondar en los eventos y experiencias que han tenido mayor significación en la vida de un enfermo. A continuación se describe una guía que el médico puede seguir con el fin de obtener esta información.

Infancia y características del núcleo familiar

Con el objeto de obtener datos acerca de la situación que rodeó al sujeto en estudio durante sus años formativos, es necesario tener una imagen de quiénes fueron sus padres, el nivel cultural y los rasgos de personalidad dominantes tanto del padre como de la madre, solicitando al paciente ejemplos de su modo de actuar en situaciones típicas. ¿Considera haber recibido de ellos afecto y protección? ¿Cree que esta última sobrepasó sus necesidades reales? La persistencia de una liga demasiado estrecha y prolongada con alguno de los progenitores puede interferir en el desarrollo de la individualidad y en la capacidad de relación con otras personas. Los rasgos y actitudes de una madre fría, frustrante y punitiva y de un padre muy débil o ausente o, por el contrario, hiperactivo y despótico, sugieren al examinador situaciones concretas que reflejan el cuidado, el interés, el conocimiento y el respeto a la individualidad del niño o, en contraste, su abandono, humillación y rechazo, o bien la indulgencia o el dominio excesivo. Actitudes adversas a las necesidades del niño obstaculizan su desarrollo, dejan huella en la organización de su carácter y con frecuencia son el antecedente de actitudes, conflictos y frustraciones en épocas posteriores de la vida.

De particular interés es establecer la clase de autoridad ejercida sobre el niño por sus progenitores, con el propósito de distinguir, en la medida en que esto es posible, entre el autoritarismo y la arbitrariedad irracional y una autoridad sana, respetuosa de la individualidad y promotora de la autonomía. Un indicador es el tipo de sanciones y otros medios de control de la conducta que fueron usados por ellos: ridículo, humillación, amenazas de abandono, castigos corporales, etc. No debe olvidarse que no es excepcional que algunos niños sufran abusos físicos brutales en manos de sus padres.

La familia es un sistema que resulta de las interacciones de sus integrantes entre sí y con la sociedad. La relación entre los padres y de éstos con los hijos, así como la de los hermanos entre sí y con los padres, determina el clima emocional del hogar, de ahí que deban ser investigados los antagonismos abiertos o encubiertos entre la pareja, los disgustos, las amenazas, las escenas violentas en presencia de los hijos y la utilización del niño por uno de los progenitores como instrumento de agresión contra el otro. El poder excesivo de uno de los padres sobre el otro y sobre los demás miembros de la familia tiene interés, como también la ausencia total o parcial de uno de ellos o su devaluación psicológica. Debe aclararse también la relación del sujeto con sus hermanos y con gente

que haya desempeñado un papel importante en su vida familiar. Por lo que respecta a los primeros, es importante precisar si la persona experimentó en forma excesiva rivalidad, celos, envidias y las circunstancias en que esto se puso de manifiesto. Las condiciones especiales del hijo único deben ser tomadas en cuenta. ¿Recuerda el sujeto haber tenido en su infancia algunas experiencias o situaciones particularmente dolorosas y amenazantes para él? ¿Piensa que algunas circunstancias de su niñez han tenido consecuencias importantes en su vida posterior?

El esclarecimiento de la vida familiar debe continuarse con el de la vida escolar, ya que las experiencias en la escuela con maestros y compañeros puede compensar situaciones defectuosas o adversas en la vida familiar o crear nuevos problemas. ¿Qué recuerda el sujeto de la iniciación de su vida escolar? ¿Asistió a la escuela con gran temor? ¿Se adaptó pronto al ambiente escolar? ¿Tuvo problemas con los maestros debido a su conducta o a su torpeza para aprender? ¿Fue un niño aislado o gregario, popular o impopular? ¿Estableció ligas duraderas y estrechas con otros niños? ¿Sufrió en la escuela experiencias especialmente humillantes? ¿Se interesaron sus padres en sus logros y problemas escolares? ¿Recibió apoyo y ayuda en situaciones en las cuales él consideró necesitarlas?

Pubertad y adolescencia

La época de la vida comprendida entre los 12 y los 18 años se caracteriza por el crecimiento acelerado y la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos. Entonces los conflictos con los padres y otras personas que presentan autoridad son en cierto grado inevitables. Puesto que los asuntos en relación con la sexualidad desempeñan un papel particularmente importante en esta época de la vida es oportuno, si no se ha hecho con anterioridad, interrogar al enfermo acerca de la iniciación y desenvolvimiento de su vida sexual, preguntándole, en principio, si actualmente la sexualidad le causa problemas. Una vez aclarado este punto, puede procederse a trabajar su historia sexual a partir de sus primeras indagaciones y experiencias: ¿sufrió algún intento de seducción por parte de compañeros o personas mayores? Conviene precisar su actitud en relación con la masturbación y los temores y sentimientos asociados con ella, interrogándolo, además, acerca del carácter de sus fantasías y experiencias eróticas con personas de uno y otro sexo, sus inhibiciones e inseguridades, así como la presencia de inclinaciones homosexuales o bisexuales, ya sean transitorias o persistentes, y de experiencias sexuales desviadas. Se debe recordar que los adolescentes de ambos sexos tienen dudas acerca de su masculinidad o su feminidad, o temen no ser atractivos.

Otra área importante del interrogatorio en el área de la adolescencia es el cambio en las relaciones con los padres, basadas hasta entonces en la dependencia. ¿Tuvo el sujeto dificultades serias con la familia o con la sociedad durante su adolescencia? ¿Fue rebelde o, por el contrario, sumiso o temeroso? ¿Aceptaron sus padres sus demandas crecientes de autonomía o actuaron en forma de prolongar su dependencia infantil? ¿Cómo

reaccionó a las prohibiciones, órdenes y medidas disciplinarias usadas por sus padres?

Una fuente más de conflictos en la adolescencia es la orientación vocacional. ¿Tuvo el individuo grandes indecisiones para orientarse hacia una ocupación? ¿Qué modelos o circunstancias influyeron en su elección? ¿Hubo presiones por parte de sus padres o escogió libremente su camino según sus intereses y deseos? Los logros, los fracasos escolares y las ligas con maestros y compañeros en esta época de la vida deben ser investigados. La adolescencia es una época en la que frecuentemente se toma una actitud crítica ante los valores éticos y religiosos, de ahí que este aspecto deba también investigarse. ¿Conservó las normas y preceptos morales que aprendió en la infancia o éstos sufrieron mutaciones importantes? ¿Tuvo conflictos éticos o religiosos de carácter grave? En general, la pugna del adolescente con sus padres se hace extensiva a todo lo que representa autoridad, es decir, a los maestros, al Estado, a la Iglesia, a las instituciones y a los convencionalismos sociales. No hay que perder de vista que la duplicidad y la incongruencia de las personas mayores estimulan en los jóvenes el deseo de ser auténticos.

Por último, hay que conocer cuáles fueron los ideales e intereses del paciente: sus lecturas, ídolos, modelos, actividades recreativas, etc., así como si tuvo participación en actividades sociales y deportivas con los de su grupo de edad o bien en actos antisociales (robos, riñas, delitos sexuales, uso de tóxicos, abuso del alcohol, etcétera).

Juventud y edad adulta

Los problemas de esta época de la vida se agrupan en torno de la formación de una nueva unidad familiar y del logro de una situación estable en el trabajo o en el estudio a nivel superior.

Las ocupaciones que el enfermo ha desempeñado deben ser revisadas, indagando las razones por las cuales ha cambiado o no de una a otra y los éxitos y fracasos que ha tenido en ellas. ¿Cuál ha sido su reacción ante el incremento de la responsabilidad, ante el éxito y ante el fracaso? También debe interrogarse, si no se ha hecho antes, acerca de las formas de expresión y satisfacción sexual. Las relaciones conyugales se estudiarán precisando las modalidades del ajuste caracterológico, cultural y sexual establecido con la pareja, las áreas de fricción, las incompatibilidades y rivalidades. Las relaciones con los hijos y otros miembros de la familia tienen interés, como también lo tienen las relaciones con la familia política, pues con ella suelen plantearse problemas importantes de ajuste y tolerancia. El mantenimiento de ligas estrictas y poderosas con alguno de los padres es una de las causas más frecuentes de conflictos conyugales. El logro de una nueva identidad de pareja, a la que se ha de supeditar la vieja identidad familiar, es un paso difícil para personas que han permanecido muy dependientes de sus padres.

Climaterio y senectud

El climaterio crea para el individuo la necesidad de reestructurar sus metas e intereses. En esta “edad crítica” son muy frecuentes los sentimientos de futilidad y desengaño, la depresión y la exacerbación de tendencias agresivas y celosas. Algunas mujeres tienen dificultades para aceptar la pérdida de sus atractivos y de su capacidad reproductora, mientras que al varón le preocupa la disminución de su potencia sexual y de su capacidad para el trabajo. Ambos resienten la separación de los hijos, están propensos a sentir amenazada su seguridad y su prestigio y miran el futuro con aprensión y recelo. Es necesario inquirir acerca de conflictos con competidores jóvenes o de otro tipo, relacionados con el estancamiento en el desarrollo laboral o profesional. Debe también investigarse la capacidad del sujeto para desarrollar nuevos intereses susceptibles de proporcionarle gratificaciones. Cuando se trate de ancianos es imprescindible precisar si han experimentado cambios en el carácter como incremento de la rigidez, egoísmo, suspicacia, avaricia, intolerancia, demandas exageradas de atención y reconocimiento, que son frecuentes a esta edad. Por último, es conveniente esclarecer si la persona sufre una declinación de la memoria, de la capacidad de aprender y de otras capacidades mentales, y si tiene advertencia de esta declinación. La depresión es muy frecuente en los viejos y suele pasar inadvertida.

Es claro que el estudio biográfico, cuya pertinencia y amplitud deben ser decididas por el examinador, además de proporcionar datos sobre la historia y las circunstancias del desarrollo individual, redondea la imagen de la personalidad del sujeto y de su relación con el mundo.

En resumen, los datos acerca del estado mental del paciente, su conducta explícita, las circunstancias de su vida y sus actitudes hacia la enfermedad, obtenidos por la observación y el interrogatorio ampliado en las direcciones descritas, deben dar una imagen comprensiva del enfermo como persona y de la participación de factores psicológicos y sociales en su enfermedad. La relevancia de esta información debe juzgarse en relación con el cuadro total. En todo caso el examen médico-psicológico proporciona al médico una dimensión de profundidad que se traducirá en un manejo clínico más integral y por lo tanto más efectivo.

EL DIAGNÓSTICO

Se habla de diagnóstico para referirse tanto al proceso de indagación que hace el médico como al resultado del mismo. Hacer el diagnóstico no es simplemente clasificar al paciente en una categoría nosológica establecida, sino, más que eso, formular en forma escueta y ordenada lo relevante que se haya encontrado acerca del trastorno, enfermedad o desviación y de quien lo sufre. Por lo tanto, es un paso necesario antes de iniciar el tratamiento.

Un diagnóstico descriptivo en el nivel médico-psicológico debe expresar en forma resumida los síntomas y otras manifestaciones psicopatológicas: la evolución, la intensidad, el terreno en que evolucionan, las circunstancias actuales relacionadas y los

conflictos y rasgos dominantes de la personalidad del sujeto, así como sus recursos psicológicos para enfrentar su desorden o su padecimiento. Recientemente se ha propuesto organizar diagnósticos a lo largo de varios ejes.⁵ Así, en este tipo multiaxial se incluyen los síndromes, los trastornos del desarrollo y de la personalidad, la presencia de alteraciones físicas de importancia etiológica o contribuyente, los factores psicosociales relacionados con problemas causantes de tensión y la capacidad de adaptación social, profesional y recreativa del paciente. Puede reservarse un eje adicional para los aspectos psicodinámicos. La psicodinámica no es una explicación etiológica del padecimiento sino una imagen de los eventos y condiciones internas que concurren en la reacción individual y del papel que desempeñan los factores biológicos, familiares y sociales concebidos en términos de fuerzas. Una formulación psicodinámica intenta penetrar más allá de los datos fenomenológicos para tratar de entender los motivos subyacentes a los síntomas y a la conducta del enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel, G. L., "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model", *Am. J. Psychiatry*, núm. 137 (1980), pp. 535-544. Véase también P. Laín-Entralgo, *La historia clínica. Historia y teorías del relato patográfico*, Salvat Editores, Barcelona, 1961.
2. Marks, J. N., D. P. Goldberg y V. F. Hillier, "Determinants of the Ability of General Practitioners to Detect Psychiatric Illness", *Psychol. Med.*, núm. 9 (1979), pp. 335-353.
3. Laín-Entralgo, P., *op. cit.*
4. Caine Eric, D., "Pseudodementia. Current Concepts and Future Directives", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 38 (1981), pp. 1359-1364.
5. American Psychiatric Association: *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, México, 1983.

LECTURAS RECOMENDADAS

Shea, S. C., y J. E. Mezzich, "Contemporary Psychiatric Interviewing: New Directions for Training", *J. Psychiatry*, núm. 51 (1988), pp. 385-397.

La entrevista psicológica ha sufrido modificaciones debido a varios factores: la disponibilidad de nuevos tratamientos (lo que hace necesario diagnósticos precisos), los sistemas de diagnóstico recientemente desarrollados, las variaciones en las situaciones que enfrenta el clínico (servicio de urgencias, hospitalización, consulta externa, etc.). Los autores proponen un programa para el desarrollo de habilidades para la entrevista psiquiátrica.

Watts, F. N., "Strategies of Clinical Listening", *Br. J. Med. Psychology*, núm. 56 (1983), pp. 113-123.

Saber escuchar a los pacientes es una habilidad clínica de gran importancia. Los autores consideran que el entrenamiento clínico debe incluir el desarrollo de habilidades específicas; una de ellas es precisamente saber escuchar como un paso previo a la comprensión de los pacientes.

IX. RELACIÓN DE LA MENTE Y EL CEREBRO

La conciencia.—Formación reticular.—Atención.—Emoción.—Sistema límbico.—Motivación.—Aprendizaje y memoria.—Procesos cognoscitivos.—Lateralización cerebral.—Neurobiología del tiempo.—Neurociencia y salud mental.—Imágenes funcionales y estructurales del cerebro.—Las imágenes neuromagnéticas.—La evaluación neuropsicológica: desarrollo histórico, usos en la práctica clínica, instrumentos de evaluación.—Bases genéticas de las funciones y de los trastornos mentales.—Conceptos básicos.—Bases moleculares de los procesos genéticos.—Trasmisión de la información genética.—Genética, psicología y patología mental.—Metodología de los estudios psiquiátricos genéticos.—Estimación de riesgo para desórdenes psiquiátricos específicos.—Esquizofrenia.—Trastornos afectivos.—Demencias preseniles.—Sociopatía.—Trastornos de ansiedad.—Terapia genética.—Genética molecular.

DESDE SUS orígenes ha sido motivo de preocupación para el hombre la naturaleza de su vida subjetiva, es decir, sus pensamientos, sus afectos, sus decisiones. ¿Cuál es la relación de esa experiencia inmaterial con la materia; del alma con el cuerpo? Ni el problema está resuelto ni el tema se ha agotado. Los planteamientos tradicionales han sido reformulados en un lenguaje moderno. Es posible que hoy en día no tengamos mentes mejores para reflexionar sobre el problema, pero sí tenemos más información.

¿Es la relación mente-cerebro un problema real? Pensamos que lo es, en tanto que no podamos explicar cómo un patrón particular de impulsos nerviosos puede producir una idea y cómo un pensamiento puede determinar los patrones neurales específicos que han de entrar en acción. Tampoco se puede dar una respuesta satisfactoria si el planteamiento se hace en relación con eventos fisicoquímicos: ¿qué clase de cambios físicos o químicos ocurren en el cerebro cuando la mente está en acción?, o bien, ¿cómo es que los fenómenos fisicoquímicos asociados con la conducción de impulsos nerviosos pueden transformarse en una experiencia mental?

Hoy nadie duda que el cerebro es el asiento de la mente, pero no siempre fue así. En épocas pasadas el cerebro tuvo que competir con otros órganos. En la Grecia clásica, por ejemplo, Aristóteles propuso al corazón como el albergue del alma, y todavía en el siglo XVII Shakespeare exclamó: “dime dónde nace la fantasía, en el corazón o en la cabeza”.

Los filósofos griegos hicieron del problema de la relación de la mente con el cuerpo el motivo central de sus reflexiones. Las respuestas variaron entre el dualismo propuesto primero por Aristóteles, quien asumió que el hombre está hecho de dos sustancias, una material y otra inmaterial, y las soluciones que intentan resolver el problema eliminando uno de los polos. Platón propuso que el espíritu es la única realidad y Demócrito por su parte propuso que la realidad única es la materia. En nuestro tiempo las soluciones que se proponen siguen esencialmente las mismas direcciones.

En el siglo XVII el gran filósofo René Descartes planteó una *perspectiva dualista* del hombre; concibió la mente como una entidad de naturaleza espiritual alojada en un cuerpo material. La forma dual como Descartes concibió la naturaleza del hombre hizo posible que el cuerpo fuera visto como una máquina y que se estudiara su estructura sin contrariar a los teólogos, quienes continuaron como los celosos guardianes del alma.

Frecuentemente se ha culpado a la metafísica cartesiana de haber generado un

conflicto interminable entre un mundo natural, objetivo y externo, y un mundo interno, subjetivo e inaccesible, con la consecuencia de poner al cuerpo bajo el manejo cuantitativo de las ciencias físicas y “condenar” la subjetividad bajo el manejo introspectivo. Sin embargo, es necesario reconocer que este dualismo facilitó el que lo físico —cuerpo y cerebro—, separado de lo mental, lo religioso y lo metafísico pudiera estudiarse objetiva y científicamente.

A partir del siglo XIX se aceleró el estudio neuroanatómico del cerebro y se identificó la localización más o menos definida de algunas funciones mentales.

En el siglo XX dos descubrimientos principales permitieron establecer, sin lugar a dudas, una relación entre los fenómenos cerebrales y los mentales. Por un lado, el desarrollo del electroencefalograma, que demostró diferencias en la actividad eléctrica del cerebro dependiente del estado de conciencia; por el otro, el reconocimiento de la eficacia de intervenciones farmacológicas en el tratamiento de las enfermedades mentales, que estimuló la investigación bioquímica de los fenómenos mentales. En las últimas décadas las nuevas técnicas, como la tomografía por emisión de positrones y el mapeo de la actividad eléctrica del cerebro, permiten observar la actividad cerebral durante algunos procesos mentales, estableciendo así una relación directa entre la función cerebral y el fenómeno mental.

Finalmente mencionaremos que las técnicas de la biología molecular, aplicadas al estudio de los procesos mentales tanto normales como patológicos, han logrado avances importantes en el conocimiento de las bases moleculares del funcionamiento cerebral. Actualmente sabemos que el cerebro es el “órgano de la mente” y las controversias alrededor del llamado problema mente-cerebro se refieren, más que nada, a la naturaleza precisa de la relación entre ambos.

En realidad, el viejo problema filosófico de la relación de la mente y el cuerpo no fue abiertamente planteado como un problema científico hasta que Charles Darwin produjo la *teoría de la evolución*. A la luz de ésta fue inevitable abordar la mente dentro de los límites naturales. ¿Cómo y cuándo hizo la mente, es decir, la experiencia subjetiva, su aparición en el planeta? Darwin postuló la continuidad entre todas las formas de vida. La mente fue vista como una propiedad que se inicia con la irritabilidad del protoplasma y se intensifica progresivamente en la escala zoológica hasta alcanzar su máxima expresión en el hombre. Alfred R. Wallace no vio así las cosas y puso el acento en la discontinuidad. Pensó que los humanos tenemos muchas semejanzas con los animales y que aquello que nos distingue tiene precursores rudimentarios en la escala zoológica, pero que la vida intelectual del hombre, su cultura, su historia, su religión y su ciencia son únicas y no tienen precedente en el universo. Pensó que si bien la evolución procedió en la forma como lo propuso Darwin, en un momento dado ocurrió un cambio formidable en otra dirección. Esta discontinuidad entre los primates y cetáceos, por una parte, y el hombre ético, intelectual y civilizado, por otra, es lo que induce a pensar a algunos científicos que la aparición de las facultades cognoscitivas del hombre no ha seguido las mismas leyes que determinan el desarrollo progresivo del resto del mundo orgánico.

La doctrina de la *evolución emergente*, propuesta por Lloyd Morgan¹ en 1923, fue un

intento de dar una explicación científica de la discontinuidad. Del mismo modo que las propiedades del agua no pueden ser derivadas de las propiedades del hidrógeno y del oxígeno, tampoco la conciencia es derivable de sus partes constituyentes. La conciencia, se propuso, emerge en un momento crítico de la evolución como algo genuinamente nuevo.

Como se ha mencionado, las soluciones que se proponen al problema de la relación mente-cerebro siguen las mismas direcciones planteadas por los filósofos griegos: explicaciones dualistas por un lado, y monistas por el otro.

Desde su posición de un *dualismo interaccionista*, John Eccles² postula que las experiencias mentales constituyen un sistema de naturaleza inmaterial, radicalmente diferente del cerebro, y que interactúan por medio de lo que denomina el *cerebro de enlace*. Esta posición es apoyada por estudios recientes de una región cerebral denominada área motora suplementaria; ésta se encuentra localizada por delante del surco central, pertenece a la región motora y es capaz de iniciar patrones de movimiento. Eccles ubica en esta región el cerebro de enlace; propone que la intencionalidad activa el área suplementaria y ésta activa las áreas motoras estableciéndose una interacción entre lo mental y lo físico.

Otro investigador, Roger W. Sperry,³ propone un *interaccionismo emergente*, denominación que intenta desligar su posición del dualismo psicofísico. Considera que la mente es una propiedad emergente de la excitación cerebral, que aunque depende de elementos neuronales es una entidad distinta. Un aspecto sobresaliente de la tesis de Sperry es la proposición de que las funciones mentales ejercen una función reguladora y de control sobre la fisiología cerebral.

A pesar de que el dualismo es apoyado por investigadores tan distinguidos como los mencionados, no constituye la opción más viable.

Desde posiciones monistas se considera que la mente no es un ente separado sino un conjunto de funciones cerebrales. El *monismo neutral* o doctrina del doble aspecto postula que lo físico y lo psicológico son manifestaciones de una sustancia única. Esta posición, planteada por William James,⁴ fue retomada y elaborada por Bertrand Russell en su *Análisis de la mente* en 1921.⁵ Subyacente a las apariencias, dice Russell, hay algo que no posee ni las características de la materia ni las de la mente, “un tercero neutral” del que emanan ambos.

Otra solución monista es la teoría de la *identidad psiconeural*. Se sostiene que la mente y el cerebro son una misma realidad y que los fenómenos mentales son fenómenos neurales.

Kurt Goldstein,⁶ en su *aproximación organísmica*, considera que el organismo es una unidad y toda conducta es una expresión de las diferentes formas en que el organismo funciona en su totalidad. En el organismo los procesos físicos y los psicológicos nunca se dan como procesos aislados; aparecen así únicamente por las abstracciones de que nos valemos para clasificar nuestras experiencias. Cuando se habla de fenómenos psicológicos o fisiológicos debemos tener claro que estas palabras representan solamente

descripciones imperfectas de los hechos. Ambos tipos de procesos están determinados por las mismas leyes. No por leyes iguales en campos diferentes, sino por las leyes de la función del organismo como un todo.

El *materialismo emergentista*, propuesto por Mario Bunge⁷ y otros investigadores, es un intento de solución monista al problema que estamos revisando, que toma en cuenta los hallazgos más recientes en el funcionamiento cerebral. La mente es concebida como una propiedad emergente de entes de cierto orden, como los vertebrados superiores; aparece en organismos dotados de ciertas propiedades cerebrales (en particular de una conectividad plástica) que constituyen un nuevo nivel de desarrollo en relación con los organismos desprovistos de dichas propiedades. Así, la mente es un conjunto de estados particulares de la materia altamente organizada; el cerebro es un sistema complejo, con procesos organizados en vastas regiones que interactúan entre sí, y la mente es una propiedad en ningún momento desligada de la organización de la materia, pero es emergente ya que no se encuentra como propiedad de los elementos aislados del sistema sino de su organización.

¿Por qué persiste en nuestros días el dualismo, una posición filosófica que no encaja con las leyes de la naturaleza y que se sitúa al margen de los principios de la ciencia? La intuición ordinaria es que hay en nosotros los humanos algo inmaterial y distinto de las cosas físicas del mundo; algo privado a lo que cada quien tiene acceso y que llamamos *nuestra mente*. Tenemos además la experiencia de que con nuestra mente podemos controlar nuestro cuerpo, “hacer nuestra voluntad”. El monismo materialista, en cambio, no es autoevidente ni intuitivamente plausible, sino una posición a la que se llega por medio del pensamiento científico.

Esta variedad de respuestas al hecho sorprendente de que una entidad biológica, el cerebro, produzca realidades aparentemente inmateriales es explicable porque aún no se ha tendido el puente entre los eventos eléctricos y químicos en nuestro cerebro y nuestros pensamientos y sentimientos.

BASES BIOLÓGICAS DE LOS PROCESOS MENTALES

La conciencia

Definir qué es la conciencia no es fácil, sin embargo, si nos limitamos a considerarla desde el punto de vista fisiológico la definición no es tan complicada. En este sentido, conciencia significa “tener conocimiento”, “saber de”, “percibir”, “darse cuenta de”. Estar consciente implica estar despierto, tener *conocimiento de uno mismo* y del medio; esta capacidad tiene dos componentes: uno perceptual y otro motor. Mediante la percepción el sujeto extrae información del mundo externo por medio de los órganos de los sentidos; el componente motor le permite prepararse para iniciar y ejecutar una acción. Sin embargo, hay actividades complejas y muy finas que no requieren de la conciencia; de hecho, ésta puede interferir con su ejecución precisa. Por ejemplo, el

pianista que súbitamente tiene conciencia de sus dedos tocando un conjunto de arpeggios puede turbarse; algo similar ocurre con otras destrezas (escribir a máquina, andar en bicicleta) y en la práctica de algunos deportes. En el arte de la arquería lo importante es “no estar consciente de estar consciente”. La conciencia no está implicada necesariamente en muchos fenómenos particulares, ni en el aprendizaje de señales, habilidades y soluciones. Algunas etapas del proceso de creación artística o científica no requieren de ella.

Una pregunta pertinente es: ¿tienen los animales conciencia?

En el sentido de tener conocimiento, darse cuenta, es claro que la conciencia es una capacidad que poseen en algún grado los mamíferos: gatos, monos, etc. Representa un avance evolutivo importante en relación con el programa estímulo-respuesta de animales inferiores. En el momento actual se tiene la certeza de la evolución biológica y no se pone en duda que los fenómenos mentales y la conducta de los seres humanos tienen precursores en los organismos inferiores. Sin embargo, en los primates y en el hombre se manifiestan en niveles más elevados y en formas más complejas.

El término *conciencia*, usado en el sentido de tener *conocimiento de uno mismo*, implica una capacidad de reflexión y un sentimiento de identidad en el tiempo y en el espacio. La autoconciencia es una forma elevada de conciencia que aparece en el desarrollo ontogénico y en la evolución filogenética. Es posible que la autoadvertencia esté basada en la capacidad de simbolización y sea exclusiva del hombre.

La conciencia como capacidad de advertencia puede tener variaciones (normales) y alteraciones (patológicas). Dentro de las primeras nos referiremos específicamente a dos: la atención y el sueño.

Se define la *atención* como el proceso mental mediante el cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo que pasa a ocupar en la conciencia el punto de mayor concentración; es decir, se enfocan de manera selectiva ciertos aspectos de una situación o de una experiencia de modo que sean relativamente más vividos. Normalmente la atención es flexible y fluctúa en relación con distintas circunstancias externas e internas; estas fluctuaciones varían desde la atención concentrada a la distracción.

El *sueño* implica una pérdida fisiológica de la conciencia; antes de esta pérdida de conciencia se presenta una disminución de la misma, la somnolencia. El hombre duerme aproximadamente la tercera parte de su vida. El sueño constituye una función durante la cual se llevan a cabo los procesos que restituyen energía al organismo. Más adelante nos referiremos a otros aspectos de este estado de inconciencia fisiológica.

Las alteraciones de la conciencia pueden ser: disminución que llegue a la abolición de esta función, o estados de conciencia diferentes de la vigilia y el sueño normales. En la *confusión* y *obnubilación mentales* hay una disminución de la conciencia; la percepción del medio y de uno mismo es inadecuada y por lo tanto se altera la capacidad de responder a los estímulos tanto externos como internos.

El *coma* es la supresión de la conciencia; por ejemplo, quien recibe un golpe en la

cabeza y pierde la conciencia pierde la reactividad a los estímulos.

Las alteraciones de la conciencia pueden ser producidas por agentes tóxicos, infecciosos, traumáticos, alteraciones mentales o cualquier proceso que comprometa el funcionamiento cerebral. Dentro de los estados de conciencia alterada se incluyen los estados disociativos y los automatismos.

La *disociación* de la conciencia es una pérdida de la continuidad y de la relación habitual entre sistemas de procesos mentales, que entonces funcionan en forma independiente. Existe cierto grado de disociación subyacente al síntoma en la histeria, y en ocasiones esta disociación se expresa únicamente en la esfera de la conciencia. En los casos de *personalidades dobles o múltiples*, un conjunto de contenidos mentales, actitudes y tendencias ocupan la conciencia y dirigen la conducta sin que en uno de estos estados la persona tenga advertencia de los otros.

En el *sonambulismo* y en el *trance*, que puede ocurrir espontáneamente en la histeria o ser inducido mediante la sugestión hipnótica, la disociación puede expresarse en otras formas; una de ellas es la escritura automática, que consiste en expresar por escrito ideas y sentimientos que al terminar el trance el sujeto no reconoce como propios.

Los episodios de conducta automática y los *automatismos* son secuencias de acciones coordinadas, de carácter estereotipado, que una persona ejerce sin tener conocimiento de ello y que usualmente son seguidos de amnesia. Estos automatismos pueden ocurrir después de un trauma en la cabeza o como una reacción patológica a una descarga central en la epilepsia. En ciertas alteraciones del lóbulo temporal el sujeto puede presentar crisis, que consiste en conducta automática compleja, semejante a un ataque histérico. Algunas de las manifestaciones mentales de las *disritmias del lóbulo temporal* consisten en visiones, audiciones y experiencias de premonición y adivinación que son propicias para que el mismo enfermo o quienes lo rodean las interpreten en términos mágicos o parapsicológicos. Algunas de estas experiencias son realmente dramáticas; por ejemplo, un enfermo tiene la experiencia de que su yo emigra y retorna a su cuerpo con una dotación de mayor sabiduría y es posible que le aterrorice la idea de que su yo pudiera no regresar.

Los cambios en la conciencia también pueden ser inducidos por la ingestión de algunas plantas o sustancias sintéticas. A las primeras se ha atribuido desde tiempos remotos y en distintas culturas el poder de *ampliar los límites de la conciencia individual* y permitir su fusión con una conciencia cósmica.

Formación reticular

El desarrollo del electroencefalograma por Berger y los estudios de Bremer⁸ en 1935 pueden ser considerados el principio de las investigaciones que permitirían conocer algunos de los mecanismos de la vigilia, el sueño, la atención y la conciencia de uno mismo, así como de la modulación del ingreso de estímulos sensoriales.

Cuando Bremer descerebró a un gato a nivel del mesencéfalo (cerebro aislado) observó que el trazo electroencefalográfico de vigilia era remplazado, inmediatamente después de la sección, por un trazo sincronizado similar al del sueño; simultáneamente, el animal caía en un estado de sueño profundo que llegaba al coma. Si la sección se hace entre la médula espinal y el bulbo, el encéfalo queda unido al tallo cerebral y separado de la médula espinal, “encéfalo aislado”, el animal conserva la conciencia, y la estimulación sensorial de los nervios craneales determina la reacción del despertar electroencefalográfico; aunque se elimina la entrada de información sensorial proveniente de la médula espinal se conserva la conducida por los nervios craneales. Si el animal no es estimulado presenta alternancia de vigilia y sueño como la de un animal normal.

Los resultados obtenidos hacían suponer que en el tallo cerebral habría algún mecanismo responsable de la activación cortical necesaria para la conservación del estado de vigilia (figura 1).

Moruzzi⁹ y Magoun¹⁰ (1949) demostraron que la estimulación eléctrica de la formación reticular, localizada precisamente en el tallo cerebral, producía un efecto activador generalizado sobre la corteza, con despertar electroencefalográfico. Además, se observó que la lesión de la formación reticular producía somnolencia, estupor y sueño.

Estos resultados constituyeron la base experimental que demostró la existencia de un *sistema reticular activador ascendente* (SRAA) cuyo sustrato morfológico son las redes neuronales de la formación reticular y cuya acción se ejerce en última instancia sobre la corteza cerebral.

Posteriormente otros investigadores, Hernández Peón entre ellos, demostraron que se trata de un sistema tanto ascendente como descendente, dotado también de funciones inhibitorias.

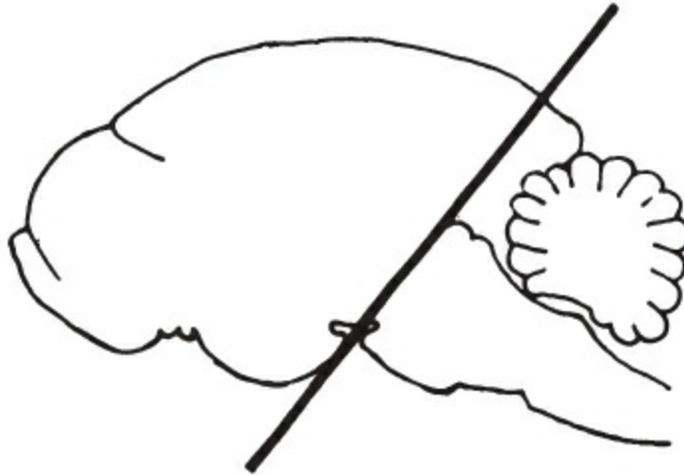
La formación reticular es una estructura media, paralela a los largos sistemas sensoriales y motores, de los cuales recibe abundantes colaterales. Aunque se extiende a todo lo largo del neuroeje, el SRAA propiamente dicho se localiza en el tallo cerebral, desde la región caudal del bulbo hasta el diencefalo (parte posterior del hipotálamo), y se relaciona con ciertos grupos de núcleos talámicos (sistema talámico).

La denominación *reticular* se debe al aspecto que presenta en los cortes histológicos, que semeja una red de fibras que se entrecruzan en todos sentidos, con células o grupos celulares diseminados entre ellas. Recibe impulsos de diferentes niveles neurales: del mismo tallo, de la médula, del cerebelo y de estructuras cerebrales superiores, incluyendo la corteza, además de enviar información a estos mismos niveles; el sistema reticular talámico proyecta a la corteza cerebral (figuras 2 y 3).

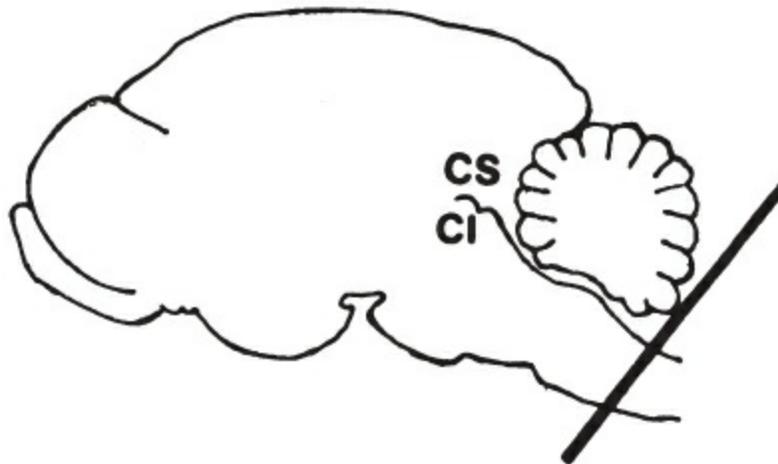
Al actuar sobre la corteza cerebral el sistema reticular es el sustrato neurofisiológico del estado de vigilia, esencial para las funciones más elevadas del sistema nervioso. Los impulsos sensoriales que provienen de los órganos de los sentidos, y que son conducidos a las áreas específicas de la corteza, llegan también a la formación reticular mediante colaterales; de ahí son conducidos a la corteza como impulsos inespecíficos que causan un “despertamiento general”. La activación cortical producida por el SRAA es necesaria para el despertar y para que las señales sensoriales se integren en la corteza con el carácter de percepciones conscientes. La sección de la formación reticular conduce a la inconciencia y al coma.

Los estudios de Magoun permitieron concluir que el sistema reticular no es sólo un activador de la corteza sino el *sustrato de la vigilia* y de la experiencia consciente.

CEREBRO AISLADO



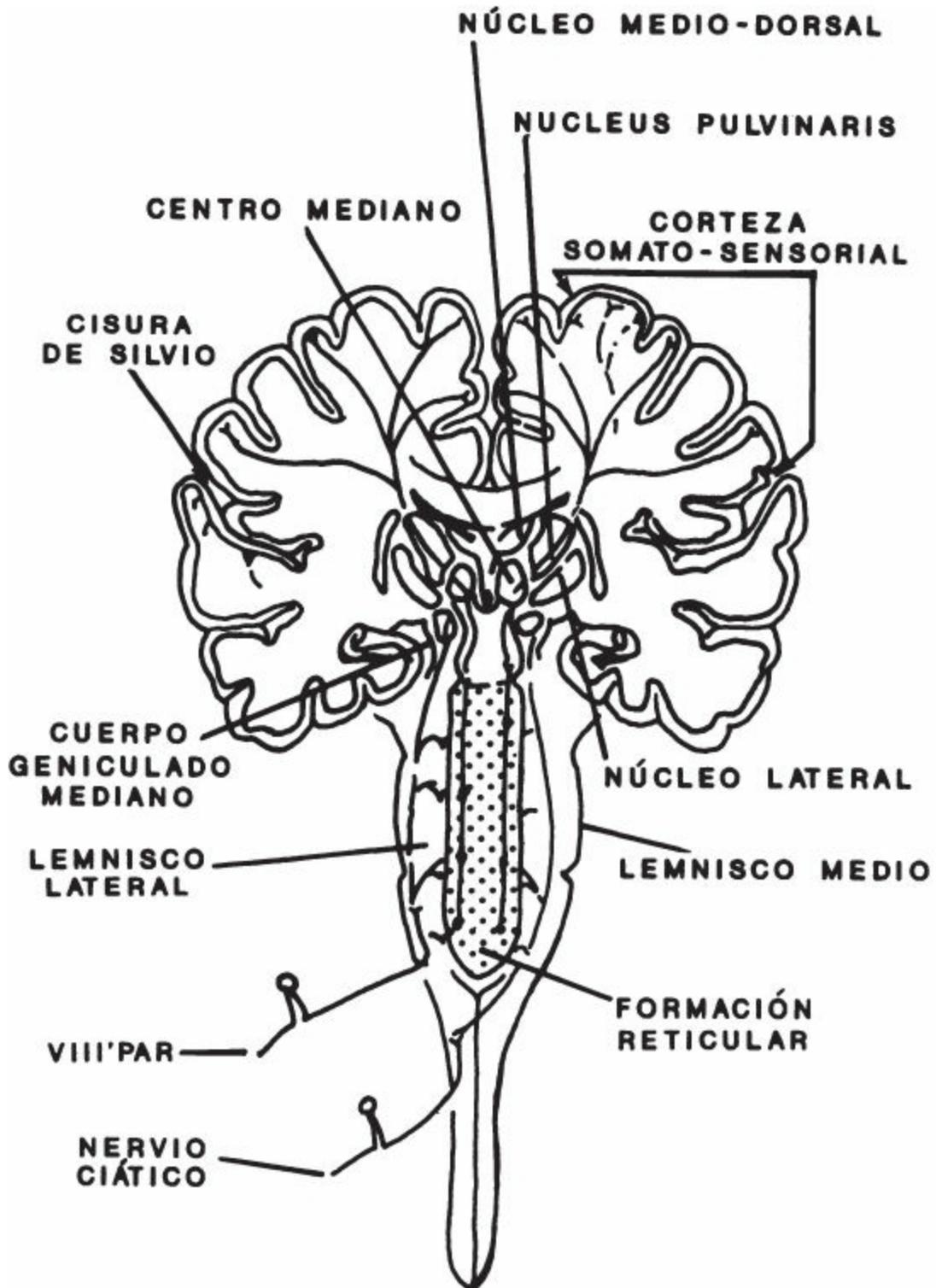
ENCÉFALO AISLADO



CS, colículo superior
CI, colículo inferior



FIGURA 1. Esquema de los cortes empleados por Bremer:



**CONEXIONES AFERENTES Y EFERENTES
DE LA FORMACIÓN RETICULAR**

FIGURA 2. *Conexiones aferentes y eferentes de la formación reticular.*

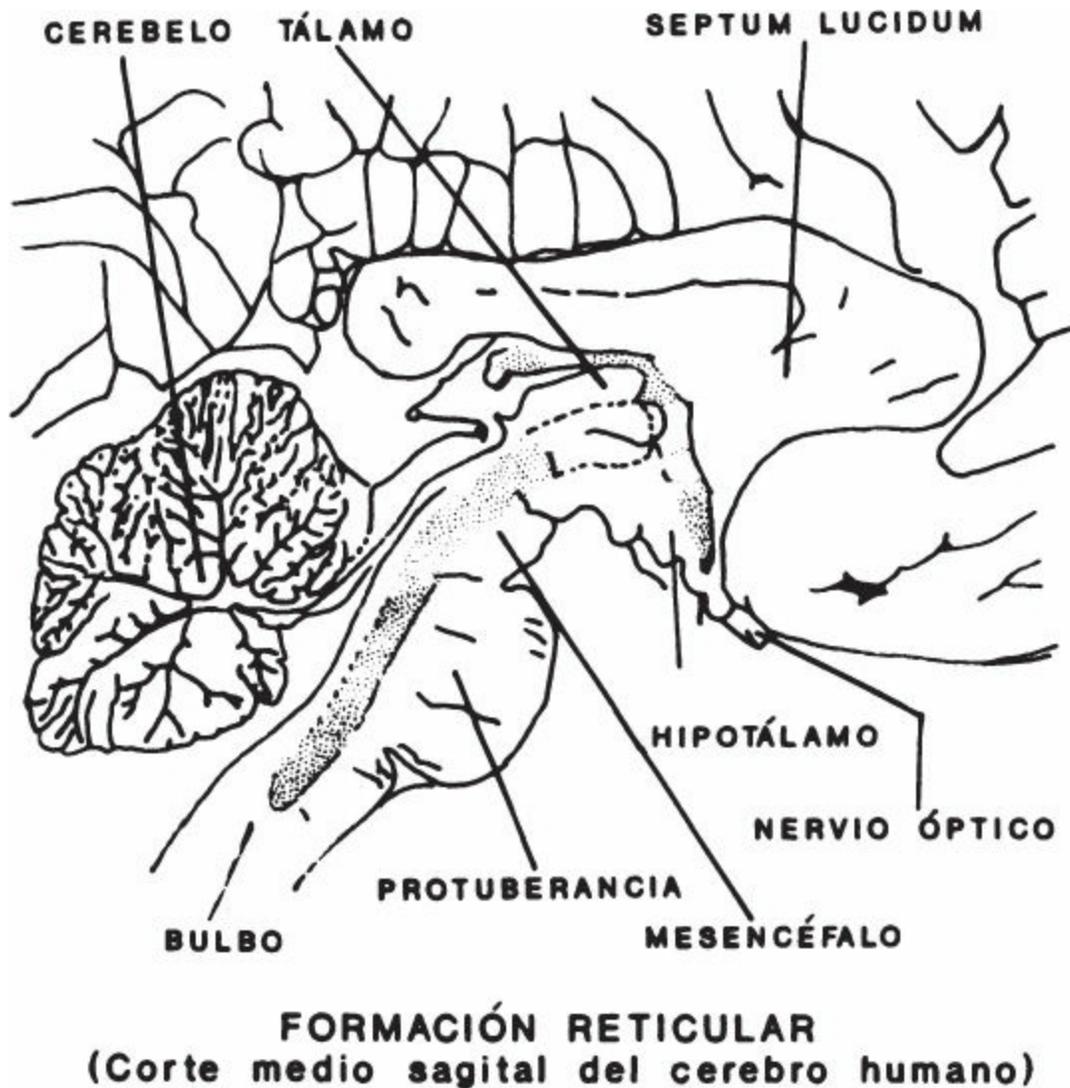


FIGURA 3. *Formación reticular (corte medio sagital del cerebro humano).*

En opinión de Hernández Peón, la integridad de esta zona cerebral es suficiente para la organización de experiencias conscientes simples, en tanto que para las formas más refinadas, como las que son características de la especie humana, es necesaria la participación de impulsos procedentes de estructuras analizadoras superiores como la corteza cerebral.

Si bien la activación retículo-cortical producida por los impulsos sensoriales determina el estado de vigilia fundamental, los estímulos córtico-reticulares permiten que la corteza intervenga en el mantenimiento del estado de vigilia; así es posible el control consciente mediante el cual se logra, por ejemplo, vencer el sueño, despertar a una hora prevista, o bien mantener voluntariamente la atención.

Atención

La capacidad del cerebro humano para procesar información es limitada. Por ejemplo, no podemos seguir varias conversaciones simultáneamente, sólo podemos leer algunas palabras en una página al mismo tiempo y no podemos reconocer cada rostro en un salón lleno de gente en el mismo instante. Del mismo modo, no podemos pensar dos pensamientos o recordar diversas memorias simultáneamente.

En cada uno de estos ejemplos el cerebro se ve confrontado con múltiples demandas que compiten para ser procesadas y tener de ellas advertencia consciente. Algunas de estas demandas, como las sensaciones visuales y físicas, son externas, en tanto que otras son internas, como las memorias almacenadas y el potencial infinito de pensamientos. El cerebro selecciona cuáles son las demandas en particular que logran preeminencia en un momento dado. A esto le llamamos atención.

Dado que la *atención* desempeña en la organización tanto del pensamiento como de la conducta un papel central, no sorprende que defectos de la atención estén presentes en diferentes enfermedades mentales y trastornos de la conducta. Por ejemplo, cuando enfermos esquizofrénicos se recuperan, describen cómo durante su estado psicótico sus procesos de pensamiento, sentimientos, percepciones y memorias se imbricaban como intrusos uno sobre otro. La gente que sufre depresión se queja de su incapacidad de concentrarse, y los niños hiperactivos tienen dificultad para sostener su atención por más de unos cuantos momentos. La comprensión de las bases neurales de la atención provee una base efectiva para el tratamiento de los desórdenes en los cuales está afectada.

Se sabe que la formación reticular interviene en la regulación de la información sensorial. La transmisión de impulsos por medio de vías sensoriales específicas (visual, auditiva, olfativa, etc.) está modulada por una acción inhibitoria permanente de la formación reticular. Esta acción parece depender de influencias que se originan en la corteza cerebral; en esta forma, la corteza cerebral ejerce un control permanente sobre el caudal de información sensorial que se está transmitiendo mediante neuronas aferentes periféricas y que, eventualmente, puede alcanzar el nivel cortical. El significado funcional de este proceso es de gran importancia ya que hace posible una selección o *filtrado de la información sensorial*, de modo que a cada momento se facilita la entrada al sistema de la que es significativa y se margina la que no lo es. Estos fenómenos constituyen la base neurofisiológica de la atención. Los procesos de atención pueden ser estimados por el estudio de los *potenciales evocados*. Hernández Peón, Scherrer y Jouvet¹¹ observaron que los potenciales evocados auditivos registrados en los núcleos del tallo cerebral del gato disminuyen en amplitud cuando el animal mira a un ratón, huele un pescado o recibe un choque eléctrico en una pata. Es decir, cuando el animal atiende un estímulo la entrada de otros es atenuada mediante mecanismos reticulares, de manera que la sensibilidad es máxima hacia la modalidad sensorial del estímulo que concentra la atención. Este mecanismo opera en todas las vías sensoriales y en el hombre puede ser activado por la sugestión.

Los estímulos externos activan gran número de neuronas en la vía sensorial y en los

centros cerebrales superiores en los cuales la información es percibida, analizada y entendida. Estos conglomerados de células nerviosas activadas producen potenciales eléctricos que se extienden por el cerebro y pueden ser registrados por medio del cráneo intacto. Los potenciales así evocados tienen un curso en el tiempo y una distribución anatómica, que dependen tanto del tipo de estímulo como de la naturaleza de los procesos perceptuales y de pensamiento que se ponen en acción. Puesto que muchas de estas ondas están basadas en eventos externos provocados por un estímulo, su medición es una forma de estudiar cómo el cerebro presta atención al mundo exterior.

Hay evidencia de que los potenciales evocados son medidas confiables de los procesos de selección de estímulos, bajo condiciones dadas. Por ejemplo, el principal efecto electrofisiológico de atender a un mensaje de alguien que nos habla al oído es “un evento temprano negativo”. Un potencial relacionado con este evento se registra por señales que pueden tener un voltaje positivo o negativo.

El potencial negativo aumenta cuando el sujeto presta mayor atención a los sonidos y es un signo neural que permite el análisis detallado de los rasgos relevantes del estímulo. En un estadio temprano este efecto se asocia con una reducción relativa de ingresos ambientales irrelevantes protegiendo así los centros superiores de la sobrecarga sensorial.

Actualmente se conoce cómo el cerebro procesa estímulos visuales que compiten entre sí. Cuando la información visual llega a la corteza se bifurca siguiendo dos vías principales: una que penetra profundamente en las regiones temporales y la otra que se dirige a la región parietal y ciertas áreas de la región frontal. La vía temporal conduce la información a las áreas donde se analizan los patrones en la retina y se identifican los objetos. Por su parte, la vía parietal parece estar más relacionada con la localización de objetos. El sistema parietal también está críticamente implicado en el cambio de la atención de una a otra locación.

Personas que han sufrido daño en la corteza parietal cerebral a causa de trauma o enfermedad se ven afectadas en su capacidad de descomprometer la atención de una locación y dirigirla a otra. Cuando una persona con daño en el sistema parietal izquierdo, que percibe el lado derecho del espacio visual, es confrontada con dos objetos, su atención puede volverse hacia el objeto en el lado izquierdo del campo visual, en tanto que el objeto en el lado derecho desaparece. Lo contrario sucede cuando el daño es en el sistema parietal derecho. Se sabe que artistas que han sufrido daño en la corteza parietal en un lado del cerebro pueden pintar la mitad de las imágenes espléndidamente representadas y en la otra mitad la forma es reiterada y distorsionada.

¿Cómo es que las descargas de neuronas parietales controlan movimientos del cuerpo y de los ojos hacia los objetos atendidos? La respuesta puede radicar en conexiones anatómicas largas entre la corteza parietal y la corteza frontal que contienen circuitos neurales para planear el movimiento. Los registros neuronales de monos muestran que en la corteza frontal las neuronas descargan antes de que los monos hagan ciertos movimientos de los ojos hacia objetos en su campo visual, cuando los movimientos de los ojos son deliberados y no son casuales.

Los resultados de experimentos de registros neuronales en la corteza preestriada y temporal sugieren que el control de las neuronas implicadas en percibir y recordar objetos puede trabajar análogamente en el control de neuronas implicadas en el movimiento. En cambio, las neuronas preestriadas o temporales trabajan juntas para reconocer objetos localizados dentro de sus campos receptivos. Las neuronas en la corteza preestriada codifican los rasgos de los objetos como la longitud, la anchura y el color de las partes individuales y pasan esta información a las grandes poblaciones de neuronas de la corteza temporal que pueden codificar y procrear imágenes globales de los objetos, por ejemplo, si un objeto es una copa, un lápiz o la cara de un amigo.

Por muchos años permaneció como un misterio cómo es que las neuronas preestriadas y temporales limitan la cantidad de información visual. Típicamente muchos objetos diferentes quedan dentro de nuestra vista y

muchos caen dentro del campo receptivo de una neurona preestriada temporal. Sin embargo, estamos muy conscientes sólo de uno o dos objetos en un mismo tiempo, usualmente los más importantes. Las neuronas son bombardeadas por información no requerida. La respuesta es que el mecanismo de *atención selectiva* filtra la información no deseada de los campos respectivos de las neuronas preestriadas y temporales.

Se ha observado este filtrado de la información no deseada en neuronas individuales usando como sujetos de experimentos a primates entrenados en una tarea de reconocimiento visual. Se impide a los primates atender muy de cerca objetos en una locación sin hacer ningún movimiento con los ojos, en tanto que otros objetos no relevantes le son presentados por un segundo. Cuando ambos objetos están dentro del campo receptivo de la neurona preestriada o temporal la descarga neuronal hacia el objeto ignorado es suprimida. Así, las neuronas solamente pasan información a otras neuronas del cerebro acerca de objetos atendidos, y por esto tenemos poca advertencia de los objetos no relevantes.

Si la investigación del proceso de la atención continúa desarrollándose en esta dirección será posible identificar las estructuras cerebrales subyacentes a la atención y comprender cómo funcionan al nivel de las redes neuronales. Se descubrirán también los neurotransmisores usados en estas redes en los mecanismos que se ponen en juego cuando se presta atención. Con esta información será entonces posible ligar trastornos específicos de la atención con disfunciones específicas en la estructura del cerebro.

Emoción

La emoción es un estado subjetivo que se acompaña de cambios fisiológicos y conductas peculiares. El estado subjetivo no puede conocerse directamente, lo conocemos si el sujeto lo comunica o lo inferimos por su conducta; por ejemplo: si alguien llora (conducta), inferimos que está triste (estado subjetivo).

En situaciones de peligro o amenaza los humanos presentan tres tipos básicos de reacciones emocionales, cuyos antecedentes pueden ser claramente identificados en el animal. La reactividad emocional primaria consiste en el *ataque al enemigo* o en la *huida ante el peligro*. En algunas ocasiones en que el peligro es percibido muy bruscamente y es muy grave ninguna de las dos reacciones de protección (huida o ataque) llega a ocurrir, ambas son bloqueadas y lo que ocurre es la *inhibición de la motilidad*, como si ambos impulsos, actuando en dirección opuesta, se anulasen mutuamente. Es interesante hacer notar que esta reacción de inmovilización tiene también un sentido biológico de protección. Así ocurre que, ante un peligro, ciertos insectos caen en un estado letárgico que los protege, ya que muchos animales voraces no perciben a su presa si ésta permanece inmóvil. En el hombre, cada una de estas reacciones elementales se acompaña de un estado subjetivo correspondiente; a la reacción de huida corresponde el estado subjetivo de *miedo*, a la de ataque corresponde la *cólera*, y a la de abandono o inmovilización corresponde el *pánico*. Éste, que se acompaña de la pérdida súbita de la previsión consciente y de la presencia de ánimo, corresponde al reflejo defensivo de la muerte simulada.

Aunque se habla de diferentes emociones, algunos autores han llegado a la conclusión de que fisiológicamente el término *emoción* se refiere a cierta clase de excitación o activación general.

El conocimiento de la fisiología de las emociones se inició con William James y Carl Lange,¹² quienes propusieron que los eventos fisiológicos (cambios en el sistema nervioso autónomo) que acompañan la emoción constituían la emoción misma.

Cannon¹³ objetó la teoría de James-Lange con diferentes argumentos; cualquiera que sea la emoción que la persona experimente, *los cambios fisiológicos son similares*; ya sea que se esté enojado o se tenga miedo, en ambos casos aumenta la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la respuesta galvánica de la piel, la glucosa en la sangre y se inhiben las actividades gastrointestinales. Cannon demostró que las reacciones de fuga y ataque experimentadas subjetivamente como miedo y cólera dependen de una descarga difusa del sistema nervioso simpático.

En 1928 Bard¹⁴ observó que se podían producir reacciones de furia en gatos a los cuales se había extirpado el tejido cerebral por arriba del nivel del hipotálamo. La exploración de esta región reveló que es el asiento de las reacciones autonómicas, evocadas por situaciones de emergencia. Posteriormente Hess (1949) provocó accesos de furia en gatos intactos mediante la estimulación eléctrica del hipotálamo. Estas manifestaciones, conocidas como *falsa rabia*, se diferencian de la ira genuina en que los ataques no se dirigen contra un probable enemigo y carecen de la resonancia afectiva (componente subjetivo) propia de las respuestas emocionales que pueden producirse mediante la estimulación de la amígdala y de la corteza vecina.

El sistema límbico

En 1937 Papez¹⁵ describió un conjunto de estructuras cerebrales directamente involucradas en las respuestas emocionales. Postuló que estas estructuras forman un circuito que hace posible que las emociones sean advertidas por el sujeto (experiencia de la emoción), y se expresen a nivel de vísceras y músculos. El *circuito de Papez* está integrado de la siguiente manera: del hipocampo los impulsos van a los cuerpos mamilares del hipotálamo por medio del fórnix, de aquí, por medio del tracto mamilotalámico se dirigen al núcleo anterior del tálamo, y a partir de él alcanzan el *girus cingulum* y la corteza cerebral; el circuito se completa mediante fibras que van del *girus cingulum* al hipocampo. Esta interacción hace posible la relación de los procesos emocionales e intelectuales en la experiencia consciente. Es importante hacer notar que cada parte del circuito ejerce efectos recíprocos sobre las demás.

MacLean¹⁶ sugirió el término *sistema límbico*, o cerebro visceral, para designar al grupo de estructuras relacionadas con la emoción y, como se verá más adelante, con la motivación. El sistema límbico comprende regiones corticales y subcorticales; las primeras, situadas alrededor de la comisura interhemisférica, son las circunvoluciones del cíngulo y del hipocampo, la superficie orbitaria del lóbulo frontal y la ínsula de Reil, la corteza piriforme de la base del lóbulo temporal, el hipocampo, la fascia dentada y la región presubicular. Las estructuras subcorticales son la amígdala, el epitálamo y el hipotálamo.

Aunque no es posible describir funciones específicas de cada una de las partes que

constituyen el sistema límbico debido a la interacción que existe entre los diferentes niveles, mencionaremos aquellas sobre las que ciertas estructuras parecen ejercer un control definido.

La extirpación de la amígdala produce, característicamente, una inhibición de la reacción de temor, se ha descrito que monos amigdalectomizados son capaces de jugar con víboras a las que normalmente temen. En seres humanos las lesiones en esta área producen una reducción de la excitabilidad emocional.

La estimulación del hipocampo produce hiperreactividad y ansiedad. Estos hallazgos son apoyados con estudios recientes: la tomografía por emisión de positrones ha demostrado diferencias entre el hipocampo de pacientes con crisis de angustia y el de sujetos sanos.

Al papel del hipocampo en la memoria nos referiremos más adelante.

El hipotálamo está relacionado con los cambios fisiológicos que constituyen la *expresión de la emoción*. Ésta incluye cambios somáticos, viscerales y endocrinos.

Conviene recordar que en el hipotálamo se integra el funcionamiento del sistema nervioso autónomo; así, la descarga del simpático o parasimpático determina los cambios fisiológicos ya mencionados. Además, la estrecha relación del hipotálamo con la hipófisis explica la participación endocrina en las reacciones emocionales.

Los efectos producidos por la extirpación bilateral de los lóbulos temporales y estructuras límbicas subyacentes, descritos por Kluver y Bucy¹⁷ (1939), constituyen una prueba adicional de la participación de las estructuras límbicas en la integración emocional. Los primates sometidos a esta operación presentan cambios conductuales importantes: ausencia casi completa de reacciones emocionales, docilidad, falta de temor ante situaciones nuevas, ceguera psicológica hipersexualidad, hiperfagia, etc. Este síndrome también se ha descrito en seres humanos.

El sistema límbico funciona como una unidad; sus conexiones corticales hacen posible el componente subjetivo de la emoción (experiencia); la participación del hipotálamo en la regulación de las funciones vegetativas permite que se exprese fisiológicamente ([figura 4](#)).

Las experiencias de la vida están coloreadas por las emociones, como lo demuestra la profunda influencia de la emoción en la cantidad y la calidad de lo que es recordado y de lo que no se recuerda. En la teoría del aprendizaje un concepto central es que la carga emocional de los estímulos desempeña un papel muy importante reforzando el establecimiento de memorias. En las interacciones entre el aprendizaje y los sistemas de la emoción son importantes las conexiones específicas entre la amígdala, el hipocampo y las regiones de la corteza implicadas en funciones cognoscitivas elevadas.

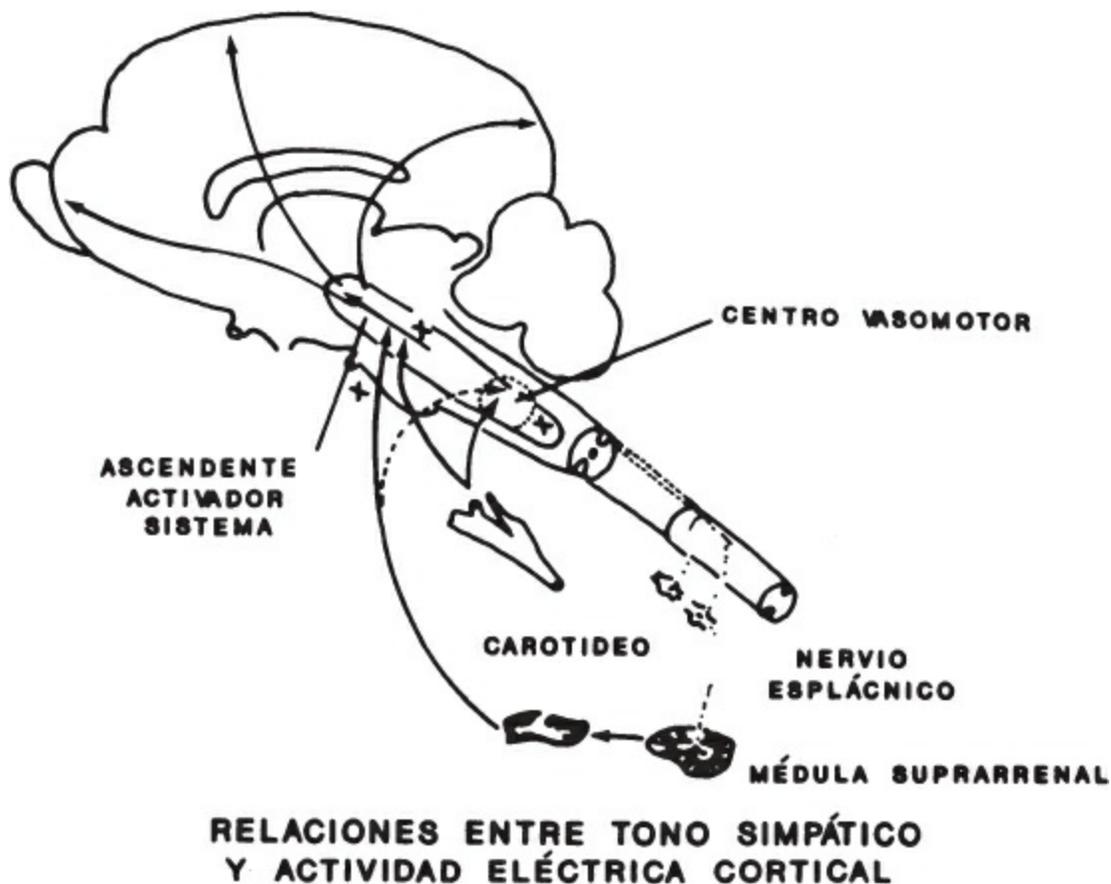


FIGURA 4. *Relaciones entre tono simpático y actividad eléctrica cortical.*

Aspectos bioquímicos

El estudio de la bioquímica de las emociones ha sido posible gracias al descubrimiento de fármacos eficaces en el tratamiento de la depresión y a los avances en el terreno de la química que han permitido el estudio de la actividad de diferentes sustancias presentes en el cerebro, la cuantificación de sus metabolitos, etcétera.

En 1965 Shildkraut¹⁸ propuso la hipótesis de que *las aminas biogénicas tienen un papel central en la etiología de la depresión*, y a partir de la década de los setenta esta asociación entre aminas y afecto ha sido ampliamente documentada.

Una de las primeras observaciones fue que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían depresiones severas. Posteriormente se demostró que la reserpina vacía los depósitos cerebrales de las aminas biogénicas liberándolas de los gránulos donde se almacenan.

Otro hecho que contribuyó a relacionar las bioaminas con el afecto fue el desarrollo de sustancias *antidepresivas* que modifican la actividad monoaminérgica.

El primer inhibidor de la monoaminoxidasa con efecto antidepresivo, la iproniazida, se usó inicialmente como tratamiento de la tuberculosis. Los investigadores observaron que algunos pacientes desarrollaban euforia y aumentaban su actividad. Al mismo tiempo Zeller, que estudiaba la monoaminoxidasa, enzima del catabolismo

de las monoaminas, descubrió que la iproniazida inhibe la actividad de esta enzima. En 1957, con base en ensayos clínicos independientes, Kline y Crane¹⁹ reportaron que este fármaco era útil en el tratamiento de algunos pacientes deprimidos. Poco después se establecía que la capacidad de *inhibir la MAO* era la responsable del efecto antidepresivo.

También en 1957 Kuhn²⁰ reportó la actividad antidepresiva de la imipramina; desde entonces, éste y otros tricíclicos se han convertido en el tratamiento farmacológico más importante para pacientes deprimidos.

El estudio del mecanismo de acción de los tricíclicos ha contribuido a apoyar la relación entre monoaminas y afecto. Una de las acciones comunes de todos los antidepresivos tricíclicos es la inhibición de la recaptura de las monoaminas en la terminal sináptica; de esta forma se prolonga su efecto, ya que no son catabolizadas inmediatamente.

No ha sido posible diferenciar tipos de depresión con base en la amina involucrada, norepinefrina o serotonina. Los sistemas neuronales que usan cada una de estas sustancias se localizan en el sistema límbico, donde son procesados el humor y la emoción. Aparentemente los efectos terapéuticos de la imipramina se relacionan con su acción en ambos sistemas neuronales. Generalmente se asume que los enfermos deprimidos mejoran cuando se les administra imipramina porque esta sustancia pone en marcha una reacción metabólica en cadena que hace al cerebro más sensible a sus propias monoaminas.

La excreción urinaria de norepinefrina y sus catabolitos disminuye en los periodos de depresión y tiende a normalizarse a medida que el paciente se recupera, ya sea espontáneamente o mediante la acción de medicamentos antidepresivos. Por el contrario, en pacientes que presentan un estado maniaco o hipomaniaco hay un aumento en la excreción de catecolaminas que es directamente proporcional a la severidad del padecimiento.

En relación con las indolaminas, es interesante mencionar que hay una reducción de serotonina en el cerebro y en el líquido cefalorraquídeo de personas que se han suicidado cuando sufrían depresión.

Otro hecho que apoya la hipótesis de las monoaminas en los trastornos del afecto es la observación clínica y neurofisiológica de alteraciones del sueño en los pacientes deprimidos. Las monoaminas también están implicadas en la regulación de las fases del sueño.

En el momento actual no hay acuerdo sobre cuál de los dos grupos de aminas desempeña un papel más importante en los desórdenes afectivos; para algunos autores, ambos tipos de aminas están involucrados.

La ansiedad es una emoción aliviada por las *benzodiazepinas*. Los receptores de benzodiazepinas se encuentran localizados en diferentes regiones del sistema límbico y en otras áreas del cerebro. Estos receptores están particularmente concentrados en una región de la amígdala que es crítica para el procesamiento de las emociones. Estas observaciones sugieren que las benzodiazepinas reducen la angustia en los humanos controlando estímulos que activan estas redes neuronales.

Experimentos en animales han permitido identificar algunos sistemas neurales implicados en el miedo y se piensa que la angustia, la fobia y el pánico pueden depender de anomalías en estos circuitos.

Motivación

Cuando pretendemos explicar por qué actuamos de cierta manera, estamos abordando los *móviles de nuestra conducta*.

Motivación es el término que indica las condiciones que activan al organismo a ejecutar acciones dirigidas hacia objetivos determinados. Cuando una conducta tiene una dirección y un objetivo se dice que está motivada.

La motivación es un concepto que en cierta medida permite explicar las *variaciones individuales* en las respuestas a estímulos; es decir que la respuesta a un estímulo determinado no solamente depende de sus características, sino también de las condiciones internas del organismo. Las motivaciones de la conducta son muy complejas. Aquí nos referiremos solamente a las motivaciones primarias en las que existe un sustrato biológico más o menos definido: hambre, sed, conducta sexual. Otras motivaciones son secundarias y están generadas por el aprendizaje.

Nos referiremos únicamente a los mecanismos cerebrales que han sido identificados, aunque es claro que el cerebro está bajo la influencia de cambios bioquímicos (hormonales, metabólicos, etcétera).

En general las motivaciones primarias o fisiológicas se relacionan con la *preservación del individuo* (hambre, sed, temperatura, reacciones de defensa) y de la *especie* (conductas sexual y maternal).

El asiento cerebral de estos procesos se encuentra en el sistema límbico, conjunto de estructuras situadas alrededor del hilo de los hemisferios cerebrales, filogenéticamente muy antiguas y cuyo desarrollo y organización son similares en los mamíferos, incluyendo al hombre, lo cual sugiere que tienen un papel esencial en procesos básicos que les son comunes.

La participación funcional del sistema límbico, en particular del hipotálamo, en las motivaciones básicas ha sido demostrada experimentalmente. El hipotálamo constituye un nexo entre regiones cerebrales superiores (tálamo, sistema límbico y corteza) y regiones inferiores (mesencéfalo y tallo cerebral). Recibe información sobre el estado metabólico del organismo y envía impulsos que mantienen la homeostasis. Cualquier alteración del medio interno es transmitida al hipotálamo y su actividad conduce al restablecimiento de la homeostasis. Esta función es manifiesta en las lesiones del hipotálamo.

La evidencia experimental es que la conducta alimentaria se inicia a nivel del hipotálamo. La estimulación del hipotálamo lateral produce ingestión de alimentos y su destrucción produce afagia. La estimulación de una zona en el hipotálamo ventromedial detiene la ingestión de alimentos, por lo que se le ha designado “centro de la saciedad”, y su destrucción produce hiperfagia, que puede conducir a la obesidad.

Beber también tiene su sustrato biológico en el hipotálamo; la estimulación de una zona localizada en su parte media, cerca del núcleo paraventricular, produce sed, motivando la conducta de beber, y la destrucción de esta “área dipsógena” produce adipsia.

El hipotálamo desempeña también un papel fundamental en el control de la conducta sexual, que con la conducta maternal permite la supervivencia de la especie. El hipotálamo lleva a cabo esta actividad a través de influencias endocrinas (testosterona, estrógenos y progesterona) y por mecanismos nerviosos directos. Se ha establecido que el “centro” de la conducta sexual del macho se localiza en el área preóptica medial del hipotálamo, dado que la estimulación de esta región promueve la conducta sexual y su lesión la inhibe aun cuando el animal tenga testículos y testosterona. Las ratas castradas

presentan conductas sexuales cuando se les administra testosterona en esta región. En la hembra, las lesiones del hipotálamo anterior alteran la respuesta de arqueamiento de la columna vertebral. La estimulación de esta área mediante la aplicación directa de estrógenos provoca esta conducta sexual.

La búsqueda del *circuito neural de la recompensa* comenzó aproximadamente hace 30 años con el descubrimiento de que un animal puede autoestimular ciertas partes de su cerebro con corrientes eléctricas (autoestimulación intracraneal) hasta llegar a la fatiga.²¹ Subsecuentemente, sujetos humanos reportaron sentimientos de gran placer cuando se les estimularon mediante electrodos regiones discretas del cerebro durante intervenciones de cirugía cerebral. Más tarde se demostró que las neuronas que contienen dopamina localizadas en la región ventral-tegmental del cerebro son críticas en los efectos reforzadores de la autoestimulación.

Mediante técnicas conductuales y neuroquímicas se ha demostrado que la autoestimulación intracraneal aumenta significativamente la tasa de liberación de la dopamina metabolizada en el *núcleo acumbens*, área que en estudios anatómicos y neuroquímicos previos mostró estar inervada por neuronas del área ventral-tegmental. Cuando en animales de experimentación se remueve la dopamina del núcleo acumbens los animales pierden interés y eventualmente interrumpen la autoadministración intravenosa de cocaína o de amfetamina.

Estos hallazgos proveen información acerca del circuito neural de la recompensa y son un modelo animal de los seres humanos que abusan de drogas. Señalan el punto preciso en el cerebro donde estas drogas producen sus efectos placenteros.

Las investigaciones avanzan en la dirección de determinar con precisión las neuronas dopamínicas mediadoras del reforzamiento e identificar y comprender las características de las neuronas “meta” que inervan a las neuronas dopamínicas. Esto sería un paso para elucidar el circuito completo de la recompensa, del cual forman parte las neuronas que utilizan dopamina. Cuando las vías de ingreso y egreso sean conocidas será posible determinar los neurotransmisores implicados.

Se procede ya a explorar la actividad total del circuito y la posibilidad de influir en ella mediante fármacos. Por ejemplo, se sabe que algunos de los neuropéptidos recientemente estudiados influyen en la actividad de las neuronas que contienen dopamina y se diseñan análogos de estos péptidos posiblemente útiles en el tratamiento de varias condiciones patológicas en las cuales se sabe que hay una disfunción del sistema dopamínico. Por otra parte, se estudian las circunstancias ambientales bajo las cuales la actividad de las neuronas dopaminérgicas está aumentada o disminuida.

Un hecho establecido es que en las regiones subcorticales del cerebro hay dos sistemas en equilibrio antagónico: un sistema de reforzamiento positivo y otro de reforzamiento negativo. Si una forma de conducta es gratificante se facilita su repetición; si no lo es, o suscita sensaciones desagradables, tiende a no repetirse.

El descubrimiento de estos mecanismos neurales organizados como centros duales, antagónicos, y que refuerzan positiva o negativamente la conducta, de acuerdo con las cualidades placenteras o displacenteras de la excitación, es un avance importante en el

conocimiento de las bases neurofisiológicas de las motivaciones.

Aprendizaje y memoria

El *aprendizaje* y la *memoria* son dos procesos íntimamente relacionados. El primero se define como el cambio conductual que resulta de la experiencia, y el segundo es el proceso que permite fijar y conservar esos cambios; además, la memoria incluye la posibilidad de evocar lo almacenado y reconocer que se trata de elementos o de acontecimientos que previamente se han registrado.

La diferencia entre aprendizaje y memoria no es tan clara; más bien es una cuestión de énfasis y convención. El aprendizaje se refiere al proceso o ensayos que tienen como consecuencia una modificación de la conducta. La memoria se refiere al almacenamiento y a la recuperación, es decir, al recuerdo de los eventos, habilidades, etc., que se han aprendido.

Se distinguen dos categorías básicas de aprendizaje: el no asociativo y el asociativo. El *aprendizaje no asociativo* resulta de la experiencia con un solo tipo de eventos. Ejemplos del aprendizaje no asociativo son la habituación, que es una disminución en la respuesta a un estímulo que se repite, y la sensibilización, que es un aumento en la respuesta después de estímulos intensos o repetidos. El *aprendizaje asociativo* consiste en el desarrollo de una respuesta a un estímulo anteriormente neutral como resultado de una asociación temporal (condicionamiento clásico e instrumental).

La continuidad de la conducta explícita y de la “mentación”, desde los animales más simples hasta el hombre, hace posible que la investigación de algunos mecanismos celulares y moleculares fundamentales pueda abordarse en el sistema nervioso de animales vertebrados, como el gato, y de invertebrados, como el pequeño molusco *aplysia*.

Las técnicas empleadas han sufrido modificaciones dependientes del avance de las neurociencias en general; los primeros estudios se realizaron lesionando regiones del cerebro que se consideraban involucradas en el aprendizaje; siguieron registros unitarios de la actividad eléctrica de las neuronas. Actualmente las técnicas que se utilizan son muy sofisticadas, como el mapeo metabólico de la actividad de neuronas específicas durante tareas de aprendizaje.²²

La *plasticidad* es la característica del sistema nervioso que hace posible el aprendizaje y la memoria; se define como la capacidad de modificación de la organización funcional de los circuitos neuronales cuando se someten a periodos prolongados de actividad o reposo.

Actualmente la plasticidad se estudia principalmente en modelos con los diferentes paradigmas de aprendizaje. Un modelo es un organismo que presenta una forma de aprendizaje y memoria, cuyo sistema nervioso es tan sencillo que puede estudiarse con las diferentes técnicas de las que actualmente se dispone.²³

La localización de la base biológica de la memoria incluye dos aspectos: 1) establecer

los circuitos neuronales involucrados en el aprendizaje y la memoria, e 2) identificar las modificaciones que estos procesos producen en el sistema nervioso central, es decir, determinar en qué consiste la plasticidad neuronal.²⁴

Los circuitos neuronales del aprendizaje y la memoria se localizaron inicialmente en la corteza cerebral. Como resultado de sus estudios de condicionamiento, Pavlov propuso a la corteza cerebral como sustrato del aprendizaje.

Posteriormente, empleando otras técnicas y otros paradigmas de aprendizaje, se ha demostrado la participación cortical en el aprendizaje.

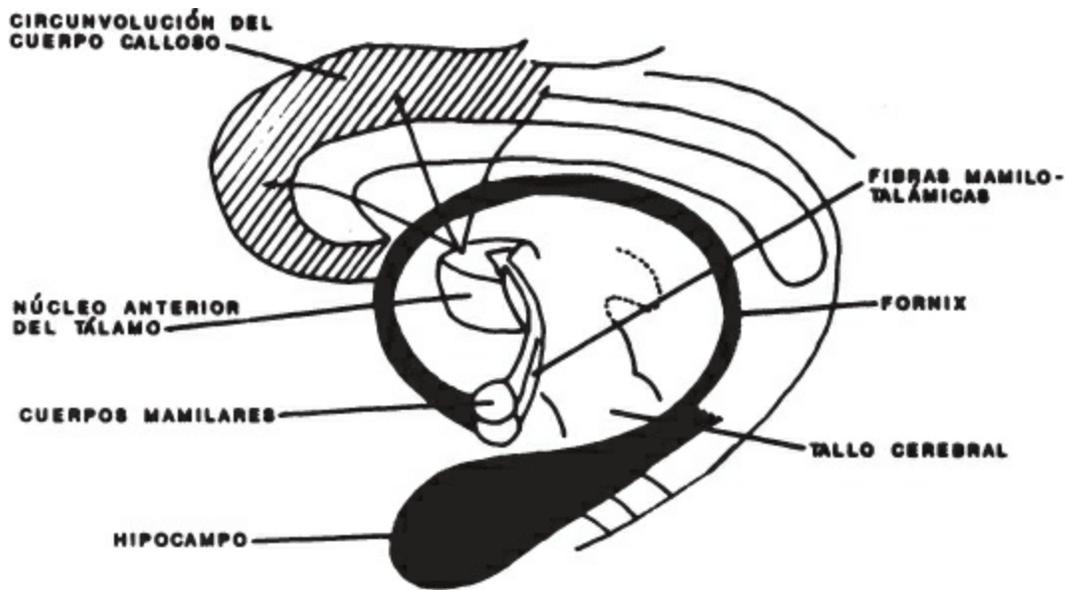
En 1929, en su famosa monografía *Mecanismos cerebrales e inteligencia*, Lashley²⁵ publicó sus resultados del efecto de diversas lesiones de la corteza cerebral sobre el aprendizaje de ratas. A partir de sus observaciones propuso dos principios: 1) que la severidad de los efectos en el aprendizaje, consecutivos a ablaciones cerebrales, depende más de la cantidad de tejido destruido que de la localización, y 2) que si bien una región del cerebro normalmente es responsable de una función determinada, en ciertas circunstancias otras pueden efectuar el mismo trabajo.

Tanto en gatos como en monos se ha demostrado la correlación de descargas corticales con el condicionamiento.

La evidencia reciente indica que los circuitos neuronales de la memoria están más localizados que distribuidos en el cerebro de los mamíferos, pero esta localización puede incluir múltiples sitios.

Los estudios de lesiones, registros electrofisiológicos, microestimulación eléctrica y microinfusión de drogas han demostrado que las principales estructuras involucradas en el aprendizaje y la memoria de los mamíferos son el cerebelo, el hipocampo, la amígdala y la corteza cerebral (figura 5).

Entre los estudios con seres humanos es clásico el caso del paciente H. M. reportado por Brenda Milner.²⁶ Este paciente, a quien se había realizado una ablación bilateral de los lóbulos temporales, estaba incapacitado para cualquier aprendizaje después de la operación; su memoria a corto plazo era normal, pero no tenía memoria a largo plazo. Se concluyó que la ablación temporal bilateral había destruido parte de los sistemas cerebrales involucrados en la conversión de la memoria de corto plazo a largo plazo.



SUSTRATO ANATÓMICO DE LA MEMORIA RECIENTE

FIGURA 5. *Sustrato anatómico de la memoria reciente.*

Los resultados con animales han demostrado que el hipocampo desempeña un papel importante en los fenómenos del aprendizaje y la memoria;²⁷ además, en primates, las lesiones de esta área producen efectos similares a la amnesia del ser humano. Sin embargo, la evidencia disponible indica que la memoria a largo plazo o memoria permanente no se localiza en el hipocampo en los humanos ni en otros animales. Tal parece que la corteza cerebral es el sitio principal de almacenamiento a largo plazo.

La mayoría de los estudios sobre el sustrato biológico de la memoria y el aprendizaje en mamíferos se ha hecho en el contexto de la *hipótesis de la consolidación*, que explica de manera general los mecanismos de almacenamiento. Esta hipótesis propone que existen dos fases en la formación de la memoria: una inicial en la cual la memoria puede alterarse con facilidad y una fase subsecuente relativamente durable y más resistente. La consolidación de la memoria puede alterarse mediante el electrochoque y los inhibidores de la síntesis de proteínas.

Los mecanismos de plasticidad neuronal que podrían ser los responsables del aprendizaje y de la memoria incluyen todos los cambios fisicoquímicos que afectan las propiedades funcionales de las neuronas.

Algunos de los mecanismos de plasticidad propuestos como base de la memoria son: alteraciones de las sinapsis preexistentes, alteraciones estructurales de las neuronas, la potenciación y la depresión a largo plazo y mecanismos neuroquímicos.

Una sinapsis puede modificarse mediante cambios en la liberación del transmisor de la terminal presináptica mediante el cambio en la conductancia de ciertos canales de iones; estudios de habituación, sensibilización y condicionamiento clásico, realizados tanto con invertebrados como con mamíferos, han demostrado la presencia de este tipo de cambios. La *habituación* implica inhibición presináptica que culmina con la disminución

de la liberación del transmisor, y la *sensibilización* implica facilitación presináptica que culmina con el aumento de su capacidad para liberar el transmisor.

Un hecho establecido es que la habituación inactiva conexiones sinápticas y que la sensibilización puede restaurar conexiones sinápticas inactivadas por una habituación a largo plazo, es decir, causar la reconexión de las sinapsis funcionalmente desconectadas. En casos simples el aprendizaje no requiere un rearrreglo anatómico dramático en el sistema nervioso, ni la creación o la destrucción de neuronas o sinapsis, sino solamente cambios en la *efectividad funcional* de las conexiones sinápticas previamente existentes. Es decir que la experiencia puede interrumpir y restaurar vías neuronales complejas, genéticamente determinadas, y que el aprendizaje cambia la efectividad de las vías preexistentes. ¿Cuáles son los límites de esta plasticidad? ¿Qué tanto puede cambiarse la efectividad de una sinapsis por el aprendizaje y cuánto puede durar el cambio? Un hecho también establecido es que los cambios pueden llegar a ser morfológicos.

Se ha observado que las neuronas corticales y cerebrales de animales criados en medios “enriquecidos” muestran algunos cambios *anatómicos*: mayor densidad de dendritas, más espinas, etc.; estos animales superan en varias tareas de aprendizaje a los animales usados como controles. También se ha observado que ocurren cambios anatómicos de neuronas neocorticales e hipocámpicas con diferentes tareas de aprendizaje.

La *potenciación a largo plazo* es un fenómeno descubierto en el hipocampo por Bliss, y ha sido considerado un mecanismo de memoria en el cerebro de los vertebrados. Durante algún tiempo se pensó que era exclusivo del hipocampo, pero existe también en otras regiones del cerebro. La potenciación a largo plazo consiste en un aumento de la excitabilidad sináptica que puede persistir por días o semanas; esta hiperexcitabilidad se produce por la estimulación breve e intensa de ciertas vías neuronales.

Los *mecanismos neuroquímicos* de consolidación de la memoria incluyen la participación de neurotransmisores y la síntesis de proteínas. Entre los neurotransmisores implicados en los procesos del aprendizaje y la memoria la *acetilcolina* parece desempeñar un papel importante. Un antecedente del papel que se atribuye a la acetilcolina en la memoria fue la observación de las diferencias entre ratas criadas en ambientes ricos en estímulos y ratas criadas en ambientes pobres. Las primeras tenían en el tejido cerebral cortical mayor cantidad de enzimas relacionadas con la acetilcolina. En experimentos dirigidos específicamente al aprendizaje, se observó que animales sometidos a procesos de entrenamiento tenían niveles superiores de colinesterasa y acetilcolina en la corteza cerebral en comparación con los animales control.

Las investigaciones con anticolinérgicos y colinomiméticos indican que las fluctuaciones en la actividad colinérgica pueden afectar la memoria. Pequeñas dosis de inhibidores de la colinesterasa facilitan el aprendizaje en ratas. En humanos, los anticolinérgicos producen cambios en la memoria.

Los primeros estudios sobre la *participación de las proteínas* en los procesos de aprendizaje y memoria fueron los de transferencia de la memoria; entre éstos, uno de los más conocidos es el estudio de McConnell y colaboradores sobre la transferencia de la

memoria en planarias. Sin embargo, estos estudios no se han reproducido y tienen sólo un valor anecdótico. Recientemente se han subrayado los cambios en las proteínas, el ARN y otras sustancias químicas del sistema nervioso después del aprendizaje.

La interferencia en la síntesis proteica afecta negativamente el almacenamiento de la memoria. La administración de inhibidores de la síntesis de proteínas puede producir amnesia retrógrada; este efecto depende tanto de la dosis como del tiempo transcurrido entre el final del adiestramiento y la administración de esas sustancias. Estos estudios sugieren que la síntesis de proteínas participa en la formación de la memoria a largo plazo.

Sin embargo, persisten aún algunos problemas metodológicos que limitan la interpretación de estos resultados. Es difícil determinar si los cambios observados se deben al aprendizaje o a la ejecución de la tarea; además muchos agentes que causan amnesia, como el electrochoque y la inhibición de la síntesis de proteínas, producen otros cambios en el organismo.

Los estudios más recientes, realizados con modelos (*aplysia*, *hermissenda* y *drosophila*), apoyan el punto de vista de que la *memoria a corto plazo* no requiere la síntesis de nuevas proteínas, sino que depende de modificaciones covalentes de proteínas previamente sintetizadas que modulan las propiedades de las neuronas y sus conexiones sinápticas.²⁸

Un mecanismo que se ha propuesto es que los neurotransmisores activarían enzimas ligadas a receptores, que serían las responsables de la activación de segundos mensajeros, los cuales activarían cinasas que fosforilan proteínas requeridas para las modificaciones plásticas neuronales. La retención de estos cambios plásticos dependería de la duración de la modificación covalente de las proteínas fosforiladas y de la actividad sostenida de las enzimas responsables de la síntesis de segundos mensajeros. Se ha propuesto que algunas de estas modificaciones covalentes se prolongarían en algunos casos de memoria a largo plazo. Sin embargo, varios estudios indican que la adquisición de la información para almacenarse durante más de un día requiere que neuronas específicas expresen genes que no se necesitan para la memoria a corto plazo. Se desconoce cómo es que la memoria de corto plazo se vuelve de largo plazo. Lo difícil es demostrar que los cambios en la sinapsis pueden producir cambios en las formas de funcionamiento de la célula que significan aprendizaje y cómo es que los eventos celulares regulan la expresión génica.

Recientemente se descubrió que un anestésico que causa amnesia severa bloquea selectivamente el flujo de calcio en las células nerviosas. Esto apoya la hipótesis de un mecanismo molecular en la memoria.

Otra forma de plasticidad es el remplazo de neuronas en su totalidad, un proceso que se había pensado que no era posible. Este punto de vista se apoya por estudios en pájaros cantores. El cerebro de los canarios machos cambia cuando aprenden una nueva canción en el otoño. Estos machos comienzan a cantar cuando tienen un mes de vida y *conforme desarrollan su canto crece una región de la parte anterior de su cerebro*. Cuando los canarios se vuelven cantores, la región HB6 de su cerebro se ha vuelto ocho

veces más grande que cuando el pájaro tenía un mes. Además, los pájaros que son más cantores que otros tienen un área HB6 más desarrollada.

Se diseñaron nuevos experimentos para poner a prueba si este crecimiento extra estaba relacionado ya sea con la formación de nuevas sinapsis o de neuronas completas. Con sorpresa se encontró que no sólo había en la región nuevas neuronas sino que se estaban reproduciendo tan rápido que duplicaban su número en siete semanas. De estas nuevas neuronas, unas responden al sonido y otras se activan cuando el pájaro canta. Lo más notable es que muchas neuronas mueren cuando el canario macho deja de cantar después de la época del apareo y otras nuevas aparecen cada vez que el pájaro está aprendiendo la nueva canción. Ahora se sabe que las neuronas crecen y mueren en el cerebro anterior de los canarios, tanto en machos como en hembras, aun cuando estas últimas no tienen un gran repertorio de canto. Es de pensarse que genes similares pueden gobernar estos procesos en todos los vertebrados.

Cognición

La palabra *cognición* es sinónimo de conocimiento; así, cuando se habla de procesos cognoscitivos se está haciendo referencia a los procesos mentales que nos permiten conocer el medio (interno y externo) e interactuar con él.

Estos procesos mentales incluyen la conciencia, la sensación y las llamadas funciones mentales superiores, entre las que se encuentran la comprensión de los impulsos aferentes (la percepción propiamente dicha), la comunicación mediante símbolos (lenguaje), el pensamiento, las características únicas de cada personalidad y la creatividad. Como se verá, la psicofisiología de algunas de estas funciones mentales ha sido estudiada con cierto detalle (por ejemplo, la percepción), en tanto que otras son subjetivas y más difíciles de definir, como el pensamiento o la capacidad creadora.

La corteza cerebral desempeña un papel importante en la organización de estos procesos que representan las funciones nerviosas de más alto nivel. En ella se distinguen de manera general dos tipos de zonas: aquellas con una función específica, motora o sensorial, y las llamadas áreas de asociación, que han sido postuladas como el sustrato de las funciones mentales superiores.²⁹

Se distingue entre sensación y percepción; la primera sería la simple aprehensión de un estímulo, en tanto que la segunda implicaría el reconocimiento del mismo. De acuerdo con esta definición, el fenómeno perceptivo es influido por el reconocimiento del estímulo. Por lo tanto, la percepción no es una respuesta rígida determinada exclusivamente por las características del estímulo, sino más bien un proceso dual que resulta de la interacción de un estímulo con un sujeto.

Los factores subjetivos que influyen sobre la percepción fueron tratados por los psicólogos de la Gestalt (psicólogos de la forma). Abordaremos aquí la percepción desde el punto de vista fisiológico, resumiendo lo que se sabe de las bases biológicas de este proceso mental.

Los animales reciben información de su ambiente a través de los sistemas sensoriales. Se piensa que hay cinco sentidos básicos: vista, oído, tacto, gusto y olfato. Sin embargo, esta clasificación no es suficiente para explicar lo que un sujeto puede percibir del ambiente. El tacto incluye distintos sentidos (temperatura, dolor, presión); el gusto y el olfato pueden traslaparse; además existen otros sentidos como el vestibular, que informa al sujeto sobre su posición en el espacio. La función común de todos los sistemas sensoriales es transmitir al cerebro la información de lo que sucede en el ambiente. El primer paso de este proceso es la transformación de la energía física del ambiente en energía neural (transducción). Los órganos de los sentidos humanos no pueden transducir en energía neural todo lo que ocurre en el ambiente, sino sólo estímulos con ciertas características. Por ejemplo, no somos capaces de ver la luz ultravioleta.

En los órganos sensoriales existen células receptoras que efectúan la transducción y neuronas sensoriales. Cuando un estímulo llega al receptor, éste responde con un cambio de potencial. Aun cuando no se conoce exactamente cómo es que la energía física provoca estos cambios de potencial, sí se sabe que todos los procesos de transducción implican un cambio molecular en la célula receptora que a su vez produce movimientos iónicos a través de la membrana de dicha célula. El movimiento iónico es la característica fundamental de los cambios de potencial.

Las células receptoras activan las neuronas sensoriales, con lo que la información se encuentra camino al cerebro. Las vías sensoriales aferentes son series de neuronas que van de las células receptoras al cerebro. Cada sistema sensorial tiene sus propias vías, aunque a veces se cruzan e interactúan.

Con excepción del olfato, todas las vías aferentes llegan a la corteza pasando por el tálamo; además, algunas vías reflejas de dos o más sistemas sensoriales interactúan en las partes inferiores del tallo cerebral. Por ejemplo, el *tectum* es un punto de interacción entre las vías reflejas de ojos y oídos y sirve para orientar la cabeza hacia las señales visuales y auditivas procedentes del ambiente.

Una característica común de todas las vías sensoriales es que son menos las fibras que parten de la células receptoras que estas últimas (convergencia); por ello, la información que finalmente recibe el cerebro es en realidad un resumen de lo que fue transducido por los receptores, perdiéndose algunos detalles. Aunque se pierde parte de la información, ésta puede ampliarse a través de una gran representación cortical; por ejemplo, en la corteza visual se obtiene una representación ampliada de la información procedente del centro del campo visual.

Una vez que la información sensorial alcanza la corteza cerebral es procesada en las llamadas *áreas primarias*, en las que existe una representación organizada especialmente de los campos receptores periféricos. En ellas se hace la *decodificación* y el *análisis* de la información en su primera fase, pero los procesos integrativos de mayor complejidad, que son la base de los fenómenos perceptivos de más alto nivel, probablemente se llevan a cabo en las áreas de asociación cercanas a las áreas sensoriales primarias.

La *corteza visual primaria* se encuentra en el lóbulo occipital (área 17). Su pérdida en el hombre origina ceguera completa, lo que nos indica que los centros subcorticales no

son capaces de procesar las sensaciones visuales a un nivel consciente.

La *corteza auditiva* corresponde al giro transverso de Heschl (áreas 41 y 42); en esta corteza existe una disposición tonotópica, los tonos graves se localizan lateralmente y los elevados medialmente. El paciente con lesión unilateral de estas áreas tiene incapacidad para localizar la fuente del sonido y una ligera disminución de la audición.

El *área somestésica* primaria está colocada en el giro postcentral (áreas 1, 2 y 3). Esta área tiene un modelo de organización somatotópica que suele representarse con la forma de un homúnculo sensorial. La extensión del área cortical asociada con un área corporal es proporcional a la densidad de inervación sensorial del área del cuerpo, más que al tamaño del área misma; por ejemplo, labios, lengua y dedo pulgar tienen una representación cortical relativamente grande. El área 2 responde a estímulos de los tejidos profundos del cuerpo, como al movimiento de las articulaciones, sensaciones importantes para la apreciación del movimiento y del sentido posicional. El área 3 responde a estímulos cutáneos.

Las células que responden a los *estímulos gustativos* parecen encontrarse en la corteza somatosensorial (área 43), en la base de los giros precentral y postcentral, junto al área insular. A pesar de lesiones en esta área los animales de experimentación son capaces de discriminar sabores. Esto sugiere que la codificación del gusto probablemente se hace casi por completo en niveles subcorticales.

Las fibras de la *vía olfatoria* terminan en la corteza del lóbulo piriforme situado en la parte anteromedial del lóbulo temporal; las lesiones de esta área no afectan la capacidad de diferenciar entre varios olores. El sentido del olfato es una función muy primitiva que no requiere para su procesamiento estrictamente de participación cortical.

Las áreas sensoriales primarias que hemos mencionado incluyen una parte muy reducida de la corteza cerebral humana; casi tres cuartas partes de ésta corresponden a las llamadas *áreas de asociación*. Estas grandes porciones de la corteza han sido llamadas “silenciosas” porque las células que las forman no presentan actividad relacionada claramente con la estimulación sensorial o con la conducta motora. Como ya se ha mencionado, se ha propuesto que tal vez sean las áreas que constituyen el sustrato biológico de procesos superiores como “saber”, “pensar”, “comprender”.

Filogenéticamente los humanos tienen una *corteza de asociación mayor* que la de todos los otros miembros del reino animal. La mayor parte de la información que se tiene sobre el funcionamiento de las áreas de asociación proviene de estudios con monos y seres humanos lesionados; los primeros se han estudiado experimentalmente y los segundos cuando ocurre un proceso patológico o un accidente.

La corteza de asociación visual (áreas 18 y 19) interpreta y reconoce los estímulos visuales. Los objetos “vistos” en la corteza primaria se procesan y se hacen significativos en las áreas de asociación. Las lesiones de estas áreas visuales asociativas, especialmente en el lado dominante, generan agnosia visual o ceguera psíquica.

La corteza posterior del lóbulo temporal es de asociación; ahí se integran los impulsos de naturaleza auditiva, visual y somestésica. Las lesiones de esta área en el hemisferio

dominante ocasionan que el paciente pierda la capacidad de comprender la palabra escrita y hablada; además pueden presentarse alteraciones en la memoria asociada con los sentidos mencionados. La corteza vecina al polo temporal ha sido llamada *corteza psíquica* debido a las experiencias que se producen cuando es estimulada. Pueden recordarse objetos que se han visto, música que se ha oído, sentimientos de temor, etcétera.

Las áreas 5, 7 y 40 del lóbulo parietal se conocen como áreas somestésicas de asociación. La integración esencial para la apreciación de los aspectos más finos y discriminativos de la sensibilidad somestésica es una función de estas áreas.

Todo el complejo de patrones de asociación está al servicio del conocimiento y de la conciencia que el individuo tiene de su medio. La conceptualización de cualidades y cantidades se basa en las capacidades somestésicas, por ejemplo: forma, textura, peso, temperatura de los objetos. En estas áreas se integra la conciencia del esquema corporal; se puede considerar que la conciencia del yo físico es una dimensión de los sentidos.

Las lesiones del giro supramarginal (área 40) del lado dominante producen incapacidad de reconocer objetos comunes por medio de los receptores sensoriales de tacto (agnosia táctil). Una lesión mayor en la corteza parietal superior impide el reconocimiento del esquema corporal. Los pacientes con este tipo de lesiones tienden a ignorar las extremidades y el campo visual contralaterales a la lesión. Los estudios electrofisiológicos sugieren que las neuronas de esta área asocian información visual y somatosensorial.

Dos regiones de particular importancia son el giro angular (área 39) y el área de Wernicke (área 22). Éstas tienen conexiones con áreas de asociación somestésica, auditivas y visuales y participan en funciones complejas como el lenguaje. La estimulación de estas áreas corticales en el hombre no produce ningún efecto. Se considera que en el giro angular se visualizan los patrones de las palabras; una lesión de esta parte de la corteza impide el reconocimiento y la comprensión de la palabra escrita, por lo tanto, el sujeto será incapaz de leer (alexia) y de escribir (agrafia). Es conveniente recordar que el giro angular está junto a la corteza visual de asociación.

Los pacientes con lesiones del área de Wernicke del hemisferio dominante presentan una falta de comprensión tanto del lenguaje hablado como del escrito (afasia receptiva).

La corteza del lóbulo frontal está subdividida en varias áreas con diferentes funciones. Las áreas motoras incluyen la corteza del giro precentral, áreas corticales subyacentes y giros frontales superior, medio e inferior (áreas 4, 6 y 8). La corteza prefrontal (áreas 9 a 12) está bien desarrollada en los primates superiores y especialmente en el hombre; tiene múltiples conexiones con el tálamo y con el sistema límbico. La extirpación bilateral de la corteza prefrontal (lobotomía) puede producir cambios permanentes en el individuo: se vuelve menos excitable, menos creativo, se libera de inhibiciones, lo que le permite expresarse libremente sin restricciones sociales. El sujeto antes limpio y aseado puede convertirse en un sujeto desaseado. Estos cambios de personalidad incluyen una reducción en la conciencia de sí mismo. La lobotomía se ha empleado para aliviar dolores intratables; en realidad el dolor permanece pero deja de tener importancia para el

paciente.

La *región prefrontal* es considerada la porción reguladora de la profundidad de los sentimientos del individuo; no interviene propiamente en la percepción, sino en la emoción asociada con ella. Las respuestas complejas de un individuo, desde la calma hasta el éxtasis, de la melancolía al júbilo, de la conducta adecuada hasta el trato áspero, tienen sus raíces en las áreas 9 a 12.

El *área de Broca* corresponde a las porciones opercular y triangular del giro frontal inferior (áreas 44 y 45); está en relación con la formulación del lenguaje hablado; los pacientes con lesiones a este nivel presentan afasia expresiva, comprenden normalmente las palabras, pero la emisión del lenguaje es laboriosa y su articulación deficiente.

En los últimos años se ha reconocido que no se puede hablar de procesos cognoscitivos en general ni localizarlos en áreas específicas del cerebro. Los procesos cognoscitivos están formados por operaciones elementales que sí están estrictamente localizadas.

El estudio de la lectura y la audición, mediante técnicas tan sofisticadas como la tomografía por emisión de positrones, ha permitido la observación directa de las áreas involucradas en el procesamiento de la información. La presentación visual de palabras produce cinco áreas de activación localizadas en el lóbulo occipital: dos sobre la cisura calcarina en la corteza visual primaria y tres en las regiones laterales; la presentación de palabras más complejas y otras tareas de activación semántica no activan otras áreas posteriores. Así, la codificación visual tiene lugar en el lóbulo occipital incluyendo regiones que llegan hasta el límite temporoccipital. Durante la realización de operaciones semánticas se ha observado la activación de la parte anterior del lóbulo frontal; esta área está estrictamente localizada en el lado izquierdo y parece ser específica para tareas semánticas.

Cuando se presentan las palabras se activan la corteza auditiva primaria y el área de la corteza temporoparietal izquierda relacionada previamente con el lenguaje.

Tal vez el elemento común a los llamados procesos cognoscitivos es el *lenguaje*, y ésta es una función localizada en el hemisferio dominante, el izquierdo en la mayoría de los casos. Al referirnos a la corteza de asociación hemos mencionado las regiones involucradas en esta función de alto nivel.

Estamos muy lejos de localizar en el cerebro al pensamiento o a la creatividad, sin embargo, se puede anticipar que el avance en la psicofisiología y la neuropsicología, apoyado en el desarrollo de técnicas como la tomografía por emisión de positrones, permitirá conocer las partes del cerebro involucradas cuando se dice que “alguien está pensando”.

En la última década se ha establecido que los órganos sensoriales como los ojos y los oídos transmiten información a regiones definidas del cerebro. Dentro de cada sistema la información sensorial viaja de la periferia al tálamo y de ahí a áreas específicas de la corteza cerebral donde ocurren los procesamientos sensoriales y perceptuales. En los estudios anatómicos se ha demostrado que cada sistema sensorial de la corteza tiene

conexiones con el sistema límbico, que de tiempo atrás ha sido visto como esencial en la mediación de la emoción. Particularmente importantes son las conexiones que vinculan las áreas de la corteza cerebral con la región del sistema límbico llamada amígdala.

Los estímulos visuales reciben su componente emocional mediante proyecciones que pasan a través del tálamo y van a las áreas primarias y secundarias de la corteza visual y de ahí a las áreas visuales del lóbulo temporal. Estas últimas regiones tienen conexiones con la amígdala. La interrupción del flujo de información de las áreas visuales de la corteza a la amígdala, mas no a otras áreas límbicas, es muy disruptiva para el procesamiento emocional. Animales con lesiones en la amígdala son deficientes en el aprendizaje, son poco capaces de recordar información reciente acerca del significado de los estímulos visuales y por ello tratan esos estímulos en forma indiscriminada.

El registro de la actividad eléctrica neuronal ha puesto de manifiesto la importancia de estas conexiones en el procesamiento emocional. Las células en las regiones visuales de la corteza pueden responder a las propiedades sensoriales del estímulo visual, pero no son sensibles al valor afectivo de los estímulos. En contraste, las células de la amígdala mandan proyecciones que responden a las calidades afectivas mas no a las propiedades sensoriales de los estímulos visuales. La amígdala es una estructura límbica pivote en el procesamiento del *significado emocional* de los estímulos sensoriales que provienen de la corteza visual. Otras vías sensoriales han sido también investigadas, y se piensa que las proyecciones de las áreas auditivas y del gusto a la amígdala desempeñan papeles similares. Hasta ahora, la determinación de la fisiología de la emoción se ha limitado a la localización de sus vías anatómicas. Se sabe que el cerebro recibe y evalúa el significado emocional de los ingresos sensoriales y controla la respuesta emocional con base en los significados emocionales procesados.

Lateralización cerebral

El término *lateralización cerebral* se refiere a las diferencias anatómicas y funcionales entre las dos mitades del cerebro. Cada mitad es una subunidad anatómica y funcional diferenciada naturalmente.

Desde hace muchos años la observación clínica de pacientes con lesiones cerebrales unilaterales hizo evidentes dos aspectos de la lateralización cerebral: 1) las conexiones sensoriales y motoras se establecen entre cada lado del cuerpo y el lado contralateral del cerebro, y 2) uno de los hemisferios cerebrales, generalmente el izquierdo, tiene un papel más importante que el otro en la función del lenguaje. Los estudios *post mortem* de cerebros de pacientes afásicos, realizados por Broca en el siglo XIX, pusieron de manifiesto que el lóbulo temporal izquierdo era crítico para la función del lenguaje.

El significado funcional del hemisferio no relacionado con el lenguaje y otras diferencias entre los hemisferios han sido investigados intensamente durante los últimos 40 años. Los primeros estudios se llevaron a cabo en pacientes que presentaban lesiones cerebrales unilaterales y en los que habían sufrido la extirpación de segmentos específicos

del cerebro. Estos estudios demostraron que el lóbulo temporal derecho es esencial para el reconocimiento de la cara, el aprendizaje de laberintos y otras tareas espaciales; parte del lóbulo temporal izquierdo, anterior a la zona del lenguaje, es esencial para la memoria verbal, y el lóbulo frontal de este mismo hemisferio es necesario para la fluidez de la palabra.

Estos hallazgos han sido confirmados y ampliados en estudios de pacientes a quienes se les ha realizado la *desconexión quirúrgica de las dos mitades del cerebro*. Pacientes epilépticos a quienes, en un intento de controlar sus crisis, se les seccionó el cuerpo caloso y la comisura anterior. En estos enfermos fue posible evaluar las características funcionales de cada hemisferio presentando estímulos al lado derecho y al lado izquierdo. Dado que las conexiones interhemisféricas en estos pacientes han sido interrumpidas, los estímulos presentados en un campo visual se proyectan al hemisferio contralateral y la información permanece inaccesible al hemisferio ipsilateral. Cuando los estímulos se presentan exclusivamente al hemisferio que carece del lenguaje, generalmente el derecho, los sujetos son capaces de hablar y reconocer palabras simples, pero son incapaces de comprender oraciones y hacer otras tareas lingüísticas complicadas. Cuando los estímulos se presentan al hemisferio con lenguaje, los sujetos tienen grandes dificultades para realizar tareas que impliquen el manejo del espacio, como construcción de patrones geométricos, aprendizaje de laberintos y reconocimiento de los objetos por medio del tacto. Estos sujetos pueden ejecutar normalmente todas estas tareas cuando los estímulos se presentan al hemisferio especializado apropiado.

Otros estudios de sujetos con “cerebro dividido” han sugerido que el tono emocional puede transmitirse de hemisferio a hemisferio, independientemente de la transferencia de información cognoscitiva. Sperry³⁰ ha descrito que la emoción generada por estímulos presentados al hemisferio derecho se bilateraliza rápidamente en pacientes con sección del cuerpo caloso y de la comisura anterior. Interpreta esto como un reflejo de la transferencia emocional por medio de las vías del tallo cerebral. Cualquiera que sea el papel de las diferentes vías, estas observaciones sugieren una disociación anatómica del afecto y la cognición.

Los estudios de sujetos normales, con cerebros intactos, han producido resultados consistentes con los hallazgos en pacientes con alteraciones neuroquirúrgicas. Los sujetos sanos reconocen más fácilmente estímulos que se presentan en el campo contralateral al hemisferio especializado para su procesamiento (asimetría perceptual). Estos sujetos reconocen las palabras y las letras más rápidamente y de manera más exacta cuando los estímulos se presentan al campo visual derecho (hemisferio izquierdo), y los rostros y la localización de puntos en el campo visual izquierdo (hemisferio derecho). Sin embargo, la asimetría lateral es mucho más pequeña que la observada en sujetos con cerebro escindido. Esta diferencia observada entre sujetos normales y aquellos con cerebro dividido parece indicar que la asimetría perceptual se debe al retraso y decaimiento de la información que se transmite del hemisferio no especializado al otro, y no a las diferencias en el procesamiento paralelo de los estímulos presentados independientemente a ambos hemisferios. Los estudios de pacientes con lesiones

cerebrales unilaterales también sugieren transferencia interhemisférica más que procesos paralelos.

Los resultados de los estudios realizados tanto con sujetos sanos como con pacientes con lesiones son similares. Un hemisferio, generalmente el izquierdo, está especializado en el procesamiento del lenguaje y de estímulos relacionados con éste, y el otro está especializado en el procesamiento de relaciones espaciales. El procesamiento de la información no se efectúa en paralelo sino que existe transferencia del hemisferio no especializado hacia el especializado.

El análisis computarizado de los patrones electroencefalográficos apoya la diferencia entre ambos hemisferios. La actividad eléctrica del hemisferio izquierdo refleja ingreso verbal, en tanto que la percepción de configuraciones se expresa más sensiblemente en la actividad eléctrica del hemisferio derecho.

Según Gazzaniga³¹ la lateralización cerebral implica “la existencia de dos esferas de conciencia independiente dentro de un solo cráneo, es decir, dentro de un solo organismo”. Este autor sugiere que el hemisferio derecho percibe las cosas en forma global y es menos analítico que el izquierdo, pero es más intuitivo.

Ornstein,³² en su libro *The Psychology of Consciousness*, propone que en el hombre hay dos formas de conciencia: la intelectual y su complemento, la intuitiva. La cultura occidental y la ciencia contemporánea han puesto el acento en la forma intelectual —que depende esencialmente del hemisferio izquierdo— y han descuidado las ricas fuentes de la meditación, el misticismo y la intuición —propias de las culturas orientales— que dependen del hemisferio derecho.

Un punto que ha sido debatido es el relacionado con la autoconciencia, es decir, la conciencia de uno mismo. ¿Tiene propiedades de autoconciencia el hemisferio derecho? Sperry, con sus estudios sobre el cerebro dividido, no duda que así sea; pero otras autoridades en el campo, como Eccles, piensan que sólo el hemisferio dominante tiene esa capacidad. Como se ha señalado previamente, la autoconciencia parece ser una peculiaridad humana, aunque es posible que en forma muy rudimentaria la tengan los antropoides y posiblemente los cetáceos. Si, como se piensa, la autoconciencia requiere del lenguaje, pareciera que es primariamente una función del hemisferio izquierdo y que el derecho solamente posee una forma de conciencia más elemental.

Para concluir es posible correlacionar los hallazgos psicofisiológicos de la lateralización cerebral con algunos conceptos psicológicos. El *estilo cognoscitivo* de una persona es su forma predominante de pensar y de relacionarse con el mundo. Estamos familiarizados con dos modos básicos de pensar: uno verbal, lógico, objetivo y analítico, opuesto a otro, pictográfico, intuitivo, subjetivo y sintético. Aquellas personas cuyo estilo cognoscitivo se orienta en la primera dirección tienden a ordenar y clasificar, y quienes están orientados en la segunda ven con más claridad las relaciones. Hay evidencia empírica que apoya esta distinción; mediante el análisis factorial se han separado dos componentes de la inteligencia: la habilidad verbal y la espacial.

La identificación de tipos cognoscitivos tiene gran importancia práctica. Por ejemplo,

hay personas que fácilmente adquieren el dominio de su materia, sus explicaciones son lúcidas porque se basan en su concepción de la totalidad que comprende no sólo las ideas propias sino las de otros, tanto pasadas como presentes. Estas personas pueden ser creativas, pero la causa de que lo sean parece ser su capacidad de ordenar. En cambio hay otras que parecen no asimilar tan bien la información, ni se manejan con tanta soltura en su campo e incluso pueden ser un tanto torpes en sus expresiones, pero tienen la capacidad de ver relaciones entre hechos aparentemente distantes y por ello pueden ser originales. Es necesario que ambos tipos cognoscitivos sean identificados para apoyar el desarrollo de la creatividad potencial en los niños y en los jóvenes.

Otro hecho que puede ser comprendido mejor a la luz de estas investigaciones es que con frecuencia la gente sabe cosas que no puede expresar y que, aun cuando actúa sin pensar, sus acciones son inteligentes y están bien dirigidas. Gazzaniga piensa que la “experiencia de la vida” está contenida en el cerebro, pero oculta a la conciencia. Su única forma de expresarse es actuando por medio del cuerpo. La información está allá y lo que hay que hacer para que salga a la superficie es responder en una forma no verbal. Al cerebro verbal corresponde la tarea de interpretar las decisiones del no verbal. Esto es una versión nueva de la mente inconsciente.

Neurobiología del tiempo

La mayoría de los procesos biológicos se ajusta a una pauta temporal: las reacciones bioquímicas ocurren en microsegundos, la actividad nerviosa en milisegundos, los latidos del corazón en segundos; el sueño de movimientos oculares rápidos se presenta en ciclos de 90 minutos, el descanso y la actividad tienen un ciclo de 24 horas, el periodo menstrual es de aproximadamente 28 días. Actualmente se sabe que la ritmicidad de estos procesos depende de dos elementos: un sincronizador interno, también llamado *reloj endógeno*, y las claves externas que sirven para acoplar la actividad interna con el medio.

El núcleo supraquiasmático del hipotálamo anterior es la estructura nerviosa que ha sido considerada el reloj interno. Las claves externas que regulan la ciclicidad de esos procesos biológicos son principalmente la *alternancia de la luz* y la *oscuridad*, la disponibilidad de comida y las claves sociales como serían los horarios que determinan nuestras actividades. Generalmente no estamos conscientes de este ritmo interno, excepto cuando se sufren los efectos del cambio rápido de una zona de tiempo a otra, como en los viajes transoceánicos (*jet lag*).

Los seres humanos aislados y sin exposición a la luz del día y a la oscuridad de la noche continúan por semanas sus ciclos de sueño y vigilia. La duración del día en estas condiciones es de aproximadamente 25 horas. Esto indica que el reloj interno puede movilizarse sin claves externas. Al ciclo del sueño y la vigilia se le llama *circadiano*, que significa “alrededor de un día”, y en general reciben este nombre los ritmos que se acoplan al ciclo luz-oscuridad.

Los ciclos cuya duración es inferior a las 24 horas se conocen como ciclos *ultradianos* y los que tienen una duración mayor son los llamados ciclos *infradianos*.

Los relojes endógenos controlan muchos procesos del organismo y muchos factores pueden afectar este control. El estudio de la forma en la cual se controlan endógenamente los procesos biológicos y el efecto de las condiciones externas sobre el reloj en animales provee datos importantes acerca de los mecanismos básicos del tiempo en los humanos.

En los mamíferos el núcleo supraquiasmático tiene un papel importante en el control y la coordinación del sistema de ritmos. La relación de este centro con las guías visuales es significativa.

Experimentos recientes han puesto de manifiesto que la actividad metabólica y la actividad eléctrica espontánea del núcleo supraquiasmático tienen su propio ritmo circadiano. Esta actividad rítmica persiste en los animales aun después de haberse separado las conexiones con otras partes del cerebro. Una rebanada del núcleo supraquiasmático contiene *osciladores circadianos* que se sostienen a sí mismos. Cuando se trasplanta el tejido que contiene núcleos supraquiasmáticos es posible restaurar los ritmos conductuales circadianos en animales a los cuales se destruyó esta parte del cerebro.

En los mamíferos la anatomía intrínseca del núcleo supraquiasmático, sus proyecciones de ingreso y egreso y la neuroquímica de sus células comienzan a aclararse. Se han encontrado más de 20 sustancias neurotransmisoras en esta región.

En los pájaros y en los mamíferos la *glándula pineal* y los ojos desempeñan un papel mayor en la regulación de los ritmos circadianos, aunque las especies difieren significativamente en la contribución relativa de cada una de estas estructuras. En ciertos pájaros la glándula pineal desempeña un papel predominante y actúa como un marcador circadiano en los ritmos conductuales. Sin embargo, el núcleo supraquiasmático es necesario para la conducta circadiana normal de estas especies. En las palomas los ojos contribuyen también a la conducta circadiana y se ha encontrado un patrón de organización similar en los reptiles, con las tres estructuras implicadas. Ojos y pineal también participan en la organización circadiana de anfibios y peces.

Los ritmos circadianos están controlados por genes y proteínas. Se han producido mutantes de la mosca de la fruta con relojes circadianos alterados. Algunos de estos relojes mutantes se adelantan, otros se atrasan y algunos no parecen llevar la cuenta del tiempo. El paso siguiente es aislar y caracterizar a los genes responsables y después encontrar qué es lo que está alterado en estos mutantes.

En los organismos unicelulares “el reloj y las manecillas” están contenidos en la simple célula. En el microorganismo bioluminiscente llamado *boinyaulax*, la emisión de la luz es brillante en la noche y muy tenue durante el día. La luminiscencia depende de varios factores bioquímicos incluyendo una enzima llamada luciferina. Se ha demostrado que esta enzima está presente durante la noche pero ausente durante el día.

Se tiene poca información de los componentes del núcleo supraquiasmático de los mamíferos. Uno de los probables controles del reloj en las células es mediante la síntesis y destrucción de sustancias bioquímicas. Se ha descubierto que este proceso implica un curso simple de síntesis de una vez al día, que es controlado por el nivel de la proteína y del sistema de síntesis de la proteína, de los ribosomas, y no depende del nivel de DNA. Es significativo que las drogas que tienen una influencia en el reloj son las mismas que actúan impidiendo las síntesis de las proteínas en los organismos.

Otro modelo que ha sido estudiado con éxito en años recientes es un crustáceo que tiene un reloj circadiano construido en cada ojo. Si el ojo del crustáceo *aplysia* se disecciona junto con el nervio óptico estas células sobreviven en cultivo hasta por dos semanas. El reloj en este ojo aislado continúa funcionando por ese

intervalo. El reloj puede leerse registrando el número de impulsos nerviosos por intervalo de tiempo conducidos a lo largo del nervio óptico. Estos estudios han demostrado que hay procesos circadianos controlados al nivel de la transcripción de DNA más que de la síntesis de proteínas. Es de pensarse que más de un mecanismo controla los procesos circadianos.

Algunos factores internos tienen un efecto profundo en los relojes; ponen y reponen el reloj todos los días, y esto puede ir más rápido o más lento dependiendo de la brillantez o del color de la luz. Los organismos superiores y los humanos tienen ojos o fotorreceptores especiales con vías neuronales al cerebro. De hecho el ojo es parte del cerebro, y la relación estrecha entre las vías ópticas y el reloj en el centro del cerebro señala la importante participación de la luz en el control de los ritmos.

NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL

El término *neurociencia* alude a una disciplina que se integra con la participación de otras disciplinas: biofísica, bioquímica, fisiología, anatomía, farmacología y psicología, y cuya meta es comprender la relación entre el cerebro y la conducta. Como disciplina de investigación independiente es relativamente nueva, ya que se originó en 1970.

El aumento de la información factual y conceptual acerca del cerebro proviene de una variedad de métodos de investigación relativamente nuevos y de la mejoría del poder analítico, es decir, la capacidad de plantear preguntas relevantes y obtener datos rigurosos para generar y poner a prueba hipótesis. El resultado es una disciplina científica de base amplia que avanza y produce nuevos conocimientos.

La neurociencia clínica, con base en la genética molecular y las imágenes cerebrales (tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética, imágenes neuromagnéticas y el mapeo eléctrico del cerebro), está conduciendo al conocimiento tanto de los mecanismos cerebrales subyacentes a los procesos mentales como de los mecanismos de acción de los agentes psicoactivos, y al diseño de drogas nuevas con apoyo de la computación. Se avanza en el conocimiento del desarrollo del cerebro y de los factores tróficos necesarios para su buen funcionamiento.

Las neurociencias nos acercan al umbral del conocimiento del órgano más complejo e importante: el cerebro humano.

La *sinapsis* es el punto focal de la función cerebral, conecta información de otras neuronas y señales que provienen de sitios distantes del espacio extracelular.³³ En esta forma, factores neuronales y nutricionales, además de fármacos, afectan al sistema nervioso (figura 6).

La *transmisión sinóptica* es mucho más compleja de lo que se había sospechado; implica más sustancias químicas, diferentes tipos de receptores y parece operar con casi cada combinación y permutación de transmisores y receptores. Antes se creía que los responsables de la transmisión sináptica eran solamente un número de compuestos, y ahora sabemos que hay más de 100. De estos transmisores, algunos pueden ser usados para llevar información sensorial primaria, en tanto que otros operan más lentamente o

sirven para modular las acciones de los anteriores. La transmisión está bajo una variedad de influencias reguladoras que la mantienen bajo control (figuras 7, 8, 9 y 10).

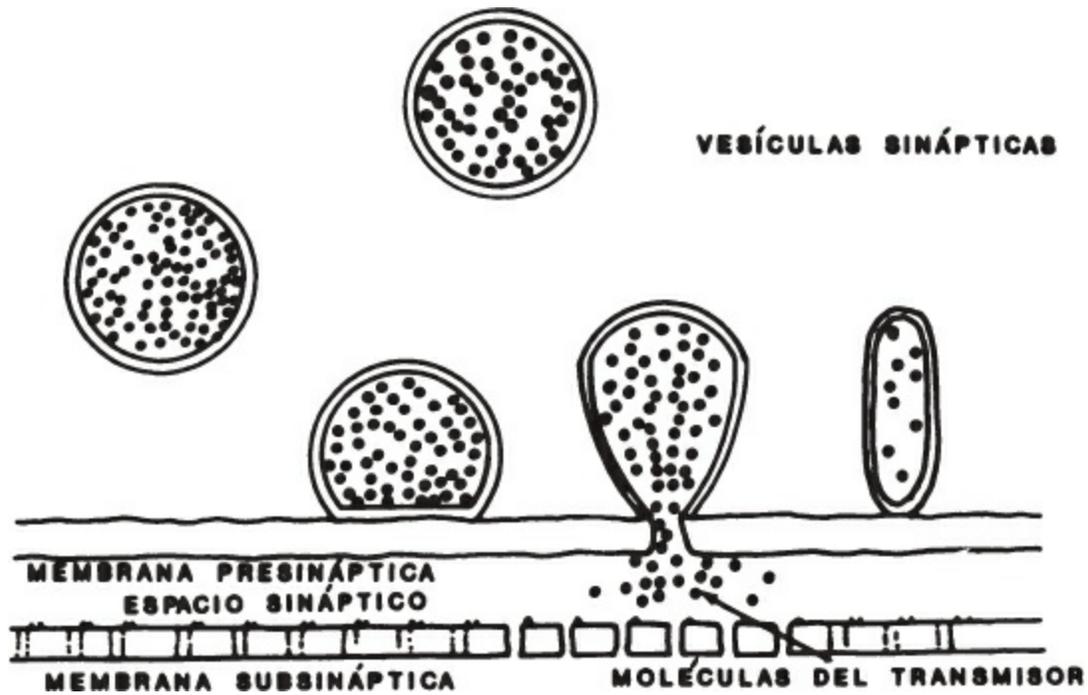


FIGURA 6. *Trasmisión sináptica.*

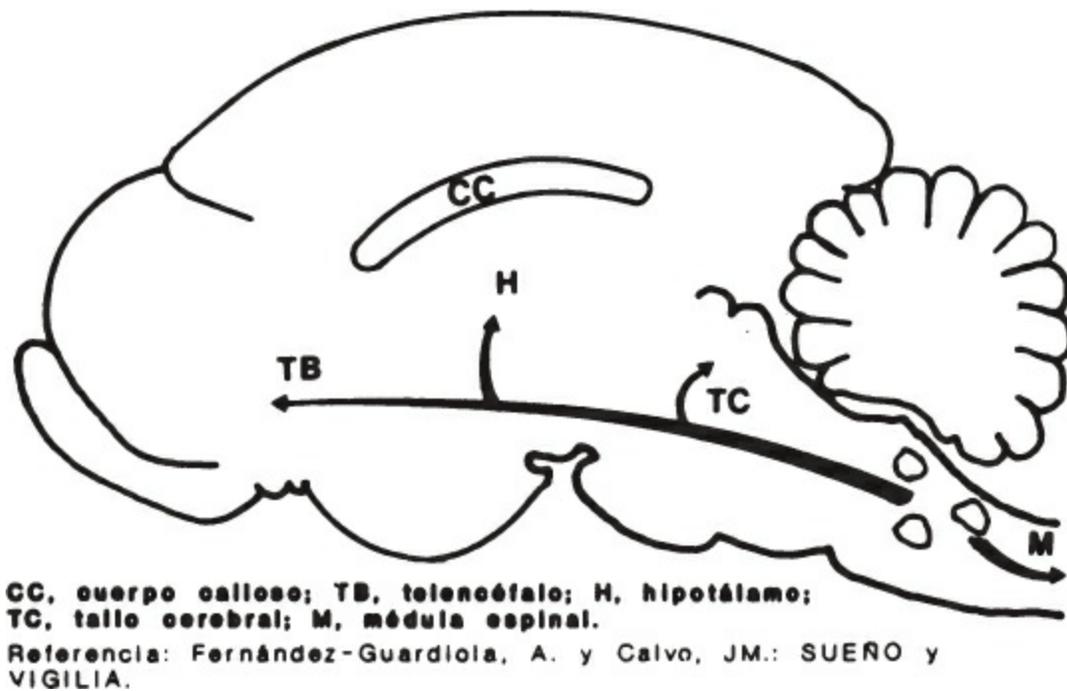
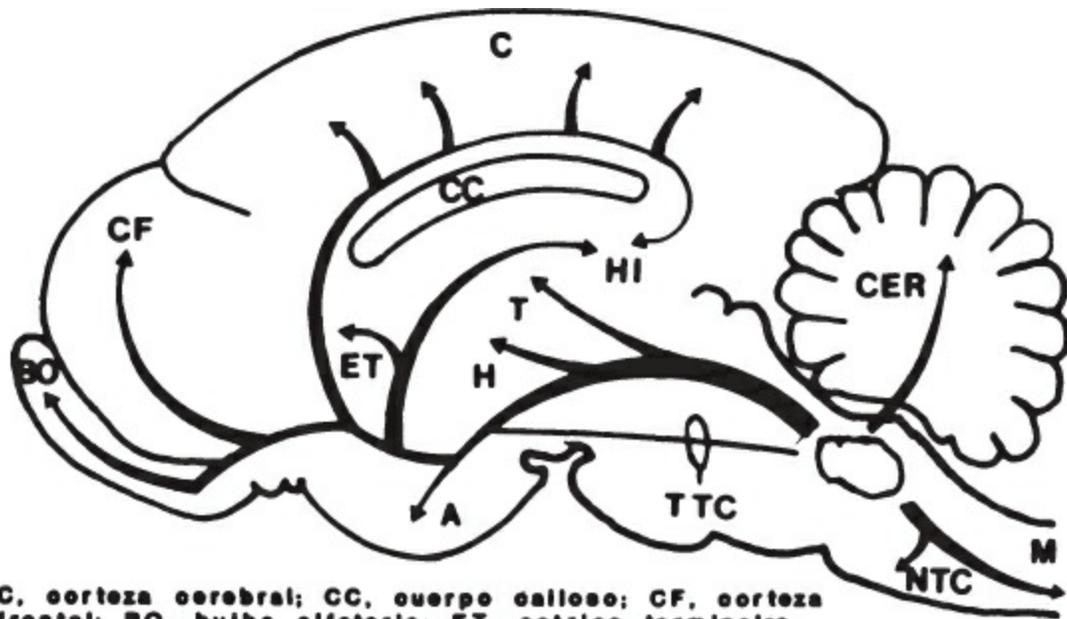


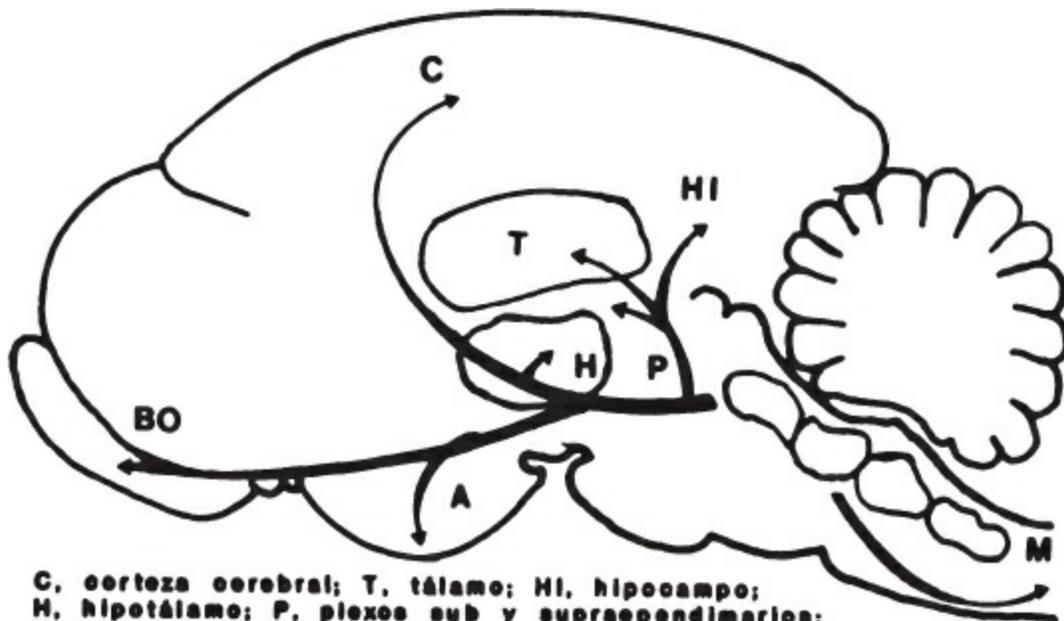
FIGURA 7. *Sistema lateral tegmental noradrenérgico.*



C, corteza cerebral; CC, cuerpo calloso; CF, corteza frontal; BO, bulbo olfatorio; ET, estrias terminales; HI, hipocampo; T, tálamo; H, hipotálamo; A, amígdala del lóbulo temporal; CER, cerebelo; TTC, tracto tegmental central; NTC, núcleos del tallo cerebral; M, médula espinal.

Referencia: Fernández-Guardiola, A. y Calvo, JM.: SUERO y VIGILIA.

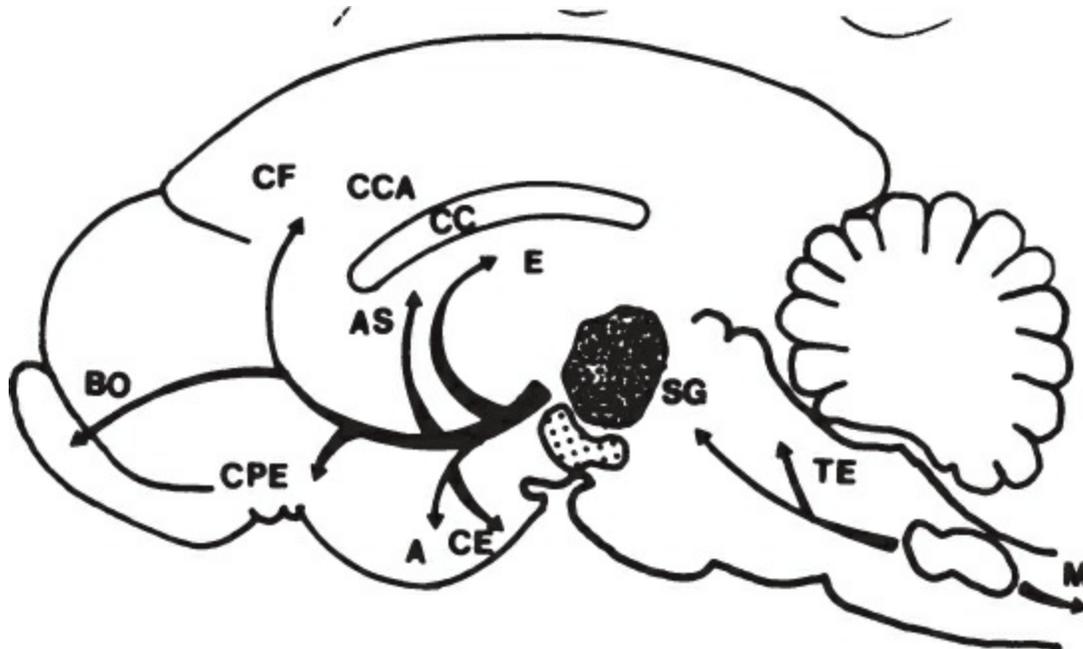
FIGURA 8. Sistema de neuronas con norepinefrina.



C, corteza cerebral; T, tálamo; HI, hipocampo; H, hipotálamo; P, plexos sub y supraependimarios; BO, bulbo olfatorio; A, amígdala del lóbulo temporal; M, médula espinal.

Referencia: Fernández-Guardiola, A. y Calvo, JM.: SUERO y VIGILIA.

FIGURA 9. Sistema de neuronas con serotonina.



CF, corteza frontal; CCA, corteza del cíngulo anterior;
 CC, cuerpo calloso; E, cuerpo estriado; A, área septal;
 BO, bulbo olfatorio; CPE, corteza perientorrinal;
 SG, sustancia gris periaqueductal; TE, tegmentum;
 A, amígdala del lóbulo temporal; CE, corteza entorrinal;
 M, médula espinal.

Referencia: Fernández-Guardiola, A. y Calvo, JM.: SUERO y VIGILIA.

FIGURA 10. *Sistemas neuronales con dopamina.*

Hoy se tienen nuevos conocimientos acerca de cómo se regula la transmisión sináptica. Se había asumido que ésta operaba sólo en una dirección, con transmisores liberados en un punto terminal y actuando en los receptores de las células siguientes. Recientemente se han identificado otros dos tipos de receptores presinápticos: autorreceptores y heterorreceptores. Otra línea de investigación se ocupa de las síntesis de neurotransmisores en el interior de la neurona presináptica. Algunas veces conviene un aumento en la transmisión sináptica, como cuando el sistema nervioso debe contender con una alteración abrupta en el ambiente. Bajo tales condiciones los nervios deben enviar y recibir señales a mayor velocidad. El aumento en la tasa de la biosíntesis del transmisor ha de hacerse de tal manera que al liberar más rápidamente al transmisor no queden vacíos sus almacenes.

Un hallazgo reciente es que las células nerviosas usan múltiples neurotransmisores. El papel de los neuropéptidos empieza a estudiarse con detalle. Los neuropéptidos pueden ejecutar varias funciones diferentes; una de ellas es la modificación de la transmisión química de rápida a semirrápida, otros modulan la transmisión haciéndola más lenta y otros más influyen en procesos como el crecimiento y el desarrollo. Hay datos para pensar que los neuropéptidos y los transmisores clásicos no son la única combinación. Estudios en diferentes especies muestran que la coexistencia de transmisores es un hecho que se preserva a través de la evolución. El significado fisiológico de esta coexistencia y

su papel en estados patológicos tiene el mayor interés.

Estudios con técnicas inmunohistoquímicas revelan la presencia del péptido colecistoquinina en diversas partes del cerebro coexistiendo en algunas neuronas con la dopamina; estudios bioquímicos y fisiológicos apuntan que la colecistoquinina modula las acciones de la dopamina en ciertas regiones neuronales. Como es sabido, los sistemas dopaminérgicos desempeñan un papel importante en la esquizofrenia.

Los neurotransmisores y sus receptores son solamente una parte del equipo de neurotransmisión. Otro componente son los canales iónicos: proteínas sensibles a cambios eléctricos y acciones químicas localizadas en la membrana de la célula. Cada célula nerviosa tiene de 10 a 20 diferentes tipos de canales iónicos y éstos se encuentran localizados en diferentes sitios en la neurona.

En los últimos años se han hecho progresos sustanciales en el desarrollo de técnicas de registro de las minúsculas señales eléctricas de una célula nerviosa y aun de un simple canal, tanto en animales vivientes como en células aisladas. Así se ha estudiado cómo responden los canales iónicos a la presencia de un ion particular, un neurotransmisor o una molécula tóxica. Un hallazgo importante es que solamente cerca de la mitad de las neuronas dopaminérgicas en el mesencéfalo envían espontáneamente y al unísono señales nerviosas; esto ha sugerido que en algunos trastornos, como la esquizofrenia, podría ocurrir que más neuronas dopaminérgicas de las necesarias podrían estar descargando en un momento dado.

La mayoría de los medicamentos actuales opera en la superficie de las células nerviosas afectando ya sea al receptor o a la cantidad de neurotransmisor presente en la sinapsis. Ahora que sabemos que la mayoría de los neurotransmisores usan mensajeros internos para llevar la señal mediante la célula nerviosa, es posible pensar que se desarrollarán drogas que interactúen con mensajeros bioquímicos internos.

Las formas de administración de las drogas también podrían llegar a cambiar. Los medicamentos administrados por vía oral o parenteral actúan en una región amplia del cerebro y, como resultado, los efectos pueden ocurrir en todos los sitios en que está activo el transmisor particular. Ésta es una fuente de efectos colaterales no deseados que puede ser reducida ligando la droga a un portador molecular que la lleve a la región específica del cerebro donde ejerza su acción terapéutica.

IMÁGENES FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES DEL CEREBRO

La corteza cerebral es asiento de los procesos mentales más elevados. Hasta épocas recientes se buscó en las autopsias anormalidades físicas y químicas en pacientes que en vida habían sufrido enfermedades mentales. Hoy en día se cuenta con varias técnicas de imágenes cerebrales que hacen posible señalar cambios finos en sujetos vivos, pensantes y actuantes, aun antes de que se haga aparente su conducta anormal. Estas nuevas técnicas ofrecen la oportunidad de estudiar las funciones cognitivas más elevadas en la corteza cerebral intacta.³⁴

Mediante la técnica de producción de imágenes llamada *tomografía por emisión de positrones* pueden medirse cuantitativamente procesos fisiológicos, bioquímicos y farmacológicos en el cuerpo viviente. Se administra al sujeto un compuesto activo marcado con un isótopo radiactivo. Estos compuestos se distribuyen por medio del cerebro de acuerdo con sus caracteres bioquímicos y se registra la radiactividad que emiten mediante un “escáner” tomográfico. Estas imágenes de corte transversal creadas a través de la reconstrucción mediante computadora son esencialmente *mapas bioquímicos* que nos permiten hacer mediciones simples de la función cerebral de organismos vivos, incluyendo los humanos.

Los radioisótopos que se usan en estos estudios se desintegran en segundos o minutos y por ello es mínima la exposición del sujeto a la radiación. Sin embargo, la brevedad de la vida de estos isótopos hace necesario tener el acceso a un ciclotrón médico.

El cerebro está organizado en redes neurales funcionales que por virtud de su complejidad pueden estar altamente integradas, cambiar dinámicamente bajo diferentes condiciones y ser alteradas por enfermedades. La tomografía por emisión de positrones provee la oportunidad de ver estas redes en acción, es decir, que los sujetos pueden ser examinados en diferentes estados conductuales. Por ejemplo, acostados durante el estudio inicial y después llevando a cabo tareas motoras, sensoriales, cognitivas, numéricas, escuchando música, etc. Los patrones cambiantes de la distribución de los isótopos indican los procesos bioquímicos y las redes neuronales que están implicados en estas tareas.

Las células nerviosas se comunican unas con otras usando sistemas de transmisores y receptores. En los últimos años la tomografía por emisión de positrones ha permitido ver las ligas neuroquímicas de los receptores en un sujeto vivo, dar una imagen de la distribución de los receptores y de los neurotransmisores mayores en el cerebro humano y determinar cuantitativamente el número y las características de estos receptores. Por otra parte, los estudios de la conducta normal en sujetos voluntarios han mostrado las redes sensoriales, auditivas, motoras y sensoriales en acción. Por ejemplo, la estimulación visual aumenta el metabolismo del cerebro en los centros visuales en proporción a la frecuencia y complejidad del estímulo. Las señales auditivas afectan tanto al hemisferio izquierdo como al derecho, pero en forma diferente. Los estímulos verbales causan respuestas en el hemisferio izquierdo de los individuos diestros, en tanto que los estímulos no verbales producen un resultado opuesto. La experiencia previa de los sujetos puede influir en cómo perciben sus cerebros estos tipos de estímulos. Los músicos profesionales y los individuos que usan enfoques altamente estereotipados y analíticos cuando escuchan música tienden a activar su hemisferio izquierdo, en tanto que escuchas menos experimentados o no analíticos tienden a activar su hemisferio derecho.

Las técnicas de la tomografía por emisión de positrones han permitido a los investigadores observar en la corteza del cerebro el proceso de aprender en personas que llevan a cabo una tarea. Por ejemplo, si la tarea está “sobrepensada”, como en el caso de firmar, se activan tanto la corteza como estructuras más primitivas. Aprender una

tarea motora puede causar la actividad de una red neuronal en diferentes regiones del cerebro. Cuando una enfermedad afecta estas áreas más primitivas del cerebro la corteza parece establecer el control sobre la tarea, permitiendo que la destreza se mantenga. Este mecanismo compensador tiene un precio, dado que algunos sujetos no pueden ejecutar la tarea en una forma automatizada y sobreaprendida sino que deben concentrarse en lo que están haciendo. Estos conocimientos son útiles en la rehabilitación de pacientes con lesiones cerebrales agudas y para identificar mecanismos subyacentes básicos que el cerebro usa para compensar el daño en enfermedades degenerativas.

La tomografía por emisión de positrones demuestra también lo que hacen las drogas en el cerebro humano. Se administran en dosis terapéuticas a un paciente, y la medición antes y después del tratamiento con cantidades dadas del trazador de compuestos biológicamente activos permite determinar el flujo de la sangre, el metabolismo u otros procesos naturales del cerebro. Se puede agregar a la droga un membrete radiactivo.

La concentración de la droga en diferentes regiones del cerebro puede entonces ser correlacionada con efectos terapéuticos en diferentes enfermedades. Por ejemplo, una población de pacientes con un trastorno psiquiátrico es evaluada en cuanto a los efectos de una droga X. Después de los tres meses de terapia, 10% de los pacientes mejora. Es posible que la droga haya sido considerada de escasa utilidad en el trastorno y lo más probable es que haya sido abandonada. Sin embargo, ese 10% recibió un beneficio notable. Marcando la droga y registrando con la tomografía por emisión de positrones las imágenes sería posible evidenciar características bioquímicas diferentes en los cerebros de los sujetos que responden satisfactoriamente. La tomografía por emisión de positrones puede ser usada para clasificar farmacológicamente a los pacientes con trastornos conductuales, neurológicos o psiquiátricos y para guiar la terapia proveyendo drogas específicas. En los próximos años esta técnica ayudará a los neurocientíficos a identificar la forma bioquímica de cada trastorno mental y sus subtipos. Los estudios en pacientes con trastornos de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo están ya generando datos iniciales acerca de las áreas que pueden ser afectadas por estos procesos de enfermedad durante sus fases sintomáticas, y han revelado alteración de flujo de sangre y del metabolismo de la glucosa en ciertas regiones del cerebro. La esquizofrenia es un trastorno que afecta los procesos del pensamiento. La tomografía por emisión de positrones da la oportunidad de observar cambios en las redes bioquímicas del cerebro en pacientes que reciben y quienes no reciben medicamentos.

Además la técnica permitirá a los investigadores determinar los efectos de varias terapias tanto biológicas como conductuales. Identificando las redes neuronales alteradas por el proceso de la enfermedad y restablecidas por el tratamiento, la tomografía por emisión de positrones puede aportar datos importantes en los mecanismos por los cuales hay mayor éxito terapéutico en ciertos grupos de pacientes. Un producto de este enfoque será guiar las terapias conductuales y mejorarlas, y también las estrategias de rehabilitación de pacientes con trastornos psiquiátricos.

En suma las aplicaciones de la tomografía por emisión de positrones a largo plazo en los trastornos conductuales y psiquiátricos darán un amplio margen de nuevo

conocimiento acerca de los procesos fundamentales de la función cerebral y de su alteración por estados de enfermedad.

Es posible que en el futuro los ensayos bioquímicos de sistemas neuronales sean comunes y la detección presintomática de enfermedades psiquiátricas sea posible. Estas técnicas orientarán la selección de la terapia y el seguimiento de los pacientes.

El *registro de señales magnéticas del cerebro* que corresponden a los procesos neurales que ocurren en la cognición es una técnica de desarrollo reciente. Es posible registrar, por medios no invasivos, las débiles señales magnéticas producidas por la actividad eléctrica en la corteza cerebral humana sin que sean distorsionadas por el cráneo. Esto hace posible medir signos eléctricos de la cognición y el pensamiento y localizar sus orígenes en el cerebro. Los experimentos iniciales con esta nueva técnica consistían en identificar señales neurales asociadas con la actividad de las áreas sensoriales primarias de la corteza que permiten al cerebro tener acceso al mundo exterior. Estas investigaciones tuvieron éxito ya que fue posible registrar desde el exterior del cráneo señales neurales preservando su localización intracraneal. Se han registrado señales de la corteza somatosensorial para el tacto y la vista y se han hecho mapas de estas vías. Los estudios han mostrado también que la corteza auditiva responde a señales nerviosas generadas en el oído de acuerdo con la frecuencia de las ondas sonoras. Es decir, diferentes partes de la corteza auditiva responden a señales nerviosas generadas en el oído de acuerdo con las frecuencias específicas de los sonidos. Además se ha encontrado que el lenguaje hablado y otra información auditiva son procesados en áreas separadas del cerebro.

Los métodos neuromagnéticos también se han usado para mapear y localizar señales generadas por descargas epilépticas debidas a daño cerebral localizado. En muchos casos estas ondas son producidas por la anormalidad cerebral causante de las crisis epilépticas. La neuromagnetometría es una guía muy útil para el tratamiento quirúrgico.

Las corrientes neurales relacionadas con los procesos del pensamiento requieren la limitación del campo magnético y obtener su distribución en la superficie de la cabeza. Se miden mediante un neuromagnetómetro, que contiene varios sensores magnéticos.

Las imágenes generadas por la *resonancia magnética* son insuperables en detalle y revelan cambios anatómicos aun mínimos que pueden ocurrir con el tiempo. La técnica permite identificar cambios previamente no reconocidos en el cerebro y provee información adicional acerca de anormalidades ya conocidas. Lo que es más importante, la imagen de la resonancia magnética aumenta nuestro conocimiento acerca de las anormalidades estructurales que aparecen por primera vez en el curso de una enfermedad, y hace posible correlacionar su evolución con las expresiones mentales y emocionales del trastorno.

En los últimos años la resonancia magnética ha sido accesible al estudio clínico de pacientes psiquiátricos y se han hecho algunas observaciones importantes. Por ejemplo, en enfermos esquizofrénicos la corteza cerebral, particularmente los lóbulos frontales, puede estar reducida en tamaño y en algunos casos la forma del cuerpo calloso que liga las dos mitades del cerebro es anormal. Estos hallazgos sugieren que una alteración

durante el desarrollo del cerebro cambió la organización de algunos subsistemas cerebrales en estos enfermos.

En una proporción importante de niños autistas se ha encontrado que una parte del cerebelo es más pequeña. La anomalía parece ser resultado de un desarrollo inadecuado de la región y difiere de otras anomalías observadas en otros trastornos del cerebelo. El cerebelo se ha relacionado con funciones conductuales afectadas en el autismo. En todo caso estos estudios permitirán conocer las porciones afectadas y no afectadas del cerebro y del cerebelo en su maduración que pueden perturbar toxinas, virus o lesiones.

Se ha confirmado que las anomalías cerebrales observadas en autopsias de niños con síndrome de Down están presentes tempranamente en la vida de estos niños.

También se han encontrado anomalías cerebrales estructurales en ancianos que no muestran síntomas de enfermedad. Estas irregularidades fueron raras en sujetos menores de 50 años y fueron más comunes conforme aumentaba la edad. Los cambios están aparentemente asociados con la vejez normal y con factores de riesgo vascular y pueden reflejar algún efecto latente en el sistema circulatorio cerebral. El significado de estas anomalías es aún incierto.

En enfermos con trastorno bipolar se han registrado señales aberrantes que expresan anomalías estructurales del cerebro. Esto no se observó en una muestra de voluntarios saludables. Los resultados son sorprendentes y sus implicaciones aún no son entendidas del todo, pero los pacientes con anomalías no eran más viejos que los otros, si bien parecían tener enfermedades más severas, lo cual se refleja en el número de hospitalizaciones. Lo que se ha detectado son algunos procesos degenerativos precoces en la depresión maniaca o tal vez los residuos de viejas lesiones que impiden la función normal de ciertos sistemas.

Se trabaja ahora en la ampliación de la tecnología de la resonancia magnética para hacer posible la medición de cambios bioquímicos en cerebros vivos. La resolución de las imágenes de la resonancia magnética es inherentemente superior a la tomografía por emisión de positrones. Mediante este método es posible medir la cantidad de sustancias químicas específicas presentes en diferentes partes del cerebro. Por ejemplo, usando la espectroscopia y la resonancia magnética se pueden medir los compuestos que contienen fósforo y el uso de energía a través del cerebro. El nivel de un lípido que contiene fósforo aumentó en algunas regiones del cerebro cuando sujetos voluntarios tomaron litio. Este cambio puede relacionarse con la acción terapéutica del litio, aún poco entendida, en el control de la enfermedad maniaco-depresiva.

Recientemente se ha estudiado mediante la resonancia magnética cómo ejercen su acción las benzodiazepinas. Las imágenes se usan para construir un mapa de los receptores con los que esta droga se liga. Los investigadores ligaron un pequeñísimo complejo magnético a moléculas de la droga y lo inyectaron después a conejos. El complejo altera el campo magnético donde está la droga, distorsionando la señal recibida. Las señales alteradas indican qué partes del cerebro son las que contienen receptores para la droga marcada.

Conforme mejore esta técnica dará información importante acerca de los cambios bioquímicos en los trastornos psiquiátricos, como una posible alteración en la densidad de receptores. Esto ayudará a conocer cómo actúan las drogas para controlar enfermedades mentales y cómo pueden mejorarse sus efectos.

Otra forma de obtener imágenes del cerebro es mediante el *análisis computarizado de la actividad eléctrica* del mismo.

Como es sabido, las técnicas electroencefalográficas generan más información que la que puede ser comprendida por la simple inspección visual. De ahí que se hayan desarrollado métodos como la extracción computarizada de datos y técnicas de análisis para producir mapas topográficos a color, codificados, ilustrando parámetros claves derivados de la actividad eléctrica del cerebro. La comparación estadística de estas imágenes puede generar mapas diferentes en distintos grupos.

El estudio de la actividad eléctrica del cerebro procesada por computación, el BEAM (*brain electrical activity mapping*), como se llama al nuevo electroencefalograma, continuará aportando nuevos conocimientos acerca de los procesos cerebrales. Por ahora, el mapeo computarizado de la actividad eléctrica del cerebro ha proporcionado evidencia convincente de que la dislexia está asociada con actividad eléctrica aberrante en dos regiones bien definidas de la corteza cerebral, estableciendo así la naturaleza inherente orgánica de esta condición patológica. Los hallazgos son consistentes y han provisto criterios para el reconocimiento de niños potencialmente disléxicos antes de su ingreso a la escuela primaria.

En los nacidos prematuramente se observan, con mayor frecuencia, trastornos conductuales y cognoscitivos que se expresan más tarde en su infancia. Los estudios de la actividad eléctrica cerebral en estos niños han puesto en evidencia patrones de actividad aberrante en la región frontal y en el hemisferio derecho. Esta actividad se asocia a un patrón conductual que sugiere problemas especiales, conducta social inapropiada y disfunción de los sistemas motores. En contraste, el lenguaje y la lectura no están perturbados y la actividad eléctrica del hemisferio izquierdo parece normal. Estos niños sufren no tanto por su incapacidad para aprender a leer, sino que tienen dificultades en su adaptación social que se derivan de sus alteraciones en la región frontal y el hemisferio derecho.

Estudios recientes de la actividad eléctrica del cerebro durante el envejecimiento normal han exhibido cambios menores en la actividad eléctrica de voluntarios sanos de 30 a 80 años. En contraste, enfermedades como la hipertensión y la diabetes producen cambios claros en la actividad cerebral. Estos cambios fueron vistos previamente como signos de envejecimiento, pero pueden más bien reflejar la alta incidencia de estas condiciones patológicas en los viejos. El mensaje es que si uno está libre de otras patologías, la función mental puede conservarse hasta épocas avanzadas de la vida.

El análisis computarizado de la actividad del cerebro es una gran promesa de poder hacer distinciones clínicas importantes entre pacientes que parecen estar demenciados, pero que en realidad están deprimidos, y personas que tienen signos iniciales de la enfermedad de Alzheimer.

Estudios de adultos que sufren depresión muestran que una región del cerebro puede estar implicada en el trastorno. El hemisferio derecho posterior parece ser eléctricamente más aberrante. Otras investigaciones muestran una actividad anormal en el cuadrante izquierdo posterior o en el cuadrante anterior izquierdo. Por lo tanto, es posible que los factores que nublan nuestra capacidad de comprender totalmente la depresión partan del hecho de que es un trastorno heterogéneo y que podemos aprender más si investigamos a los pacientes con un tipo de patrón electrofisiológico.

En la esquizofrenia la corteza de los lóbulos frontales muestra un metabolismo disminuido y en el electroencefalograma se observan ondas cerebrales paradójicamente lentas. Estudios recientes de mapeo demuestran claramente que hay una segunda alteración en la parte posterior de la región temporal izquierda de la corteza cerebral. Tales hallazgos guían la investigación del lóbulo temporal que puede estar implicado en forma prominente. Los estudios electroencefalográficos y electrofisiológicos prometen ayudar a los clínicos a dividir la esquizofrenia en grupos significativos con base en criterios objetivos.

En la práctica de la neurofisiología clínica la evaluación electroencefalográfica clásica será remplazada por el mapeo computarizado de la actividad eléctrica del cerebro. Esta técnica ofrece la posibilidad de un diagnóstico más correcto y cuantificado a un costo mucho más bajo que las imágenes neuromagnéticas, la tomografía por emisión de positrones o las imágenes por resonancia magnética.

LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

El estudio de la función cerebral mediante las técnicas de imágenes a las que ya hemos hecho referencia, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética, etc., aunque es útil en el diagnóstico y como guía para los tratamientos médicos y quirúrgicos no proporciona información sobre el impacto que la lesión tiene en la conducta. El estudio neuropsicológico tiene como objetivo determinar el impacto que una lesión cerebral tiene sobre la conducta del individuo.³⁵

La neuropsicología se desarrolló en respuesta a la necesidad de establecer un diagnóstico y la posible localización de una lesión en pacientes con daño cerebral. Las primeras evaluaciones neuropsicológicas fueron realizadas por médicos más que por psicólogos: Wernicke, Broca y Dax a mediados del siglo XIX.

Desarrollo histórico

A mediados del siglo XIX la teoría de las localizaciones era la de mayor influencia en la neuropsiquiatría. Se proponía que cada conducta se asociaba con un sustrato neurológico específico, de tal forma que la lesión de un área en particular tenía como resultado una secuela específica. En sujetos que presentaban alguna lesión cerebral se intentaba descubrir las deficiencias conductuales causadas por la lesión; posteriormente, con la

autopsia, podían correlacionarse las deficiencias conductuales y la localización de la lesión. Con esta forma de evaluación sólo se requería la demostración o no de deficiencias conductuales; la información era cualitativa y no requería cuantificación.

En las primeras décadas de este siglo la teoría de la equipotencialidad, opuesta a la anterior, cobró relieve. Lashley propuso que cada área del cerebro tenía una función, pero que todas las áreas del cerebro tenían un potencial similar para realizar cada función cerebral. En sus estudios de ablación de regiones del cerebro de ratas encontró que las deficiencias conductuales no se relacionaban tanto con la parte del cerebro como con la cantidad de tejido cerebral extirpado; sin embargo, reconoció que la rata no tiene el desarrollo del neocórtex que se observa en el humano, cuya estructura cerebral se encuentra más diferenciada. De acuerdo con la teoría se supuso que las lesiones cerebrales tendrían expresiones clínicas similares. A principios del siglo XX se tendió a diagnosticar las lesiones cerebrales sin tomar muy en cuenta su localización y extensión. Los conceptos *organicidad* y *funcionalidad* se usaron para diferenciar los casos en que las deficiencias conductuales se asociaban a una lesión del cerebro de aquellos en los que no se identificaba esta lesión. Lo importante era diferenciar los casos “orgánicos” de los “funcionales”, lo cual tenía también implicaciones para el tratamiento: los “funcionales” tendrían mejor pronóstico que los “orgánicos”. Un paso en el desarrollo de la neuropsicología moderna fue la introducción de evaluaciones psicométricas en la práctica clínica. En contraste con la evaluación de los pacientes mediante entrevistas, se introdujo en la clínica la medición mediante métodos psicométricos para estimar el daño en el sistema nervioso central. Instrumentos que habían sido empleados en el laboratorio de psicología se transformaron en instrumentos de empleo en la clínica. Dos pruebas empleadas con frecuencia para la detección de “organicidad” fueron la de Lauretta Bender y la de memoria de Wechsler, basadas en el concepto del daño cerebral inespecífico.

Hacia la quinta década nuevamente el acento se puso en las localizaciones cerebrales, coincidiendo con el desarrollo de nuevos métodos para el tratamiento de algunas lesiones, principalmente tumores y accidentes vasculares. Esto hizo necesario contar con técnicas no invasivas que permitieran la localización del daño. Ward Halstead revisó centenares de pruebas de daño cerebral para identificar los sensibles. Doce de estas pruebas, incluyendo la MMPI y el WAIS, formaron la primera batería estandarizada de pruebas neuropsicológicas que Ralph Reitan adaptó para su uso regular en la clínica.

Las ventajas del empleo de una batería de pruebas en la evaluación neuropsicológica son que permite identificar las áreas deficitarias y las que se han conservado, y es posible dar valores numéricos al deterioro. El empleo de una batería de pruebas estandarizadas facilita las comparaciones entre pacientes y entre centros de investigación y de asistencia.

Se han desarrollado otras baterías de pruebas neuropsicológicas. Entre ellas destaca la batería neuropsicológica conocida como Luria-Nebraska.

Usos en la práctica clínica

La evaluación neuropsicológica puede proporcionar la siguiente información en la clínica.

1) Establece la presencia de deficiencias cognoscitivas y conductuales consecutivas a una lesión cerebral, proporcionando información sobre el significado conductual de las lesiones. Esto es importante porque la respuesta al daño de un área determinada del cerebro varía debido a diferencias individuales en la organización del cerebro, el nivel educativo, la edad y otros factores.

2) Proporciona información sobre la localización de la lesión o proceso de enfermedad. En traumatismos craneoencefálicos leves, alteraciones metabólicas o etapas tempranas de enfermedades neurológicas progresivas, la evaluación neuropsicológica permite estimar cuál es el área afectada y la severidad de las deficiencias causadas por la lesión cerebral.

3) Establece tanto las áreas de deficiencia como las preservadas. Esto es muy importante porque, aun en las lesiones cerebrales más severas, hay algunas habilidades que se conservan. La evaluación de las habilidades residuales permite evaluar la posible adaptación del paciente a un ambiente determinado y evitar falsas expectativas.

4) Sugiere estrategias para ayudar a la rehabilitación óptima del paciente y estimar sus avances.

Un ejemplo del uso en la clínica es la evaluación del deterioro de la memoria a corto y a largo plazos en casos en que esta última esté relativamente conservada. Tal es el caso de las demencias. El retardo psicomotor se asocia generalmente con depresión y no con demencia.

Las enfermedades cerebrovasculares se acompañan a menudo de pérdidas en el funcionamiento cognoscitivo con alteraciones del lenguaje cuando está afectando el hemisferio dominante (izquierdo). La arteria cerebral media irriga las áreas perisilvianas del cerebro relacionadas con la comprensión y la producción del discurso. La evaluación neuropsicológica es útil para seguir la recuperación clínica y la rehabilitación. Algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y la esclerosis múltiple, suelen tener secuelas neuropsicológicas. La determinación del tipo y severidad de las mismas permite guiar mejor un programa de rehabilitación.

Después de un traumatismo craneoencefálico hay cambios cognoscitivos como la disminución de la atención, el deterioro de la habilidad para procesar información, los defectos de la memoria, etc. El síndrome del lóbulo frontal se caracteriza por deficiencias cognoscitivas muy específicas: falta de juicio, deficiencias en el pensamiento abstracto, problemas de concentración y perseveración.

Las evaluaciones neuropsicológicas permiten también seguir la evolución después de la cirugía cerebral.

Pueden abordarse igualmente los problemas de aprendizaje de los niños. Algunos muestran deficiencias en el procesamiento de la información verbal, otros, dificultades visuales. Con esta aproximación pueden desarrollarse programas específicamente adaptados para utilizar las capacidades cognoscitivas preservadas.

La evaluación neuropsicológica es útil también en pacientes epilépticos y psiquiátricos.

Algo semejante puede decirse de las deficiencias vitamínicas y el alcoholismo, dado que en ambas condiciones se dan deterioros cognoscitivos.

Instrumentos de evaluación

La evaluación de algunos enfermos cuando la exploración es limitada al examen clínico habitual, neurológico y psiquiátrico tiene limitaciones, la interpretación de los datos es subjetiva, y no se identifican las funciones preservadas.

El empleo de baterías de pruebas neuropsicológicas permite exámenes más fáciles, así como aplicar técnicas estadísticas multivariadas a los resultados.

Se cuenta con pruebas individuales que permiten reconocer algunas deficiencias y conjuntos de pruebas que evalúan un espectro mucho más amplio de funciones mentales.

La *prueba de retención visual de Benton* es una prueba breve de percepción visual, memoria y construcción. Está formada por tres conjuntos de 10 cartas cada uno, en las que existe un diseño geométrico abstracto. Puede administrarse de varias formas y es una medida de la integridad del proceso de construcción visual.

La *prueba gestáltica visomotora de Bender* ha sido de las más empleadas. Lauretta Bender intentó que fuera una medida de organicidad, nivel intelectual y también proyectiva. Se usa más para evaluar las habilidades visuales de construcción.

La *prueba de memoria de Wechsler* es un conjunto de seis subtests que valoran diferentes aspectos de la memoria. Evalúa principalmente material que se presenta en forma verbal.

La *escala de inteligencia para adultos de Wechsler (revisada)* y la *escala para niños (revisada)* del mismo autor tienen estructuras similares aunque difieren en contenidos y datos normativos. Ambas se componen de subtests que se agrupan en escalas de ejecución y verbal. Las subescalas reflejan lo que Wechsler consideró que eran los componentes de la inteligencia. Actualmente existe cierta controversia con relación al uso de la prueba de Wechsler para el diagnóstico de daño cerebral, con base en la disparidad entre las escalas verbal y de ejecución o en la amplia dispersión entre las subescalas.

La *batería de Halstead y Reitan* está formada por 13 pruebas que permiten la valoración de sujetos de más de 15 años. Se valora la ejecución táctil, la percepción de sonidos, el ritmo, etc. Reitan diseñó cuatro métodos de inferencia para la organización de los datos: en el análisis del nivel de ejecución se le compara con las normas de la población. En la evaluación de patrones se analizan las relaciones entre los resultados de las diferentes pruebas. Pueden detectarse deficiencias conductuales específicas cuya presencia invariablemente indica daño cerebral. La evaluación del funcionamiento motor y sensorial en ambos lados del cuerpo permite establecer la lateralización de una lesión del cerebro.

La *batería Luria-Nebraska* está formada por 14 escalas que evalúan varias funciones: motora, táctil, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, escritura, lectura, aritmética, memoria, ritmo, entre otras. Los resultados obtenidos con esta batería de pruebas

también pueden analizarse en diferentes niveles de inferencia. La estrategia de analizar los errores cometidos en las 14 escalas originales permite identificar daños orgánicos. En el análisis de localización se evalúan los reactivos por conjuntos que empíricamente se han asociado a disfunciones de las regiones frontal, temporal o parietoccipital y se distinguen las disfunciones de los hemisferios derecho e izquierdo. La evaluación factorial de las escalas permite dividir las 14 escalas originales en áreas de habilidades más básicas; a través del análisis factorial se han identificado 30 subescalas. En el análisis por reactivo se reanaliza la información obtenida por otros métodos con base en la ejecución en relación con los reactivos individuales; este nivel de análisis involucra la evaluación de fuerzas y deficiencias en el nivel más elemental de habilidades. El análisis cualitativo de la forma como se realiza una prueba permite saber cómo la persona compensa una deficiencia.

La evaluación neuropsicológica toma en cuenta el nivel de funcionamiento previo del individuo. Es claro que esta comparación no es posible en muchas ocasiones, por lo que sólo se toma en cuenta el nivel académico y laboral previamente alcanzado.

Las pruebas neuropsicológicas complementan el examen clínico cuidadoso y se correlacionan con los datos del estudio electroencefalográfico y de imágenes.

BASES GENÉTICAS DE LAS FUNCIONES Y DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En los últimos tiempos los avances en el campo de la genética han permitido comprender mejor el origen de muchas características normales y patológicas de los humanos.³⁶ La resistencia a ver objetivamente el papel de la herencia en las funciones mentales y la personalidad tiene como base la suposición de que, una vez establecido el origen genético de una enfermedad, las posibilidades terapéuticas son muy limitadas. La historia reciente de la medicina muestra que esto no es exacto; por ejemplo, la diabetes es una enfermedad con base genética que es combatida con éxito.

Conceptos básicos

Los cromosomas son organelos nucleares que se tiñen intensamente con los colorantes citológicos. Estas estructuras contienen las características hereditarias, estructurales y funcionales básicas de la especie.

Un hecho fundamental es que del total de cromosomas de una célula somática, no sexual o diploide (23 pares), la mitad proviene de cada progenitor. Las leyes derivadas de estas observaciones originales llevadas a cabo hace más de 100 años por Mendel sentaron las bases de la genética. Apoyándose en dichas observaciones Mendel formuló su *ley de la segregación independiente*. En ella señaló que las características de un organismo se heredan como unidades definidas, hoy llamadas genes, que no se mezclan en los descendientes, sino que se mantienen individualizadas.

En el ser humano, durante la fecundación el óvulo aporta 23 cromosomas y el espermatozoide otros 23. Estos cromosomas se unen en el cigoto, quedando unos genes enfrente de otros, en forma de pares homólogos. Puede ocurrir que un cromosoma contenga algunos genes idénticos a los del cromosoma homólogo. En ese caso se dice que el sujeto es *homocigoto* para esos genes en particular. Cuando el gen se recibe únicamente de uno de los padres y en el lugar, *locus*, correspondiente del otro cromosoma está un gen diferente que proviene de otro padre, se denomina al sujeto *heterocigoto*. Cuando, siendo diferentes ambos genes del par, únicamente se expresa el rasgo dado por uno de ellos, se dice que ese gen es dominante, llamándose recesivo al que no se manifestó. Para que un rasgo recesivo pueda expresarse es necesario que el sujeto sea homocigoto para ese gen.

Muchos padecimientos del ser humano son debidos a mutaciones de algún gen, determinadas por causas que son en buena parte ignoradas. Para predecir si una enfermedad podrá pasar de padres a hijos es necesario saber cuáles de esos genes se transmiten en forma recesiva y cuáles en forma dominante. Cuando se trata de afecciones debidas a genes dominantes, para que el sujeto las sufra basta que sea heterocigoto. Puesto que de dos cromosomas uno tiene el gen el riesgo de que lo trasmite a sus hijos es de 1:2. Los casos esporádicos de afecciones debidas a un gen dominante en un hijo de padres normales son consecuencia de mutaciones que ocurren en las células germinales de los progenitores.

Si la afección se debe a un gen mutante recesivo es necesario que quien la padezca sea homocigoto para ese gen. Los heterocigotos para dicho gen son clínicamente normales y su alteración latente se transmite por herencia a muchas generaciones, hasta que casualmente se da un enlace entre una pareja de heterocigotos para el mismo gen. En ese matrimonio las posibilidades de tener un hijo con el padecimiento es de 1:4. El riesgo de sufrir enfermedades determinadas genéticamente aumenta en los matrimonios consanguíneos, debido a que es más probable que ambos cónyuges sean heterocigotos para el mismo gen recesivo.

Puede ocurrir que un sujeto heterocigoto para un determinado gen recesivo tenga algunos cambios discretos que puedan ser identificados con procedimientos de laboratorio muy especializados. Esto permite saber si un sujeto es portador de alguna enfermedad ligada a la herencia, lo cual tiene gran importancia con fines de prevención. Por ejemplo, en la actualidad es posible conocer si un individuo tiene en uno de sus cromosomas el gen recesivo de la fenilcetonuria, mediante la prueba de tolerancia a la fenilalanina. Es de esperarse que habrán de diseñarse pruebas similares en relación con otros desórdenes genéticos.

Los cromosomas sexuales X y Y poseen segmentos aparejables y segmentos no aparejables. Cuando un gen se encuentra en un segmento aparejable, puede intercambiarse con el del segmento correspondiente del cromosoma homólogo. A este fenómeno se le llama entrecruzamiento (*crossing over*). Se dice que un gen se halla ligado al sexo cuando se localiza en uno de los segmentos no aparejables del cromosoma X o del Y. Si se halla situado en uno de esos segmentos del cromosoma Y, lo que es raro, jamás podrá producirse el entrecruzamiento con el cromosoma X, por lo tanto, será siempre transmitido de padre a hijo, puesto que el padre es quien proporciona dicho cromosoma Y, y éste sólo lo reciben los hijos varones. Si el gen se encuentra situado, como sucede más comúnmente, en el cromosoma X, el padre podrá transmitirlo a sus hijas, y la madre tanto a sus hijas como a sus hijos. En la hemofilia, el gen determinante se halla localizado en el único cromosoma X de los varones, quienes lo reciben de la madre. Únicamente las mujeres pueden ser transmisoras y sólo los hijos varones pueden sufrir la afección. Este patrón hereditario es característico no sólo de la hemofilia, sino de prácticamente todos los padecimientos recesivos ligados al sexo. Un carácter recesivo ligado al sexo se expresa en todos los hombres que posean el gen. En las mujeres sólo será así si son homocigotas a dicho gen.

Puede decirse que desde el principio mismo de la vida las mutaciones genéticas se han sucedido en series interminables y son, en gran medida, las responsables de la evolución. Algunas mutaciones ocurren espontáneamente, otras ocurren en respuesta a factores mutagénicos como radiaciones, productos químicos, etc. Es decir que desde un principio se hacen sentir los efectos del medio ambiente sobre la herencia.

Las mutaciones pueden consistir en cambios estructurales como duplicaciones, translocaciones, inversiones y pérdida de elementos, o en cambios químicos, en los que un componente es sustituido por otro o en los que ocurre una alteración en el orden de esos componentes. Algunas mutaciones son discretas, otras afectan a varios genes e incluso a todo un grupo de cromosomas. Ciertas mutaciones son letales, pero otras muchas pueden perpetuarse en las generaciones siguientes. En general, cuando la mutación de un simple gen es suficiente para expresarse sobre el vasto número de factores genéticos del trasfondo su efecto tiende a ser

patológico. Lo habitual, sin embargo, es que los genes mutantes no sean tan potentes y que causen solamente variaciones en las características del sujeto.

En el tipo de herencia multifactorial, genes que individualmente producen sólo efectos menores se acumulan y determinan resultados claramente observables. Hay datos para pensar que rasgos como la inteligencia, la estatura física, la longevidad y la resistencia selectiva a diversos tipos de enfermedades infecciosas están determinados poligenéticamente. Estos rasgos se distribuyen en la población general de acuerdo con una curva gaussiana, en cuyos extremos encontraríamos los casos en que la carencia o abundancia de los múltiples genes involucrados se hace más patente.

Las leyes mendelianas de la herencia no expresan sino la expectación promedio para un rasgo determinado genéticamente en una muestra representativa de la población. Los resultados están sujetos a la teoría de las probabilidades, si bien circunstancias especiales, como los cruzamientos selectivos, pueden interferir con el azar de una manera deseable o indeseable. De cualquier forma, rara vez ocurre que un gen sea el determinante absoluto de un rasgo; por lo general dicho gen se limita a poner en movimiento una reacción en cadena que puede ser modificada por la acción de otros genes o por factores ambientales prenatales o posnatales. En general la determinación de un rasgo particular o de un padecimiento es el resultado de una cadena continua de eventos y no la expresión de un defecto inalterable que está siempre presente en el momento del nacimiento.

Bases moleculares de los procesos genéticos

El conocimiento acerca de la composición química de los cromosomas y de los genes que contienen es relativamente reciente.

En 1928 Griffith hizo un experimento que es la base de la genética molecular. Comprobó que un extracto soluble de neumococos de constitución genética determinada daba lugar a una alteración hereditaria estable cuando se añadía a un cultivo de neumococos de otra cepa. Más adelante, en 1944 Avery descubrió que la sustancia química que determina la transformación es el ácido desoxirribonucleico (ADN). Hoy podemos considerar al cromosoma como una estructura que contiene apretadamente las moléculas de ADN.

Hemos llegado a saber que son más de 40 000 los genes en la especie humana, que químicamente son desoxirribonucleatos (puesto que se derivan del ADN), que tienen una posición definida en el cromosoma, que son capaces de duplicarse a sí mismos y que tienen la capacidad de mutar, esto es, de sufrir alteraciones sin perder la capacidad de reproducirse.

Diversas investigaciones demostraron que el ADN es una de las moléculas de mayor tamaño, compuesta de muchos millares de átomos. Su forma es la de una escalera de caracol en la que los “pasamanos” son cadenas de azúcar y fosfato, y los “peldaños”, las bases adenina, guanina, timina y citosina. Estas bases están agrupadas a modo de construir una verdadera clave genética que es, en última instancia, responsable de la estructura de las proteínas. Sin embargo, es indispensable un eslabón intermediario que es el ácido ribonucleico, ARN, sintetizado por la enzima transcriptasa. El ARN que

transcribe la información de las bases del ADN se llama ARN mensajero. Las secuencias lineales de aminoácidos de una proteína dada son determinadas exactamente por las secuencias lineales de las bases de la clave original. Esta relación del ADN al ARN, del ARN al polipéptido y del polipéptido a la proteína es el principio central de la biología molecular. Desde que se formuló este principio se han acumulado numerosos conocimientos, como el establecimiento de la universalidad de la clave, la identificación de los genes estructurales responsables de la síntesis de enzimas y la de los genes reguladores que conectan y desconectan la acción enzimática. En la actualidad es posible alterar deliberadamente el orden de las bases del ADN y producir diversas mutaciones. Aún no se sabe qué cambios en el orden de las bases producirían efectos favorables en la descendencia.

Trasmisión de la información genética

La trasmisión de la información genética, aunque se consideraba solamente relacionada con la herencia, es responsable de efectos tan diversos como la capacidad de realizar una cierta función metabólica, la formación de elementos estructurales en la célula o la producción de diferentes pigmentos biológicos.

La hipótesis “un gen-una enzima”, formulada por Garrod, ha tenido que modificarse porque se ha demostrado que en la síntesis de una enzima pueden intervenir varios genes ubicados incluso en cromosomas distintos. Por lo tanto, es más apropiada la aseveración “un gen-un polipéptido”. Esto significa que una cadena de bases nucleótidas determina la formación de una cadena polipéptida, la que al unirse con otras constituye una proteína. Estas proteínas pueden ser elementos estructurales de la célula o bien actuar como enzimas de distintos procesos metabólicos. Por ejemplo, la acción de diversas enzimas es responsable de la síntesis de los pigmentos de los insectos. Si ocurre una mutación en los genes que intervienen en la formación de esas enzimas, la síntesis del pigmento no ocurrirá.

Genética, psicología y patología mental

Las funciones mentales y la personalidad están sólidamente construidas sobre la estructura y función del sistema nervioso, las glándulas de secreción interna y en general sobre la fábrica total del organismo. Por lo tanto, tenemos que asumir que están sujetas a las leyes de la herencia y del ambiente. Es claro, sin embargo, que lo que se afirma de las funciones mentales no puede aplicarse a los contenidos. Así, la capacidad de aprender, común a los seres humanos, está esencialmente contenida en el plasma germinal; sus límites, es decir, el grado en que un individuo puede desarrollar esa capacidad en el curso de su vida, dependen de potencialidades genéticas individuales que le transmiten sus ancestros; pero lo que ese individuo aprende depende de las circunstancias de su ambiente natural y sociocultural. La capacidad de represión es también una característica

genética de la especie humana, pero lo que es reprimido por cada individuo depende de sus experiencias particulares, de las normas morales que adquiere, de sus frustraciones, sus angustias específicas, etc. Los individuos difieren entre sí por su dotación genética y por sus experiencias, y se asemejan e igualan en cuanto a que participen de las características comunes a la especie.

Es importante señalar que durante el desarrollo la actualización de potencialidades está regulada por la maduración de las estructuras cerebrales, la cual sigue un orden prestablecido. El niño adquiere primero la capacidad de enfocar la vista, después la de tenerse en pie, etc. Ningún tipo de estimulación permitirá a un niño hablar o controlar sus esfínteres antes de que maduren los centros cerebrales involucrados en esas funciones. No hay razón para pensar que las cosas sean distintas en lo que se refiere a funciones de la personalidad. Cada función existe preformada, pero su actualización requiere estímulos adecuados y sólo se desarrolla cuando las estructuras correspondientes están listas para ello.

Un aspecto de sumo interés es la demostración de que una misma dotación genética, esto es, un mismo genotipo, puede dar lugar, dentro de ciertos límites, a diferentes fenotipos, dependiendo del ambiente en el que ocurra el desarrollo. Son igualmente interesantes las observaciones provenientes del campo de la etología y de la psicología animal que muestran cómo la presencia o ausencia de ciertos estímulos en momentos críticos de la vida pueden determinar cambios persistentes en la conducta de los animales.

Las experiencias de Scott son muy demostrativas. Este investigador ha hecho advertir que, en cuanto a la capacidad de relación, hay diferencias notables entre perros de distintas razas. Los cachorros de algunas de estas razas tienden a establecer buenas relaciones sociales, independientemente de la forma en que hayan sido tratados antes. En otras razas los cachorros muestran inicialmente una gran timidez y si no se les cuida ni trata con cariño se vuelven sumamente agresivos. Sin embargo, si se les acaricia todos los días desde su nacimiento se vuelven mansos y sociables. Estas observaciones sugieren que en los animales la conducta instintiva está ya preparada al momento del nacimiento, pero necesita ser terminada por la experiencia y en ciertos momentos del desarrollo el papel modificador de los factores externos puede ser fundamental. Es también evidente que por distintos caminos se puede llegar a un resultado semejante: unos perros son mansos porque así nacieron y otros porque fueron acariciados.

Escalona ha demostrado que diferentes acciones de las madres pueden conducir a consecuencias parecidas en la conducta de los niños. Lo más importante no son tanto las acciones en sí, como la forma en que el niño experimenta a su madre. Esto depende a su vez de diferencias individuales que pueden o no ser notorias desde el principio. Las observaciones de esta autora enfatizan el carácter crucial de la experiencia del niño, que depende en parte de las situaciones externas, pero sobre todo de las circunstancias individuales.

Hemos dicho ya que la teoría aceptada es que los caracteres adquiridos no se heredan, sino que solamente se transmiten los genes normales o las mutaciones de los mismos.

Hay, sin embargo, datos que sugieren que los efectos de experiencias favorables y desfavorables pueden ser preservados y transmitirse a la descendencia como predisposiciones constitucionales. La explicación pudiera radicar en influencias que se ejercen durante la vida intrauterina sobre el embrión. Hace muchos años Pavlov hizo notar que la cuarta generación de una colonia de ratas requirió sólo 10 intentos para resolver un laberinto cuyo aprendizaje había tomado a sus tatarabuelos 300 ensayos. Algunos investigadores opinan que cierta forma de “lamarquismo” ya no es inaceptable en el discurso científico. La interpretación actual del fenómeno es diferente, desde luego, a las hipótesis originales de Lamarck.

En este mismo sentido, hay reportes de una tendencia creciente a la úlcera gástrica en generaciones sucesivas de ratas sujetas durante un tiempo a inmovilización forzada. La vulnerabilidad psicosomática, “casi heredada”, al igual que la transmisión materna de la susceptibilidad al “estrés” que ocurre en los perros se deben posiblemente a que el medio interno se hace crecientemente adverso para el embrión. Las observaciones citadas refuerzan la idea de Stieglitz de que los organismos aprenden mucho en su existencia intrauterina, tal vez más que en el resto de su vida.

La naturaleza provee un experimento casi perfecto para el estudio de la herencia desde el punto de vista clínico: los gemelos univitelinos. De ellos puede decirse que, si bien factores intrauterinos y de tránsito a través del canal pélvico pueden establecer diferencias desde un principio, básicamente poseen potencialidades genéticas idénticas. Los estudios en estos gemelos, entre los que pueden citarse los de Kallmann³⁷ y otros muchos, han dejado establecida la importancia de la herencia en algunas funciones mentales y en algunos desórdenes de las mismas. Al respecto han sido particularmente interesantes por su carácter de pioneros los trabajos de Newman, Holzinger y Freeman, quienes después de estudiar 20 casos de gemelos monocigóticos criados juntos concluyeron que, si bien existen mayores semejanzas entre éstos que entre hermanos o extraños, hay diferencias, y la influencia del ambiente fue importante en su determinación. Estas diferencias se refieren tanto a funciones aisladas, esto es, inteligencia, memoria, etc., como a la personalidad en su conjunto. Cuanto más nos acercamos a los valores medios de habilidad y personalidad, tanto más importantes parecen ser los factores ambientales.

Los mismos autores confirman, estudiando a niños criados en hogares sustitutos, que el uso de una función determinada y su estimulación por el ambiente influyen definitivamente en su desarrollo. Esto es evidente en relación con las funciones intelectuales.

En otro tipo de estudios se pone de manifiesto que el genio, la habilidad musical, la habilidad matemática, el talento lingüístico, etc., son indudablemente resultado de la herencia, pero aun en estos casos, para que la capacidad alcance su máxima plenitud es necesario que el ambiente sea estimulante.

La historia proporciona numerosos ejemplos de cómo el ambiente es eficaz para modelar y conformar a los seres humanos. Meyerson cita a los normandos, pueblo que a principios de la Edad Media se caracterizó por su belicosidad y que arrasó y dominó

buena parte de Europa, mostrando siempre su afición al robo, al rapto y a la crueldad. Pues bien, los normandos son los ancestros biológicos de los escandinavos, cuya historia social en los últimos tiempos los caracteriza por su tranquilidad, su amor y respeto a la libertad, la armonía entre sus grupos internos y su capacidad de solucionar pacíficamente sus diferencias con otros pueblos. No necesitamos suponer nuevos factores genéticos para explicar el cambio. Tal vez baste considerar que, cuando una nueva Europa surgió, los hizo comparativamente pequeños en fuerza y número. Las nuevas condiciones estimularon en ellos el desarrollo de otras cualidades, las que han quedado engranadas en su “carácter nacional”.

En los últimos años se ha podido valorar también el papel de la herencia en algunos padecimientos mentales. Así, ha sido posible relacionar anomalías de los cromosomas con ciertas formas de oligofrenia. En niveles más finos se ha podido determinar que la presencia de ciertos genes autosómicos recesivos producen en un homocigoto errores del metabolismo asociados con deficiencia mental. En la mayoría de los pacientes psicóticos y neuróticos no se ha aclarado la relación específica que pudiera haber entre una serie de genes mutantes y un defecto enzimático responsable del desorden, ni se han encontrado alteraciones cromosómicas definidas. La intervención de factores genéticos en estos desórdenes se infiere de estudios estadísticos, en los cuales se atienden aspectos como la incidencia de la enfermedad en un área geográfica determinada, la frecuencia con que se presenta en ciertas familias, la posible relación de consanguinidad entre los sujetos que la padecen, el tipo de esa consanguinidad, el grado en que están afectados los gemelos de un enfermo, etc. Estos estudios permiten valorar el papel de la herencia en diversos problemas psicopatológicos pero no tienen un valor tan elevado como el hallazgo de una relación clara entre una anomalía genética y un problema en los mecanismos bioquímicos cerebrales, o entre una anomalía cromosómica y una alteración específica de las funciones mentales.

Avances importantes en el campo de la ingeniería genética relacionados con la psiquiatría han permitido, por ejemplo, la identificación del cromosoma 4 como determinante genético de la enfermedad de Huntington, del cromosoma 21 en la enfermedad de Alzheimer y del cromosoma 11 en la enfermedad maniaco-depresiva. La identificación de los genes responsables de estos padecimientos nos permite no ver la herencia como destino irrevocable, dado que los genes ejercen su influencia mediante cambios químicos sobre los cuales se puede actuar y puesto que los propios genes pueden ser objeto de manipulaciones externas.

Es claro que no está justificado excluir la etiología genética en una enfermedad por el hecho de encontrar una constitución cromosómica aparentemente normal. Los avances que están ocurriendo en el campo de la citogenética pueden hacer que en poco tiempo nos parezcan demasiado burdos los actuales criterios morfológicos. En la actualidad solamente apreciamos anomalías cromosómicas masivas que acompañan a trastornos importantes del desarrollo, pero no sería de extrañar que un tejido tan diferenciado como el sistema nervioso central reaccionara a modificaciones cromosómicas sumamente finas.

Metodología de los estudios psiquiátricos genéticos

Los medios para estudiar la presencia de factores genéticos en los desórdenes psicopatológicos son en primer lugar los estudios familiares, seguidos de los estudios de gemelos y los de adopción. Un avance importante en la tecnología genética es la investigación de la asociación entre algunos trastornos psiquiátricos y marcadores genéticos. El hallazgo de esta asociación entre ciertos genes y ciertos trastornos provee medios prácticos para determinar la predisposición genética. Así, el hallazgo de un gen mayor excluiría el modo de herencia poligénica. Hasta ahora la información en este campo es limitada.

Los *estudios de familias* son útiles para una estimación de riesgo en relación con varios trastornos entre los parientes de las personas afectadas. Por sí sola la concentración de varios enfermos en una familia no permite distinguir entre factores genéticos y ambientales.

En general, los *estudios de gemelos* consisten en comparar dos tipos de pares de gemelos: monocigóticos y dicigóticos. Se asume que los gemelos monocigóticos son 100% genéticamente idénticos, en tanto que los gemelos dicigóticos son 50% genéticamente idénticos, como otros hermanos. Dado que los gemelos monocigóticos tienen genes idénticos, la diferencia entre ellos debe atribuirse a factores no genéticos. Por otra parte, no puede asumirse que la similitud entre los pares de gemelos, es decir, su concordancia para una condición patológica, se deba totalmente a factores genéticos, puesto que el ambiente en que ellos se desarrollan es en gran parte idéntico.

Los estudios de gemelos sujetan a prueba la hipótesis de que los factores genéticos están presentes en una condición dada, comparando la tasa de concordancia para esa condición patológica entre gemelos monocigóticos y dicigóticos. Se asume que los efectos ambientales son aproximadamente iguales para ambos tipos de gemelos. En una muestra representativa de gemelos monocigóticos, si la tasa de concordancia es significativamente más alta que la de los dicigóticos, la evidencia de que la condición en estudio está influida por factores genéticos es poderosa, aun cuando los estudios de gemelos no pueden separar completamente los factores genéticos de las influencias ambientales.

Los *estudios de adopción* permiten establecer con mayor certeza la separación de las influencias genéticas y ambientales. Los estudios requieren identificar personas que al nacimiento fueron separadas de sus padres biológicos y criados por padres adoptivos, no relacionados. Así se pueden separar las influencias interactivas de genes y ambiente en un trastorno o enfermedad. Si el adoptado es como sus parientes biológicos más que como sus parientes adoptivos, se asume la participación de un factor genético. Hay cuatro diseños en los estudios de adopción: el estudio del adoptado, el estudio de los padres del adoptado, el estudio de la familia del adoptado y un diseño de adopción cruzada.

En un diseño de estudio del adoptado se investiga la tasa del trastorno en los niños adoptados de padres enfermos. En los estudios de los padres del adoptado y de la familia sanguínea se investiga la tasa del trastorno en los padres y parientes de los enfermos

adoptados. Los estudios de adopción cruzada investigan la tasa del trastorno en niños nacidos de padres normales, pero criados con padres adoptivos que sufren el trastorno.

Ocasionalmente se combinan los estudios de adopción y los estudios de gemelos en una investigación de gemelos monocigóticos criados aparte.

Estimación de riesgos para trastornos psicopatológicos específicos

Para estimar el riesgo de varios trastornos psicopatológicos el médico debe distinguir entre las estimaciones exactas basadas en mecanismos genéticos conocidos y estimaciones empíricas basadas en la frecuencia del trastorno observado. Los datos han de usarse cuando son claramente de beneficio para los pacientes o sus familiares.

Las estimaciones del riesgo empírico se establecen mediante estudios familiares que investigan la frecuencia de trastornos entre los parientes. Cuando la frecuencia del trastorno entre los parientes de pacientes afectados es más alta que el riesgo en la población general, y cuando la frecuencia del mismo es más alta entre los parientes cercanos que entre los parientes distantes, la cifra de riesgo ofrece evidencia sugestiva, pero no conclusiva, del factor genético.

Las estimaciones empíricas deben ser vistas con cautela, puesto que muchos factores pueden requerir corrección. Las observaciones pueden basarse en estudios epidemiológicos sesgados. Varios de estos estudios ofrecen estimaciones muy diferentes, que pueden reflejar diferencias culturales. Finalmente, la estimación del riesgo empírico puede ser irrelevante o aun desorientadora, por ejemplo, citar una cifra de 15% de riesgo empírico a un paciente cuya historia familiar para un trastorno dado muestra herencia dominante y penetración completa, que establecería el riesgo para hermanos y descendientes de 50%, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer.

¿Cómo se heredan los desórdenes psiquiátricos específicos? Es necesario que el médico remplace las cifras empíricas de riesgo con estimaciones más exactas para trastornos que han sido específicamente diagnosticados. Desafortunadamente, no se sabe todo lo necesario acerca de los modos de herencia de los trastornos psiquiátricos severos. En este estado de incertidumbre los investigadores han interpretado los datos accesibles y formulado teorías acerca de los modos genéticos posibles de transmisión de muchos trastornos. Hay controversia acerca de tales teorías que no mencionaremos. Presentaremos algunos esquemas de modelos genéticos que han sido propuestos para los trastornos psiquiátricos severos.

Esquizofrenia

Las investigaciones de gemelos llevadas a cabo en diferentes países han mostrado que los gemelos monocigóticos tienen tasas de concordancia significativamente mayores para la esquizofrenia que los pares de gemelos dicigóticos. Globalmente se ha calculado que la tasa de concordancia de gemelos monocigóticos es de 45%, en tanto que la tasa de los

dicigóticos es de 14 por ciento.

El hecho de que las tasas de concordancia en los monocigóticos son inferiores a 50% sugiere que hay también factores ambientales que desempeñan un papel significativo en la transmisión de la esquizofrenia.

En 1970 una serie de estudios en Dinamarca demostró que la esquizofrenia y las enfermedades relacionadas eran más comunes en los familiares biológicos de niños adoptados que desarrollan esquizofrenia que en los parientes biológicos de niños adoptados que no presentaron este trastorno. En los parientes adoptivos de los niños que desarrollaron esquizofrenia ésta no se presentó con una frecuencia superior a la de la población general. La implicación es que la esquizofrenia, por lo menos en parte, es transmitida genéticamente.

En un estudio de niños adoptados, criados por padres esquizofrénicos, se encontró sólo 5% de esquizofrénicos, en tanto que la tasa de esquizofrenia en hijos de padres con este trastorno, que fueron adoptados, fue de casi 20 por ciento. Estos hallazgos sugieren que la esquizofrenia en uno de los padres no promueve su desarrollo en un hijo si no está genéticamente predispuesto a la esquizofrenia.

El riesgo de la población general para la esquizofrenia, de acuerdo con los datos de 19 investigadores de seis países, es de aproximadamente 1 por ciento. Entre los parientes de primer grado de esquizofrénicos las tasas de riesgo son aproximadamente 10 veces mayores que las de la población general y cerca de tres veces las de parientes más distantes. La mayoría de estos datos se ha obtenido de estudios clásicos europeos que reflejan el riesgo empírico para la esquizofrenia procesal, la forma usualmente más severa y deteriorante. Si se incluyen síndromes más discretos como los casos limítrofes, los agudos, los latentes o los esquizoafectivos, como se hace frecuentemente en los Estados Unidos, el número total de esquizofrénicos diagnosticados sería mucho más elevado y las estimaciones del riesgo serían diferentes. No se tienen estimaciones correctas de riesgo para parientes de esquizofrénicos “limítrofes”, debido a la ambigüedad de la definición. Hay estudios recientes que muestran que parientes de esquizofrénicos tienen un riesgo alto para dos tipos de trastornos de la personalidad: el esquizotípico y el paranoide.

Los modelos teóricos para explicar la herencia de la esquizofrenia son de tres clases: monogénica, poligénica y heterogénica.

Los modelos monogénicos postulan la acción de un gen simple específico para la esquizofrenia. El modelo de un gen recesivo no es ampliamente invocado. La mayoría de los modelos monogénicos postula un gen dominante cuyos efectos son modificados por otros genes en otras localizaciones, de penetrancia reducida.

Las teorías poligénicas encajan suficientemente bien con los datos accesibles para propósitos prácticos.

Las teorías de la heterogeneidad genética proponen que la esquizofrenia no es una entidad nosológica sino diversas enfermedades que probablemente tienen etiología y modos de transmisión diferentes.

Podemos concluir que en la mayoría de los casos en que se diagnostica esquizofrenia hay una base genética. En ocasiones esta alteración es severa y la enfermedad se manifiesta sin influencia importante del medio y de las experiencias del sujeto. En otras ocasiones el factor genético determina una predisposición a desarrollar el padecimiento. Si el individuo enferma mentalmente, su enfermedad será habitualmente esquizofrenia, pero el que desarrolle o no la forma abierta de la enfermedad, la edad a la que se inicien sus manifestaciones, así como los detalles de su sintomatología y su severidad, están probablemente relacionados con factores experienciales. Sin embargo, no hay datos para pensar que factores ambientales familiares sean por sí solos suficientes para causar esquizofrenia.

Trastornos afectivos

Un estado depresivo puede parecer explicable o no en función de la situación de quien lo padece. En todo caso, no es fácil saber con certeza si una situación adversa o de pérdida ha actualizado tendencias endógenas latentes. En otras, que se califican de formas reactivas, el factor desencadenante es de tal magnitud y la relación cronológica entre él y el trastorno afectivo es tan clara, que hay que considerar que ese factor intrínseco es el más importante. En ocasiones, el estado depresivo sólo es explicable en función de una poderosa predisposición constitucional.

Los trastornos afectivos mayores son la forma bipolar o maniaco-depresiva y las depresiones unipolares severas que ocurren en 1 y 6% de la población, respectivamente. Familiares en primer grado (hermanos, hermanas, padres e hijos de pacientes con estos trastornos) sufren también de enfermedad afectiva severa con una tasa que es de tres a cuatro veces mayor que la de la población general. También tienen una tasa más alta de algunos trastornos depresivos más leves. Por ejemplo, la personalidad ciclotímica, caracterizada por oscilaciones moderadas del humor, es relativamente común en las familias de pacientes con trastornos bipolares. Parientes de pacientes con depresión unipolar severa pueden tener también un riesgo mayor de depresión leve. Algunas familias muestran evidencia de ambos trastornos del humor y trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) y otros tienen enfermedad esquizoafectiva. Todos estos trastornos pueden resultar en parte de una vulnerabilidad genética común.

El análisis de siete estudios importantes de gemelos muestra una concordancia en los monocigóticos de 76%, en comparación con 19% en gemelos dicigóticos. Los estudios de gemelos monocigóticos criados aparte muestran una tasa de concordancia de 67%, que estadísticamente es similar a la concordancia total para los gemelos monocigóticos. La diferencia en las tasas de concordancia entre monocigóticos y dicigóticos indica un poderoso factor genético.

Recientemente Mendlewicz y Rainer³⁸ condujeron en Bélgica un estudio de padres de sujetos adoptados que apoyan fuertemente los estudios de gemelos, mostrando el peso de los factores genéticos. En la comparación de padres biológicos y adoptivos de sujetos bipolares adoptados los primeros mostraron tasas significativamente más altas para toda

la psicopatología, 40% v.v. 16%, particularmente en trastornos afectivos. A mayor abundamiento, la tasa de trastornos afectivos en los padres biológicos fue de 31%, semejante a la tasa de trastornos afectivos entre padres de 37 bipolares no adoptados, que fue de 26 por ciento. Este estudio, en el cual se usó un riguroso diseño de investigación para controlar los factores ambientales, ofrece un apoyo fuerte a estudios anteriores que muestran el peso de los factores genéticos en la enfermedad bipolar. En un estudio reciente de adopción se reporta también una incidencia significativamente aumentada de depresión en sujetos adoptados cuyos padres sufren trastornos afectivos.

En una población de Islandia se ha estimado que el riesgo, ajustado a la edad, de psicosis maniaco-depresiva en la población general es de 1.8% para los varones y 2.5% para las mujeres. Otros estudios indican tasas de riesgo entre los parientes de primer grado de pacientes con trastorno afectivo de 10 a 38 por ciento. La cifra de riesgo más alta refleja muestras de pacientes que sólo contienen casos del desorden afectivo bipolar. Winokur y Clayton³⁹ han estimado que el riesgo para los parientes de una persona afectada aumenta a 26% cuando un padre está afectado y sube a 43% cuando ambos padres están afectados.

No se conoce el modo exacto de transmisión del trastorno afectivo, pero se han propuesto varias teorías genéticas. Entre ellas: el modelo de la heterogeneidad genética, el de herencia ligada con el cromosoma X, el modelo autosómico dominante y el poligénico.⁴⁰

Numerosos estudios muestran que el trastorno afectivo bipolar es genéticamente distinto del unipolar. Otros estudios ofrecen evidencia adicional de esta distinción. Como grupo los pacientes bipolares responden mejor al tratamiento con el carbonato de litio. Algunos estudios sugieren que la depresión unipolar puede comprender dos tipos genéticamente distintos: la enfermedad de “espectro depresivo”, que ocurre particularmente en mujeres de menos de 40 años, y la enfermedad depresiva pura, que ocurre principalmente en varones de más de 40 años. La hipótesis no está suficientemente probada.

Algunos estudios de adopción ofrecen datos de un modo de transmisión ligado al cromosoma X en los desórdenes bipolares.⁴¹ La hipótesis recibe apoyo de estudios que vinculan el desorden bipolar con marcadores genéticos como la ceguera para los colores. La información de la vinculación X no es muy útil en el consejo genético, puesto que no es posible determinar clínicamente qué casos de trastorno afectivo bipolar están ligados con el sexo.

Otras teorías genéticas de la transmisión de los trastornos afectivos han invocado un gen autosómico dominante simple de aproximadamente 30% de penetración o un modelo poligénico con una gran variabilidad. Ciertas técnicas estadísticas, como el análisis del modelo del umbral y el análisis de segregación, han sido diseñadas recientemente con el propósito de determinar si son genes mayores simples o grupos de genes los responsables de la transmisión genética; sin embargo, no se han obtenido resultados concluyentes.

Demencias preseniles

Desde la perspectiva del consejo genético las formas preseniles de la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick son importantes porque se trata de condiciones deteriorantes que comienzan usualmente a la mitad de la vida e imponen en su conjunto una carga mayor que las formas de principio más tardío, como la demencia senil. Usualmente los genes son transmitidos a los descendientes antes de que la enfermedad se manifieste en los padres.

La corea de Huntington se manifiesta, además de por alteraciones de los movimientos, por un síndrome demencial. Toda vez que la corea de Huntington es transmitida por un gen dominante autosómico con la penetración dependiente de la edad, el riesgo no modificado para los parientes y descendientes de los sujetos afectados es de 50 por ciento. Tomando este dato como punto de partida se puede estimar la probabilidad de que una persona desarrolle la enfermedad en una edad, puesto que el riesgo de principio puede considerarse distribuido normalmente. Conforme la persona pasa la edad de riesgo sin desarrollar la enfermedad, las estimaciones del riesgo bajan continuamente con base en los datos de principio de una fecha razonablemente correcta.

Se estima que el riesgo de la población general para las enfermedades de Alzheimer y de Pick juntas es de aproximadamente 0.1 por ciento. El riesgo es de 15% para todos los hermanos, y de 5 a 16% cuando por lo menos uno de los padres es afectado. En familias en las cuales hay un patrón autosómico dominante de herencia los riesgos son muy claros: 50% para los hermanos y descendientes de los casos afectados y 25% para sus parientes en segundo grado: sobrinos y nietos.

El mecanismo genético de la corea de Huntington es un gen dominante autosómico. También en una minoría de casos de Pick y de Alzheimer parece tratarse de un gen dominante autosómico; en otros casos la herencia parece ser poligénica.

Las observaciones en familias en las cuales la enfermedad de Alzheimer parece ser transmitida por un gen simple apuntan a una pequeña región del cromosoma 21.

La clonación del gen para la proteína amiloide, característica de la enfermedad de Alzheimer, dio resultados sorprendentes: el gen amiloide se encontró en el cromosoma 21, en la misma región del gen que causa la enfermedad de Alzheimer de tipo familiar. Estudios recientes han mostrado que el gen de la proteína amiloide en esta enfermedad no es anormal, aunque trastornos en su regulación pueden ser un factor en la misma.

Alcoholismo

En el alcoholismo, la participación de factores experienciales y socioculturales es innegable. Sin embargo, hay estudios que sugieren que algunos individuos tienen problemas para manejar el alcohol que son de origen genético.⁴² La importancia de factores genéticos en la predilección por el alcohol se ve apoyada en experimentos en animales. Así, es posible procrear cepas de ratones que prefieren el alcohol al agua. Estos animales metabolizan el alcohol más rápidamente que los ratones normales, y en ellos la

enzima aldehído-deshidrogenasa, que es la encargada de catabolizar el alcohol, es más activa.

Los estudios de gemelos y de adopción apoyan la presencia de los factores genéticos. Un estudio bien diseñado de gemelos hecho por Kajij⁴³ examina la concordancia de acuerdo con la severidad del alcoholismo.

En las dos categorías de mayor severidad los gemelos dicigóticos mostraron una tasa de concordancia alta, 67%, y las tasas de concordancia de los monocigóticos fueron significativamente más altas, 84 por ciento. En el mismo estudio la concordancia aumentó con la severidad del abuso en los monocigóticos, pero no en los dicigóticos. Estos hallazgos muestran la participación de factores genéticos en el alcoholismo. Los estudios de adopción apoyan la influencia genética en el caso de los varones adoptados. Un estudio de alcoholismo en sujetos adoptados en Dinamarca mostró una tasa significativamente más alta de alcoholismo entre los hijos adoptados de padres alcohólicos que entre los sujetos adoptados del grupo control. En cambio, las hijas adoptadas de padres alcohólicos no muestran tasas más altas de abuso del alcohol que los controles adoptados.

Una revisión de estudios realizados en cinco países diferentes permitió estimar que las tasas de riesgo para el alcoholismo en la población general son de 3 a 5% para los varones y 0.1 a 1% para las mujeres. Esta tasa más elevada para los varones ha sido consistente y aparece también en las estimaciones del riesgo para los parientes de alcohólicos. Los datos de seis estudios de alcohólicos crónicos muestran cifras de riesgo de 0.4 a 8.2% para las madres de alcohólicos y de 3 a 10% para las hermanas. El riesgo para los parientes varones es cinco veces más elevado que para las mujeres, de 11 a 32% para los padres de alcohólicos, y de 12 a 28% para los hermanos. El estudio de Winokur y sus asociados, que usaron entrevistas personales con los miembros de la familia para establecer los casos familiares de alcoholismo, encontró tasas aún más altas entre los hermanos: 46% para los hermanos de alcohólicos varones y 5% para las hermanas. Los hermanos de mujeres alcohólicas tienen también un riesgo de 50%, en tanto que la tasa para las hermanas fue sólo de 8 por ciento.

El predominio de varones en todas las muestras de alcohólicos conduce naturalmente a la sospecha de una transmisión recesiva ligada al cromosoma X. Sin embargo, un estudio diseñado para poner a prueba esta hipótesis no encontró apoyo. En el estudio el riesgo de alcoholismo para todos los nietos de alcohólicos fue de 43 por ciento. Estos hallazgos no encajan con modelos de genes recesivos y se ajustan mejor a un modelo de gen dominante.

Sociopatía

Los estudios de gemelos y los estudios de adopción de sociópatas sugieren también la presencia de factores genéticos. Los estudios de gemelos muestran tasas de concordancia en los monocigóticos que fluctúan de 36 a 100%, y en los dicigóticos las tasas de concordancia son hasta de 54 por ciento. Estas tasas elevadas señalan el peso de los

factores genéticos en la sociopatía.

En un estudio de adopción se encontró una tasa de 13% de personalidades antisociales entre los descendientes adoptados de mujeres ofensoras legales, comparada con una tasa básica de personalidad antisocial de 2.3% entre todos los adoptados. Un estudio reciente de adopción en el área de la conducta antisocial llevado a cabo por Cadoret⁴⁴ mostró una correlación significativa entre el diagnóstico de personalidad o conducta antisocial en un adoptado y en un padre biológico. Ambos estudios, que usan un diseño de adopción que permite controlar las influencias ambientales, sugieren que los factores genéticos están ciertamente presentes en la personalidad antisocial.

Los estudios de adopción señalan la influencia tanto de factores ambientales como genéticos en la transmisión de la personalidad antisocial, la criminalidad y la psicopatía. Los estudios de sociopatía encajan con un modelo multifactorial de transmisión y sugieren que el modelo es aceptable como una descripción de su modo de herencia.

Sin embargo, la importancia relativa de factores ambientales y genéticos no está clara. En algunos estudios familiares se ha encontrado evidencia de una superposición entre sociopatía e histeria y se sugiere que ambos trastornos más que trastornos independientes son manifestaciones de un mismo proceso. En algunos estudios genéticos de criminalidad se han implicado anomalías cromosómicas.

Trastornos de angustia

En la iniciación, desarrollo y contenido de trastornos de angustia intervienen el ambiente en que se desarrolla el sujeto y las experiencias en su vida, particularmente sus experiencias tempranas. Los datos biográficos y psicodinámicos ayudan a comprender el sentido de los síntomas. Sin embargo, es indudable que las predisposiciones genéticas favorables o desfavorables puedan ser inhibidas o activadas por las experiencias. En todo caso la participación de factores hereditarios parece ser más importante en algunos enfermos que en otros.⁴⁵ Las técnicas usadas en las investigaciones genéticas tienen limitaciones, y los problemas de diagnóstico y las numerosas variables hacen difícil la valoración de los factores genéticos. Sin embargo, algunos datos merecen ser consignados.

Ciertos tipos de personalidad parecen ser más propensos a la angustia. Se supone que los muchos genes que regulan el proceso del desarrollo de la personalidad y de la respuesta fisiológica, aunque su efecto individual sea pequeño, pueden combinarse para crear una predisposición a un trastorno de ansiedad. La separación de éstos en diferentes categorías ha permitido identificar en cuáles la predisposición genética es mayor.

En uno de los primeros estudios, en los que se incluyeron gemelos con diagnóstico de estados de angustia, se observó que la concordancia en los monocigóticos fue de 41% y en los dicigóticos de 4 por ciento. La inclusión del diagnóstico de personalidad ansiosa y reacciones leves de angustia elevó las concordancias a 65 y 13%, respectivamente, para monocigóticos y dicigóticos. En un estudio más reciente se observó una tendencia similar; la concordancia en gemelos monocigóticos para trastornos de ansiedad fue de

45% si se excluía el trastorno de angustia generalizada, y de 15% para gemelos dicigóticos. Los diagnósticos incluidos fueron: crisis de angustia, agorafobia, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. La inclusión de la angustia generalizada en el cálculo de concordancias modificó notablemente el resultado; la concordancia para monocigóticos fue de 34% y para dicigóticos de 17 por ciento. Los estudios de las familias de pacientes con trastornos de angustia apoyan la evidencia de que desde el punto de vista genético se puede considerar que la angustia generalizada puede diferenciarse de otros trastornos de angustia, ya que es la que presenta menor componente genético.

Los estudios con pacientes fóbicos también sugieren una predisposición genéticamente determinada. Carey y Gottesman⁴⁶ (1981) encontraron concordancias para fobias en gemelos de 88 y 38% para monocigóticos y dicigóticos respectivamente. Cuando se diferencian los trastornos fóbicos de acuerdo con el objeto temido, se ha encontrado que el mayor índice de heredabilidad corresponde a la fobia a los animales y a los organismos pequeños. En el primer caso las concordancias fueron de 48% (monocigóticos) y 5% (dicigóticos); en el segundo fueron de 53 y 20 por ciento.

Los resultados obtenidos del estudio de pacientes obsesivos se han mantenido constantes. En 1965 Inouye⁴⁷ reportó que la concordancia para este trastorno era de 80% para gemelos monocigóticos y 50% para dicigóticos. En 1981 las concordancias reportadas por Carey y Gottesman⁴⁸ fueron de 87 y 47 por ciento. En el trastorno obsesivo-compulsivo la vulnerabilidad genética es notable.

Para los trastornos de ansiedad en general el riesgo para los familiares de primer grado de una persona afectada es aproximadamente de 15 por ciento.

Los datos expuestos confirman la influencia de la herencia en la predisposición a la angustia y a los trastornos relacionadas con ella. Sin embargo, también muestran que esa influencia genética no es abrumadora y que las experiencias personales en un ambiente desfavorable pueden ser definitivas. En efecto, la biografía de personas con trastornos de ansiedad muestra que se desarrollaron en situaciones que obstaculizaron el logro de un sentimiento de seguridad y que contribuyeron a la formación de un carácter defectuoso. La persona con defecto del carácter es más vulnerable que otras a los conflictos internos y a las presiones externas.

Los avances principales en el conocimiento de las bases genéticas de los desórdenes mentales han sido principalmente resultado de investigaciones llevadas a cabo siguiendo métodos tradicionales, particularmente los estudios sistemáticos de parejas de gemelos. Estos estudios han demostrado el papel causal que desempeña la herencia en las formas clásicas de las psicosis esquizofrénicas. Por otra parte, los estudios genéticos han demostrado también la transmisión hereditaria de las depresiones endógenas por mecanismos que son distintos si se trata de la forma unipolar, depresión recurrente, o de la forma bipolar, es decir, fases maníacas y depresivas alternantes. Es posible que las bases genéticas de los desórdenes afectivos sean mucho más complejas.

Nuestros conocimientos acerca de las bases hereditarias de algunos desórdenes mentales, como la esquizofrenia, la epilepsia y los desórdenes afectivos endógenos, hacen ya que el consejo genético desempeñe un papel significativo en el trabajo del

clínico.

Terapia genética

Se anticipa que para el año 2000 virtualmente todos los genes mutantes responsables de trastornos cerebrales en humanos, incluyendo los responsables de la enfermedad maniaco-depresiva y de la esquizofrenia, serán localizados en el mapa del genoma humano. Estos genes mutantes podrán ser aislados y clonados y sus productos serán identificados. Esto aviva la esperanza de que entonces será posible curar algunas enfermedades cerebrales reemplazando el producto de un gen faltante, una enzima por ejemplo, o bloqueando la expresión del producto del gen mutante. Eventualmente los defectos genéticos podrán corregirse mediante la inserción de genes normales en sustitución de los que son defectuosos.

Los experimentos en animales indican que el ambiente y la herencia interactúan. Un hecho generalmente reconocido es que las enfermedades requieren tanto una susceptibilidad genética como una condición ambiental que la favorezca. Aun cuando no fuera posible conocer el gen defectuoso o su producto, el conocimiento de algunos eslabones de la cadena de eventos que conducen a la enfermedad mental permitirá a los clínicos desarrollar intervenciones estratégicas.

Avances recientes en genética molecular

El papel de la herencia en los procesos mentales no sólo es evidente cuando se toman en cuenta los resultados de los estudios de los diferentes trastornos mentales a los que ya hemos hecho referencia: estudios familiares, de gemelos, etc. También es evidente que los procesos mentales tienen un sustrato cerebral que en algunos casos ha sido bien definido. Si tomamos en cuenta que aproximadamente 50 000 genes se expresan en el sistema nervioso central de los mamíferos, podemos entender cómo las alteraciones del material genético con frecuencia involucran alteraciones del cerebro y, por lo tanto, de las funciones mentales.⁴⁹

Los estudios clínicos de familias y de gemelos permiten suponer que una condición determinada se presenta con mayor frecuencia en ciertos grupos familiares que en otros; esto apunta a que dicha condición es manifestación de cierto material genético que comparten los miembros del grupo familiar. Las modernas técnicas de la genética molecular desde hace algunos años se han empleado para el estudio de los procesos mentales tanto normales como patológicos.

Como ya se mencionó, el modo de transmisión de las características heredadas es mediante el ADN que constituye a los genes, los cuales a su vez se agrupan en los cromosomas. En el análisis genético la pregunta es si una secuencia particular de ADN determina directamente una enfermedad. Evidentemente esto sólo es posible en el caso de enfermedades en las que se reconoce una anomalía bioquímica específica. Empleando

técnicas de recombinación de ADN es posible identificar, a partir del producto anómalo, cómo fue codificado genéticamente y establecer las diferencias entre sujetos enfermos y sanos. En el caso de los trastornos mentales no se reconocen alteraciones bioquímicas específicas; por lo tanto, sólo es posible intentar identificar si la enfermedad o característica que se está estudiando está asociada con otra característica que se exprese genótipicamente, que pueda identificarse y que el genotipo pueda rastrearse. Ésta es la técnica de marcadores genéticos; en psiquiatría, los marcadores que se están estudiando son los llamados marcadores de ADN.

La investigación de los marcadores de ADN se basa en el estudio del polimorfismo de los fragmentos de restricción y del ligamiento (*linkage*). El primer paso para el desarrollo de estas técnicas fue el descubrimiento de las enzimas de restricción: enzimas que reconocen secuencias específicas de ADN y que al ser agregadas al material genético lo fragmentan. Estos fragmentos de restricción se separan mediante un procedimiento electroforético, por el cual el ADN queda ligado con un filtro. A éste se le agrega una sonda de ADN marcada radiactivamente. La propiedad fundamental de la cadena sencilla de ADN es su tendencia a ligarse a otra cadena con una secuencia de bases complementarias. Las sondas de ADN (*probe*) son secuencias conocidas de bases que al ser puestas en contacto con el ADN que se está estudiando se adhieren a la secuencia que es complementaria, es decir, la sonda marcada se hibridiza con el fragmento de restricción que contiene información genética complementaria. De esta forma se identifican las secuencias que contiene el ADN que se está estudiando. Los fragmentos de restricción que resultan cuando son tratados con las enzimas mencionadas tienen la característica de presentar polimorfismo, por lo que pueden ser empleados como marcadores genéticos.

Una vez que se identifican estos marcadores de ADN se pueden realizar estudios de ligamiento. Se habla de ligamiento cuando dos secuencias de ADN (*loci* genético) están tan cerca que se heredan juntas. La distancia entre *loci* puede inferirse del número de recombinaciones: a más cercanía de los *loci*, menor probabilidad de que exista recambio. La probabilidad de este recambio puede ser calculada matemáticamente. Mediante esta técnica ha sido posible identificar en qué segmentos cromosómicos se localizan determinadas secuencias de ADN; este procedimiento es conocido como mapeo genético.

Hace años los investigadores localizaron el gen de la corea de Huntington en una pequeña región del cromosoma 4, y más recientemente se han señalado posiciones a genes relacionados con la neurofibromatosis, la enfermedad de Alzheimer de tipo familiar y la enfermedad maniaco-depresiva.

Cuando una enfermedad familiar se liga con una enfermedad genética, se asume que un gen desempeña en ella un papel importante. Una vez que se identifica la región en cuestión puede ser progresivamente estrechada por el hallazgo de marcadores adicionales hasta que se identifica al gen de la enfermedad, que entonces puede ser clonado. Una vez que un gen defectuoso se localiza, su secuencia de ADN se caracteriza y sus productos (proteínas alteradas, por ejemplo) pueden identificarse; esto constituye una vía para el esclarecimiento de la fisiopatología de la enfermedad en cuestión. Así se han logrado conocer aspectos fisiopatológicos de la distrofia muscular de Duchene y de la fibrosis quística.

En algunos casos está justificado ver como sospechoso a un gen en particular, y se le usa como marcador. Los genes sospechosos se seleccionan con base en su función o localización. Por ejemplo, el gen que produce la enzima tiroxina-hidroxilasa es muy sospechoso de ser la causa de la enfermedad maniaco-depresiva; los estudios de mapeo genético lo han localizado en la misma región del gen de la enfermedad maniaco-depresiva de las familias Amish; además, esta enzima participa en el metabolismo de los neurotransmisores que parecen ser importantes en el trastorno mencionado. El enfoque del gen sospechoso complementa la estrategia de marcador de liga, proveyendo un eslabón en la cadena causal que conduce a la enfermedad.

Cuando se identifica un gen candidato o un fragmento de restricción ligado con la enfermedad, se pueden preparar muestras de ADN marcado con una sustancia radiactiva (sonda de ADN), y cuando se agregan al ADN en estudio se pegarán a ella las secuencias de nucleótidos que sean complementarias; cuando esto ocurre se puede concluir que el marcador está presente en los genes de esta persona. Esta prueba ya se emplea en personas en riesgo de sufrir la enfermedad de Huntington, enfermedad que presenta sus primeros síntomas

cuando la víctima se encuentra alrededor de los 40 años de edad.

El desarrollo de pruebas diagnósticas y predictivas de trastornos mentales es una de las metas de la biología molecular.

Los resultados más notables de la investigación genética en psiquiatría se han obtenido en la enfermedad maniaco-depresiva, en la que se han identificado dos marcadores de enlace.

En una primera instancia, una comunidad del viejo orden Amish cooperó por varios años en una investigación con familias numerosas. En esta comunidad la gente considera que la enfermedad maniaco-depresiva es algo que “está en la sangre”, es decir, es heredada.

En 1986 estudios de genética molecular condujeron a la identificación de un gen que causa la enfermedad, localizado en la punta del brazo corto del cromosoma 11.⁵⁰

En otro estudio se ha observado que el daltonismo y la actividad de la enzima glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa son marcadores que se ligan a la enfermedad maniaco-depresiva en ciertas familias. Los genes para estos rasgos se localizan en el cromosoma X, excluyendo en estas familias la transmisión de la manía de padre a hijo. La localización exacta del gen actualmente está en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morgan, C. L., *Emergent Evolution*, Holt, Nueva York, 1923.
2. Eccles, J., *The Neuro-Physiological Basis of Mind*, Clarendon Press, Oxford, 1953. Véase también *ibid.*, “How the Self Acts on the Brain”, *Psychoneuro-endocrinol.*, núm. 7 (1982), pp. 271-283.
3. Sperry, R. W., “Neurology and the Mind-Brain Problem”, *Am. Sci.*, núm. 40 (1952), p. 291.
4. James, W., *Principios de psicología*, FCE, México, 1989.
5. Russell, B., *The Analysis of Mind*, Allen and Unwin, Londres, 1921.
6. Goldstein, K., *The Organism*, The American Book Co., Nueva York, 1939.
7. Bunge, M., “La bancarrota del dualismo psiconeural”, en A. Fernández Guardiola (comp.), *La conciencia, el problema mente-cerebro*, Trillas, México, 1979.
8. Bremer, F., “Cerveau ‘isolé’ et physiologie du sommeil”, *C. R. Soc. Biol.*, núm. 118 (1935), pp. 1234-1241.
9. Moruzzi, G., y H. Magoun, “Brainstem Reticular Formation and Activation of the EGG”, *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, núm. 1 (1949), p. 455. Véase también Moruzzi, “Active Processes in the Brainstem During Sleep”, *Harvey Lect.*, núm. 58 (1962), p. 233.
10. Magoun, W. H., *El cerebro despierto*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1964.
11. Hernández Peón, R., M. Jouvét y H. Scherrer, “Auditory Potentials at Cochlear Nucleus During Acoustic Habituation”, *Acta Neurol. Lat. Amer.*, núm. 3 (1957), pp. 144-156.
12. James, *op. cit.*
13. Cannon, W. B., *Neural Organization for Emotional Expression*, Witternber Symposium, Clark University Press, Worcester, 1928. Véase también *ibid.*, *The Wisdom of the Body*, Norton, Nueva York, 1932.
14. Bard, P. A., “Diencephalic Mechanism for the Expression of System”, *Am. J. Physiol.*, núm. 84 (1928), p. 490.
15. Papez, J. W., “A Proposed Mechanism of Emotion”, *Arch. Neurol. and Psychiat.*, núm. 38 (1937), p. 725.
16. MacLean, P. D., “Contrasting Functions of Limbic and Neocortical Systems of the Brain and Their Relevance to Psychophysiological Aspects of Medicine”, *Am. J. Med.*, núm. 25 (1958), p. 661. Véase también *ibid.*,

- “The Limbic System with Respect to Self Preservation and the Preservation of the Species”, *J. Nerv. Ment. Dis.*, núm. 127 (1958), p. 1.
17. Kluver, H., y P. C. Bucy, “Psychob blindness and Other Symptoms Following Bilateral Temporal Lobectomy in Rhesus Monkeys”, *Am. J. Physiol.*, núm. 119 (1937), p. 352. Véase también *ibid.*, “Preliminary Analysis of Functions of the Temporal Lobes in Monkeys”, *Arch. Neurol. Psychiatry*, núm. 42 (1939), p. 979.
 18. Schildkraut, J. J., S. M. Schamberg, G. R. Breese e I. J. Kopin, “Norepinephrine Metabolism and Drugs Used in the Affective Disorders: A Possible Mechanism of Action”, *Am. J. Psychiatry*, núm. 124 (1967), pp. 600-608.
 19. Kline, N. S., “Clinical Experience with Iproniazid (Marsilid)”, *J. Clin. Exp. Psychopathol.*, 19 (supl.), núm. 1 (1958), pp. 72-78.
 20. Kuhn, R., “The Treatment of Depressive States with G22355 (Imipramine-Hydrochloride)”, *Am. J. Psychiatry*, núm. 115 (1958), pp. 459-464.
 21. Olds, J., “Pleasure Centers in the Brain”, *Sci. Am.*, núms. 54-59 (1966). Véase también *ibid.*, “Mapping the Mind into the Brain”, en F. G. Worden, J. P. Swasey y Aelman (eds.), *The Neurosciences: Paths of Discovery*, The MIT Press, Cambridge, 1975.
 22. John, E. R., Y. Tang, A. B. Brill, R. Young y K. Ono, “Double Labeled Metabolic Maps of Memory”, *Science*, núm. 233 (1986), pp. 1167-1175.
 23. Kandel, E. R., “Small Systems of Neurons”, *Sci. Am.*, núm. 241 (1979), pp. 66-76.
 24. Thompson, R. F., “The Neurobiology of Learning and Memory”, *Science*, núm. 233 (1986), pp. 941-947. Véase también C. D. Woody, “Understanding the Cellular Basis of Memory and Learning”, *Ann. Rev. Psychol.*, núm. 37 (1986), pp. 433-493.
 25. Lashley, K. S., *Brain Mechanisms and Intelligence*, University of Chicago Press, Chicago, 1929. Véase también *ibid.*, “In Search of the Engram”, en *Physiological Mechanism in Animal Behavior*; Simposia of Society of Experimental Biology, Cambridge University Press, Cambridge, 1950.
 26. Milner, B., y W. Penfield, “The Effect of Hippocampal Lesions on Recent Memory”, *Trans. Am. Neurol. Assoc.*, núm. 80 (1955), pp. 42-48.
 27. Meissner, W. W., “Hippocampus and Learning”, *Int. J. Neuropsychiatry*, núm. 2 (1967), pp. 298-309. Véase también J. N. P. Rawlins, “Associations Across Time: The Hippocampus as a Temporary Memory Store”, *Behav. and Brain Sciences*, núm. 8 (1985), pp. 479-496.
 28. Goelet, P., V. F. Castellucci, S. Schacher y E. R. Kandel, “The Long-and the Short of Long-Term Memory. A Molecular Framework”, *Nature*, núm. 322 (1986), pp. 419-422.
 29. López Antúnez, L., *Anatomía funcional del sistema nervioso*, Limusa, México, 1980. Véase también C. R. Nobak y R. J. Demarest, “Sistema nervioso humano”, en *Fundamentos de neurobiología*, McGraw-Hill, México, 1980.
 30. Sperry, R. W., “Hemisphere Deconnection and Unity in Conscious Awareness”, *Am. Psychol.*, núm. 23 (1968), pp. 723-733. Véanse también *ibid.*, “Forebrain Commissurotomy and Conscious Awareness”, *J. Med. Philos.*, núm. 2 (1977), pp. 101-126, e *ibid.*, “Consciousness, Personal Identity and the Divided Brain”, *Neuropsychology*, núm. 22 (1984), pp. 661-673.
 31. Gazzaniga, M. S., y J. E. Ledoux, *The Integrated Mind*, Plenum Press, Nueva York, 1978.
 32. Ornstein, R. E., *The Psychology of Consciousness*, Harcourt Brace Javanovich, Nueva York, 1977.
 33. Sherrington, C. S., *Man on His Nature*, Cambridge University Press, Cambridge, 1946.
 34. Herold, S., y R. J. Frackowiak, “New Methods in Brain Imaging”, *Psychol. Med.*, núm. 16 (1986), pp. 241-245.
 35. Boller, F., y J. Grafman, *Handbook of Neuropsychology*, vol. 1, Elsevier Science Publishers, Nueva York, 1988.
 36. Bertelsen, A., “Controversies and Consistencies in Psychiatric Genetics”, *Act. Psychiatr. Scand.*, núm. 71 (supl. 319) (1985), pp. 61-75.
 37. Kallmann, F. J., “The Genetic Theory of Schizophrenia: An Analysis of 691 Schizophrenia Twin Index Families”, *Am. J. Psychiatry*, núm. 103 (1941), pp. 309-322.
 38. Mendlewicz, J., y J. D. Rainer, “Adoption Study Supporting Genetic Transmission in Manic-Depressive

- Illness”, *Nature*, núm. 268 (1977), pp. 326-329.
39. Winokur, G., P. J. Clayton y T. Reich, *Manic Depressive Illness*, C. V. Mosby Co., San Luis, 1969.
 40. Gershon, E. S., “Recent Developments in Genetics of Manic-Depressive Illness”, *J. Clin. Psychiatry*, núm. 50 (1989), pp. 4-7.
 41. Baron, M., y N. Risch, “Genetic Linkage between X-Chromosome Markers and Bipolar Affective Disorder”, *Nature*, núm. 326 (1987), pp. 289-295.
 42. Schukitt, M. A., “Genetics and the Risk for Alcoholism”, *JAMA*, núm. 254 (1985), pp. 2614-2617.
 43. Kaij, L., y J. Dock, “Grandsons of Alcoholics: A Test of Sex-Linked Transmission of Alcohol Abuse”, *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 32 (1975), pp. 1379-1381.
 44. Cadoret, R. J., “Genotype Environment Interaction in Antisocial Behaviour”, *Psychol. Med.*, núm. 12 (1982), pp. 235-239.
 45. Marks, I. M., “Genetics of Fear and Anxiety Disorders”, *Br. J. Psychiatry*, núm. 149 (1986), pp. 406-418.
 46. Carey, G., e I. Gottesman, “Twin and Family Studies of Anxiety, Phobic and Obsessive Disorders”, en D. F. Klein y J. Rabbin (eds.), *Anxiety New Research and Changing Concepts*, Raven Press, Nueva York, 1981.
 47. Inouye, E., “Genetic Aspects of Neurosis. A Review”, *Int. J. Ment. Health*, núm. 1 (1972), p. 176.
 48. Carey y Gottesman, *op. cit.*
 49. Robertson, M., “Molecular Genetics of the Mind”, *Nature*, núm. 25 (1987), p. 755.
 50. Egeland, A. J., y D. S. Gerhard, “Bipolar Affective Disorders Linked to DNA Markers on Chromosome 11”, *Nature*, núm. 325 (1987), pp. 783-787.

LECTURAS RECOMENDADAS

Baron, M., y J. D. Rainer, “Molecular Genetics and Human Disease. Implications for Modern Psychiatric Research and Practice”, *Br. J. Psychiatry*, núm. 152 (1988), pp. 741-753.

Los autores revisan las técnicas de la genética molecular, incluyendo la recombinación de ADN, y sus aplicaciones a la ciencia clínica. Estos métodos permiten localizar, aislar y clonar genes importantes, lo que permitiría elucidar la patología molecular de los trastornos psiquiátricos con componente genético. Los autores comentan las implicaciones de estos avances para la prevención y tratamiento de algunas enfermedades.

Blackwod, D. N. R., y W. J. Muir, “Cognitive Brain Potentials and Their Application”, *Br. J. Psychiatry*, núm. 157 (supl.) (1990), pp. 96-101.

La promediación computarizada de la actividad eléctrica del cerebro permite identificar la actividad cerebral que acompaña a ciertos procesos psicológicos. El registro de potenciales relacionados con eventos es una técnica no invasiva y relativamente sencilla. Con ella se ha estudiado la actividad cerebral en demencia, esquizofrenia y depresión.

Jacobson, H. G., “Positron Emission Tomography. A New Approach to Brain Chemistry”, *JAMA*, núm. 260 (1988), pp. 2704-2710.

La tomografía por emisión de positrones permite el estudio de la química del cerebro en seres humanos vivos. Aunque considerada un instrumento de investigación, empieza a tener aplicaciones clínicas. El autor describe el uso de la tomografía por emisión de positrones en pacientes con accidentes vasculares cerebrales, epilepsia, tumores, demencia y esquizofrenia.

Hyman, S. E., “Recent Developments in Neurobiology. Part I. Synaptic Transmission”, *Psychosomatics*, núm. 29 (1988), pp. 157-165.

— “Recent Developments in Neurobiology. Part II. Neurotransmitter Receptors and Psychopharmacology”, *Psychosomatics*, núm. 29 (1988), pp. 254-262.

En este par de artículos el autor hace una revisión extensa y actualizada sobre la transmisión sináptica, neurotransmisores, receptores y psicofarmacología. Enfatiza el efecto de los fármacos sobre los receptores que se traduce en señales intracelulares.

Wexler, B. E., "Cerebral Laterality and Psychiatry: A Review of the Literature", *Am. J. Psychiatry*, núm. 137 (1980), pp. 279-291.

El autor describe las diferencias funcionales y anatómicas entre los dos lados del cerebro, los métodos de investigación que se han desarrollado basados en estas diferencias, y los resultados que se han obtenido al estudiar las disfunciones cerebrales en pacientes psiquiátricos.

X. LOS TRASTORNOS PSICOBIOLOGICOS. MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Desarrollo histórico de la medicina psicosomática.—Enfoque psicofisiológico.—Enfoque psicoanalítico.—El problema de la especificidad.—La etiopatogenia de los desórdenes psicofisiológicos y las fases de la enfermedad.—Estrés psicosocial.—Mecanismos psiconeuroendocrinos.—La transducción de experiencia por el cerebro.—Inmunidad.—Tendencias actuales en la medicina psicosomática.—El dolor, fenómeno humano.—¿Qué es el dolor?—Aspectos psicológicos del dolor.—Reducción del dolor por medios psicológicos.—Prescripción de analgésicos.—El manejo del paciente con dolor.—Trastornos cardiovasculares.—Estudios de la historia natural.—Estudios experimentales en seres humanos.—Estudios en animales.—Trastornos gastrointestinales.—Úlcera péptica.—Colitis ulcerosa inespecífica.—Síndrome del colon irritable.—Trastornos respiratorios.—Asma bronquial.—Trastornos endocrinos.—Aspectos psicológicos en ginecobstetricia.—Trastornos musculoesqueléticos.—Cáncer.—Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

EN LAS últimas décadas ha sido activamente explorada la hipótesis de que los eventos desafortunados, el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a que se ven sujetas influyen en sus enfermedades. El conjunto de teorías, conocimientos establecidos y criterios derivados constituye el campo de la medicina psicosomática.

La medicina psicosomática postula como principio que la mente y el cuerpo no son dos instancias diferentes sino dos niveles de integración del organismo o, si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global.¹

Lipowski² define los objetivos de la medicina psicosomática en los siguientes términos: “observar, describir y formular hipótesis que expliquen las relaciones entre los estados, procesos, eventos psicológicos y eventos biológicos que ocurren en una persona”.

Hay dos formas de abordar el campo de la medicina psicosomática. Una es limitándolo a ciertas enfermedades: la úlcera péptica, la colitis mucomembranosa, el asma bronquial, la hipertensión arterial, el hipertiroidismo, la artritis reumatoide, ciertas dermatitis y algunas otras condiciones patológicas de curso crónico o recurrente y de etiología oscura, en relación con las cuales se ha pensado desde tiempo atrás que los factores psicológicos desempeñan un papel importante. La otra es pensando que *en algún grado todas las enfermedades son psicosomáticas* y que designar con este nombre a algunas es erróneo porque implica que hay otras que no lo son.

El término *medicina psicosomática* ya no es satisfactorio, puesto que expresa la dicotomía entre lo psíquico y lo corporal que precisamente se trata de superar. En 1952 la Asociación Psiquiátrica Americana prefirió referirse a “trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales”; y desde 1968 la Organización Mundial de la Salud se refiere a “trastornos somáticos que se presume son de origen psíquico”; en el capítulo V de la edición de 1978 del Glosario de la Clasificación Internacional de las Enfermedades se les describe en los términos siguientes: “Una variedad de síntomas físicos o de trastornos fisiológicos de origen mental, sin gran daño tisular y que generalmente se expresan por vía del sistema nervioso autónomo”.

En el *Manual de la clasificación de los trastornos mentales (DSM-III-R)*³ los

trastornos psicosomáticos están comprendidos en rubros de *trastornos somatoformes*, que incluyen *los trastornos de somatización*, los trastornos conversivos y el dolor crónico. Lo que tienen en común estas categorías de trastornos es que no se explican solamente por hallazgos orgánicos, y en su génesis y evolución desempeñan un papel importante ciertos factores psicológicos. Los enfermos que sufren estos trastornos forman un contingente importante de la población que asiste a los consultorios y a los hospitales generales. Otro rubro agrupa a condiciones físicas que son precipitadas o exacerbadas por estímulos psicológicos significativos (por ejemplo, un brote de agudización de la artritis reumatoide, la migraña, etcétera).

En principio todas las condiciones médicas son influidas en mayor o menor grado por factores psicológicos y éstos pueden ser identificados en la mayor parte de los pacientes. Un campo de desarrollo reciente en la medicina es la llamada *psiquiatría de enlace*, que aborda los problemas psicológicos de enfermos médicos y quirúrgicos en los hospitales.

Hoy en día el concepto *enfermedades psicosomáticas específicas* ha caído en desuso. En su lugar, se reconoce la importancia del papel que desempeñan los factores psicológicos y sociales en los trastornos somáticos y en el cuidado de los enfermos.

No obstante las controversias a las cuales se hará referencia más adelante, hay acuerdo entre los estudiosos de estos problemas en considerar que las emociones negativas, bien sea por sí mismas o asociadas con otros factores y actuando ya sea de manera directa o indirecta, son capaces de contribuir en forma importante como una causa de trastornos fisiológicos que eventualmente pueden conducir a cambios estructurales en los órganos y sistemas.

Los datos apuntan en el sentido de que emociones como el abatimiento del humor, la angustia, la pena, la ira, persistentes, recurrentes y no aliviadas, tienen influencia en la iniciación, el mantenimiento o la exacerbación de diversos padecimientos. Aunque el conocimiento de los mecanismos biológicos que influyen en esos procesos es aún fragmentario, los datos bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos, etc., no pueden dejarse a un lado.

Lo que inicialmente se denominó medicina psicosomática es hoy en día un campo activo de observación y experimentación que ha logrado aclarar hechos relacionados con la influencia de las emociones displacenteras sobre el funcionamiento del organismo.

En las últimas décadas el campo incluye investigaciones básicas y clínicas acerca de los mecanismos intermedios entre los estados psicológicos y las disfunciones viscerales, ha explorado el papel de situaciones sociales y culturales que inciden sobre los individuos, e intenta establecer una cadena de eventos que van desde el ambiente humano y las situaciones adversas de la vida hasta la intimidad de los tejidos y las funciones celulares.

DESARROLLO HISTÓRICO

Aunque el término *medicina psicosomática*, que hoy se tiende a abandonar, es relativamente nuevo, la influencia de emociones perturbadoras sobre la salud fue

reconocida desde la Antigüedad. Hipócrates, en el siglo v, tuvo idea clara de estas influencias y también de la importancia de la calidad de la relación entre el médico y sus pacientes en el proceso de su curación.

En el siglo II, Galeno compiló los conocimientos de la medicina griega, puso las bases de la medicina europea y sus ideas fueron aceptadas en el milenio siguiente. El concepto medieval de la mente como fuerza mística determinó que su estudio fuera dejado en manos de los teólogos y los filósofos, en tanto que los médicos se limitaron al estudio de los aspectos anatomofisiológicos de las enfermedades, haciendo a un lado múltiples observaciones acerca de los acontecimientos de la vida y las emociones que influyen en su origen, evolución y desenlace.

En 1818, Johann Christian Heinroth, un psiquiatra alemán, usó tal vez por primera vez el término *psicosomático* en un intento de explicar el insomnio. Vio al cuerpo y a la mente como dos aspectos, el interno y el externo, de una misma entidad. Posteriormente, con el desarrollo del laboratorio iniciado por Pasteur y Virchow, los médicos se enfrascaron en la tarea de trazar el origen de las enfermedades a cambios estructurales y los conceptos “psicosomáticos” se asumieron pero no se investigaron. La era moderna de la investigación sistemática en el campo se inició 100 años después, siguiendo dos direcciones principales: la psicofisiología y el psicoanálisis.

Enfoque psicofisiológico

W. Beaumont, en 1883, fue uno de los primeros investigadores científicos de las relaciones psicofisiológicas con su estudio del caso de un cazador canadiense que sufrió una herida en el abdomen, la cual le dejó una fistula gástrica. Beaumont observó que la superficie de la mucosa gástrica se pone a veces roja y seca y otras pálida y húmeda durante estados de miedo y de cólera.

A la vuelta del siglo XX, Iván Pavlov aportó datos experimentales que hicieron avanzar el conocimiento de los efectos del aprendizaje en las reacciones psicofisiológicas. Con su trabajo clásico demostró que es posible evocar salivación en los perros en ausencia de comida, y con base en estas observaciones desarrolló el concepto *respuestas condicionadas*. Sus investigaciones dieron impulso al conocimiento de las relaciones psicofisiológicas.

En 1920 Walter B. Cannon⁴ probó que factores químicos causan los cambios suscitados por estados emocionales y neurológicos en órganos distantes. Observó que un estímulo percibido como amenazante o la estimulación de los nervios simpáticos producían efectos en músculos lisos lejanos, incluyendo el corazón. Identificó como mediador químico a la epinefrina, hormona liberada por la médula suprarrenal. En 1932 Cannon postuló que los cambios corporales observados preparan al organismo para luchar por su existencia mediante la fuga o el ataque. Tomó como punto de partida los trabajos tempranos de Claude Bernard, en 1859, quien demostró que el organismo intenta mantener un equilibrio interno estable en respuesta a retos externos, sean

fisiológicos o psicológicos.

Según la teoría de Cannon, en la respuesta de fuga o ataque aumenta el abastecimiento de sangre a los músculos, al corazón y al cerebro. Cuando el organismo no está comprometido en la fuga o en el ataque sus actividades se reconstituyen en torno de las actividades de comer o reproducirse. En tanto que en la respuesta de fuga o ataque predomina el sistema nervioso simpático, en la de reconstitución predomina el parasimpático. Estableció una relación recíproca entre simpático y parasimpático. Definió un número de cambios fisiológicos en la respuesta emocional: alteración del metabolismo de los carbohidratos que movilizan el azúcar, incremento de la presión arterial y de la frecuencia del latido cardiaco, así como de la respiración, lo cual facilita que el oxígeno sea tomado y liberado, y aumento de la coagulación de la sangre que permite evitar el sangrado excesivo. Los trabajos de Cannon fueron el punto de partida de investigaciones en el campo de las relaciones psicofisiológicas.

Un representante destacado de esta corriente fue Harold Wolff,⁵ quien, con sus colaboradores en la Universidad de Cornell, llevó a cabo investigaciones durante 30 años. Hasta su muerte en 1962 Wolff aplicó la teoría del estrés psicológico a las causas de enfermedades somáticas. Sus observaciones acerca de cambios viscerales suscitados por estados de perturbación emocional conservan valor y han influido en las investigaciones subsecuentes.

El marco teórico en que se desarrollaron las investigaciones de Wolff y de sus colaboradores puede formularse en términos de que ciertos desórdenes viscerales son parte de la reacción fisiológica ante las amenazas; es decir, respuestas corporales individualizadas, ya sea defensivas u ofensivas, que dependen tanto de la situación actual como de las experiencias pasadas del sujeto.

Su método consistió en discutir con pacientes temas conflictivos o exponerlos a estímulos apropiados para elucidar en ellos afectos como cólera o angustia, y explorar los efectos de estos estados emocionales en cada órgano accesible a observación o registro en sujetos no anestesiados. Los cambios funcionales en los órganos —hiperacidez gástrica, taquicardia, aumento de la presión arterial, etc.— fueron semejantes a los encontrados en los estados patológicos correspondientes. Wolff postuló una variedad de patrones biológicos de defensa u ofensa que diferentes individuos tienden a poner en juego ante situaciones que les generan tensiones.

Wolff documentó experimentalmente la hipótesis de que los individuos tienden a responder ante una diversidad de estímulos disruptivos con patrones fisiológicos característicos que están asociados con desórdenes específicos; por ejemplo, ante problemas de su vida cotidiana, una persona reacciona con tensión creciente en la musculatura de la nuca, en tanto que otra lo hace con aumento de su secreción gástrica o con congestión nasal. Algunos organismos presentan más que otros un tipo particular de reacción, pero en todo caso hay una individualización de las respuestas; es decir, que las respuestas fisiológicas son características de un individuo porque representan la mayor vulnerabilidad de uno de sus órganos o sistemas.

Enfoque psicoanalítico

Charcot demostró que durante la hipnosis pueden eliminarse las parálisis y otros síntomas histéricos conversivos, y reveló la participación de procesos mentales inconscientes en la génesis de estos síntomas. Posteriormente Freud dedujo de sus observaciones clínicas que ciertas enfermedades están íntimamente ligadas con la historia personal de quienes las sufren, y postuló que las experiencias infantiles emocionalmente cargadas influyen poderosamente en las funciones corporales. Basándose en datos recogidos mediante la asociación libre del pensamiento dedujo que en la génesis de algunos síntomas físicos hay factores psicológicos ocultos. Estos síntomas expresan los conflictos emocionales profundos. Sin embargo, el desconocimiento en su época de la fisiología del cerebro lo indujo a abordar el estudio de la psicología como un campo aparte del sustrato anatómico.

El psicoanálisis fue en su época un estímulo para la investigación psicosomática.⁶ En 1945 Flanders Dunbar⁷ publicó un importante trabajo sobre los trastornos psicosomáticos, en el cual enfatizó la asociación entre ciertos tipos de personalidad y ciertos síntomas. Encontró una correlación mayor entre conjuntos de rasgos, que llamó *perfiles psicológicos*, y diversas enfermedades, que la meramente casual. Dunbar intentó establecer la correlación basándose en resultados finales de procesos demasiado distantes entre sí. Actualmente se considera que no es posible asociar una configuración de rasgos de personalidad con una clase de enfermedad psicosomática dada.

Hoy en día el papel de la personalidad en el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas se expresa más frecuentemente en el concepto *alexitimia*, articulado por Sifneos.⁸ La hipótesis es que muchos pacientes con trastornos psicosomáticos tienen una particular incapacidad para integrar y expresar sus sentimientos. Este concepto es atractivo pero requiere más investigación en la clínica.

Sólo algunos de los conceptos y observaciones psicoanalíticos han conservado valor y son usados hoy en día para el estudio de quejas somáticas que no están basadas en patología demostrable.

El problema de la especificidad

No hay dudas en cuanto a que las emociones afectan la función de los órganos y es posible que eventualmente, en combinación con otros factores, puedan conducir a alteraciones estructurales. Un problema que se plantea de inmediato es cómo explicar que una persona sea afectada en un órgano o sistema y que otra lo sea en otro. ¿Por qué bajo una tensión emocional violenta o sostenida un individuo vomita y otro sufre cefalea? Una respuesta es que diversas situaciones psicológicas, cuyo elemento común es generar estrés, debilitan defensas del individuo y causan trastornos y enfermedades en forma inespecífica. Otro criterio es que algunas circunstancias que producen estrés suscitan respuestas viscerales que son propias de cada persona, es decir, que hay personas que

reaccionan con el estómago, o bien con el sistema circulatorio, la piel o la nariz, según predisposiciones individuales.

Es más útil examinar las distintas posturas acerca de la relación que existe entre eventos psicológicos y ciertas disfunciones corporales si no se pierde de vista que las diferencias radican principalmente en el “factor psicológico” que se toma como punto central de interés: las tensiones generadas por circunstancias adversas de la vida, los rasgos del carácter, ciertas constelaciones conflictivas inconscientes o conscientes, etcétera.

Hacia 1950 F. Alexander⁹ postuló que, del mismo modo que ciertos microorganismos patológicos tienen una afinidad específica para determinados órganos, algunos conflictos emocionales tienden a afectar específicamente a ciertos órganos internos. Por ejemplo, la inhibición de la cólera tiene una relación específica con el sistema cardiovascular; la búsqueda de ayuda de personas dependientes tiene relación específica con las funciones de nutrición; un conflicto entre los deseos sexuales y las tendencias dependientes tiene una influencia específica en la función respiratoria, etc. Es importante mencionar que Alexander incluyó en su teoría de la especificidad un componente multifactorial y comentó que “no estamos satisfechos con decir que la tuberculosis es causada por la exposición al bacilo de Koch, sino que reconocemos que la inmunidad específica y no específica, la resistencia del organismo a la infección, es un fenómeno complejo que puede depender parcialmente de factores emocionales”. Y mencionó factores hereditarios, orgánicos, relaciones personales y familiares; sin embargo, puso el acento en constelaciones psicodinámicas específicas como agentes causales principales.

Alexander propuso distinguir entre dos clases de síntomas somáticos de causa psicogenética: síntomas que son expresión directa de emociones que rebasan los límites de la tolerancia fisiológica y síntomas que obedecen a mecanismos más complicados como la conversión y la comunicación simbólica. Distinguir entre ambas clases de síntomas tiene consecuencias prácticas en el manejo psicoterapéutico de los enfermos. Los primeros, síntomas como ataques de náuseas, de desequilibrio, etc., son la expresión directa de un estado emocional; los segundos, los síntomas histéricos conversivos, obedecen a un mecanismo psicológico que fue descrito inicialmente por Freud en el “caso de Dora”: la descarga de una emoción causada por un conflicto interno reprimido a través del sistema nervioso de la vida de relación; el síntoma contiene tanto el impulso como la defensa y expresa simbólicamente el conflicto que lo origina. Los síntomas histéricos ocurren únicamente en territorios invadidos por el sistema nervioso de la vida de relación (anestias, algias, parálisis, etc.) o en la esfera psíquica (disociación, amnesias, fugas, etc.). La explicación que da el psicoanálisis es que estos síntomas son causados por la exclusión del campo de la conciencia de contenidos psicológicos cuya presencia dentro de este campo sería peligrosa y produciría angustia intolerable; el síntoma expresaría simbólicamente esos contenidos psicológicos reprimidos.

Alexander explica que los síntomas histéricos pueden expresar simbólicamente significados, porque el sistema nervioso de la vida de relación tiene las conexiones cerebrales que lo hacen posible, en tanto que el sistema nervioso vegetativo inerva las vísceras y carece de dichas conexiones. Un ejemplo que puede ser ilustrativo es la ceguera histérica, que expresa simbólicamente un contenido, el “no querer ver” una situación de la vida que resulta intolerable. En cambio, una colitis espástica no comunica ni expresa nada, no es la defensa ante un impulso; es simplemente un aspecto del patrón

fisiológico de un estado recurrente o persistente de tensión. Otro ejemplo es el de la cefalea tensional. Los músculos de la cabeza y del cuello duelen porque están sujetos a una contracción excesiva y sostenida debida a que la persona mantiene una actitud permanente de vigilancia. En este caso el síntoma tampoco expresa ni comunica nada en especial.

La distinción entre estas dos clases de síntomas no es siempre clara porque, como hace notar el propio Alexander, el organismo funciona como una totalidad y es el individuo quien se encarga de hacer las distinciones. Por ejemplo, el estómago, dotado de inervación voluntaria y de inervación vegetativa, puede ser el asiento de ambos tipos de síntomas. En un caso, el vómito psicogénico es parte de la pauta fisiológica de un estado de angustia, y en otro expresa simbólicamente, mediante un síntoma conversivo, el repudio a una situación intolerable.

Otro concepto aportado por Alexander al campo de la medicina psicosomática es la distinción entre dos modalidades principales de reacción ante situaciones de tensión sostenida y excesiva. En un caso se trata de una respuesta activa, sobrecompensadora, que se acompaña de hiperactividad simpática. En su opinión, este tipo de reacción defensiva está relacionado con un grupo de padecimientos como la jaqueca hemicránea, la hipertensión arterial, la artritis reumatoide, etc. La segunda modalidad consiste en una respuesta pasiva, de abandono, que se acompaña de hiperactividad parasimpática y que se relaciona con otro grupo de padecimientos: úlcera péptica, colitis ulcerosa y asma.

Alexander advierte que la división de los síntomas, según la participación en ellos de una y otra división del sistema autónomo, representa tan sólo una etapa inicial.

A esta hipótesis propuesta por Alexander se le ha objetado el no tomar en cuenta los mecanismos reguladores que operan en el sistema nervioso vegetativo y que tienden a compensar los cambios que ocurren en una u otra dirección. Tampoco se ha demostrado el predominio de un patrón vegetativo en estos padecimientos, ni que éste pueda dar lugar a una lesión orgánica.

Las investigaciones de Alexander generaron otras. En la década de los cincuenta se observó que el aumento del nivel de pepsinógeno en el suero está genéticamente determinado y puede ser usado como un indicador de vulnerabilidad para el desarrollo de la úlcera péptica bajo condiciones de estrés inespecífico, como “el entrenamiento básico en el ejército americano”. Aquellos sujetos que desarrollaron úlcera péptica tenían una configuración de personalidad como la descrita por Alexander, además, y sin excepción, tenían constitucionalmente un nivel elevado de pepsinógeno en el suero. El estrés del entrenamiento básico activó el conflicto específico mencionado por Alexander, y se produjo la úlcera. Otros factores predisponentes están presentes en otras enfermedades, como son la hipertensión arterial o la enfermedad coronaria.

Si nos hemos referido con algún detalle a las teorías de Franz Alexander es porque su influencia en el campo de la medicina psicosomática fue muy importante hasta los años cincuenta. A partir de entonces, al no confirmarse en forma satisfactoria la mayor parte de sus observaciones, ni conducir a resultados terapéuticos, se abandonó la hipótesis de que una constelación psicodinámica sea causa suficiente o necesaria en la patogenia de cualquier trastorno de los definidos como psicosomáticos. Sin embargo, algo que aún se sostiene es que pacientes que sufren uno de los padecimientos denominados psicosomáticos, por ejemplo úlcera duodenal, se parecen psicológicamente entre sí más

que a pacientes que sufren otras de las enfermedades específicas. George Engel¹⁰ escribe que si a un clínico experimentado se le dice que un paciente sufre colitis ulcerativa, puede, sin haberlo visto, describir su personalidad en forma sorprendentemente correcta, pero si se le hace una descripción detallada de la personalidad de otro sujeto, no le es posible predecir con ninguna confianza qué enfermedad sufre, si es que sufre alguna. Las diferencias psicológicas entre personas que sufren distintos padecimientos, como, por ejemplo, entre quienes sufren colitis mucomembranosa y quienes padecen úlcera péptica, son en realidad notables.

Por otra parte, si bien es un hecho que el conflicto entre necesidad de dependencia y necesidad de autosuficiencia ocurre a menudo en personas que padecen úlcera péptica, este mismo conflicto está presente en personas que sufren otras enfermedades psicosomáticas y también en muchos individuos sanos.

Al dar explicaciones hipotéticas acerca del problema de la especificidad, dice Grinker,¹¹ no debe perderse de vista que el desarrollo psicológico y el desarrollo fisiológico son procesos que ocurren simultáneamente en el mismo organismo. Las experiencias psicológicas son también experiencias viscerales; el aparato digestivo está íntimamente implicado y participa en las experiencias del desarrollo. Esto hace posible que los problemas psicológicos en el curso de la vida participen causalmente en sus disfunciones. El mismo principio es válido para otros aparatos o sistemas.

Lipowski, uno de los líderes en el campo, piensa que el concepto de especificidad que se utilizó en el campo de la medicina psicosomática ha dejado de tener utilidad y debe descartarse.

LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS Y LAS FASES DE LA ENFERMEDAD

Cuando se examinan hipótesis patogénicas debe considerarse que en la historia natural de cualquier enfermedad hay tres fases: la preclínica, la de precipitación y la clínica.

La *fase preclínica* antecede a la aparición de las manifestaciones clínicas. En esta etapa las causas son predisponentes e incluyen dos clases de factores: factores genéticos y experiencias tempranas. La información transmitida en los genes es necesaria, pero no es suficiente para causar una enfermedad si el patrón de transmisión es de penetración incompleta. Otros factores, como las experiencias tempranas, contribuyen a la determinación de la predisposición constitucional.

La experimentación con animales de laboratorio que maduran en un tiempo breve ha permitido observar los efectos de estímulos tempranos. Levine ha estudiado la influencia a largo plazo, en patrones de conducta sexual y agresiva, de la administración de hormonas sexuales durante periodos críticos del desarrollo. Por su parte, Ader y Friedman¹² han demostrado que criar ratas en condiciones de hacinamiento influye en su fragilidad, cuando son adultas, ante diversos agentes patogénicos como microorganismos y virus. Los datos apuntan en la dirección de que la manipulación experimental temprana

afecta la resistencia del huésped.

En animales se han realizado investigaciones que indican la importancia de los factores constitucionales y también del ambiente psicosocial en el desarrollo de algunas enfermedades somáticas. Por ejemplo, Henry¹³ y sus colaboradores concibieron un ambiente psicosocial en el cual los ratones casi invariablemente desarrollaron hipertensión, y otro en el cual los ratones presentaron carcinoma mamario. El ambiente generador de hipertensión arterial consistió en una jaula en la cual los animales estuvieron bajo una constante amenaza de dominio, teniendo que competir territorialmente por el alimento. Generando en ratones una situación de apareamiento forzado, conservándolos en un estado constante de preparación para la reproducción, resulta una desorganización de la estructura social y un aumento al 100% en la incidencia de cáncer mamario en las hembras del grupo susceptible.

El estudio de la maduración de los mecanismos fisiológicos que regulan la frecuencia y el ritmo del corazón en ratas ha demostrado que la maduración de los sistemas simpático y vago es sincrónica, y ocurre probablemente en periodos críticos, durante los cuales pueden establecerse patrones de respuestas patológicas como la bradicardia, que ocurre en los roedores adultos bajo la amenaza de un ataque severo. Combinando estudios longitudinales del desarrollo con técnicas de cruzamiento selectivo ha sido posible evidenciar la interacción de factores genéticos y experienciales que determinan la predisposición o susceptibilidad específica de un órgano o sistema.

Los sistemas neurovegetativos responsables de la regulación de funciones viscerales importantes, como la frecuencia del corazón y la resistencia periférica, son susceptibles al aprendizaje durante periodos críticos de la maduración. Este condicionamiento puede ser activado más tarde en condiciones apropiadas. A partir de estos datos se han hecho inferencias acerca de que en los humanos ocurren también reforzamientos reiterados por medio de las transacciones entre el niño y su madre y ulteriormente entre el niño y otros miembros de su familia.

En la segunda fase, la de *iniciación de las manifestaciones clínicas*, las causas que precipitan la enfermedad actúan solamente por periodos relativamente cortos y no son las mismas causas que predisponen. En esta fase se pasa de factores específicos a los inespecíficos, por ejemplo, los efectos del estrés psiconeuroendocrino, la resistencia del huésped a través de mecanismos inmunes y de la interferencia con la sincronización de ritmos circadianos, ultradianos y de temporada, etc. Si las defensas fallan bajo el estrés, las actividades endocrinas e inmunológicas pueden hacer al animal de experimentación y a las personas menos resistentes a la infección y producir un trastorno clínico más fácilmente si se les expone a un germen. Estas reacciones no son específicas y sus efectos parecen ser universales.

Se podría especular que la exposición del cerebro a cambios vigorosos y continuos en las catecolaminas y hormonas circulantes afectaría patrones neurofisiológicos de regulación central, en forma tal que ciertos circuitos patogénicos inactivos pudieran volverse activos e inducir así la alteración de funciones viscerales. En los humanos, cambios psiconeuroendocrinos no específicos podrían provocar la activación de patrones

patogénicos específicos en personas predispuestas.

Se asume que en la *fase clínica* pueden entrar en juego tanto mecanismos específicos como inespecíficos, ya sea en forma aislada o en combinación, influyendo en el curso de las exacerbaciones y de las complicaciones del estado patológico.

Se considera que en esta fase de la enfermedad los factores patogénicos que influyen en su curso, remisiones y exacerbaciones son diferentes de los implicados en las dos fases anteriores. Por ejemplo, una vez que una enfermedad se ha establecido el individuo adquiere advertencia de ella, tiene conocimiento de las alteraciones patológicas y de las sensaciones relacionadas, y las incorpora a la imagen que tiene de sí mismo, quedando sujetas a elaboración simbólica e incorporación en estructuras psicológicas conflictuales preexistentes. El punto es que los factores causales relevantes, tanto médicos como psicológicos, difieren según la fase de la historia natural de la enfermedad, y por ello no es lógico asumir que el análisis de las circunstancias y mecanismos implicados en la precipitación o en el curso de una enfermedad ayudan a comprender el mecanismo implicado en la predisposición a sufrirla.

Estrés psicosocial

Quienes no aceptaron el concepto de especificidad psicológica sugirieron que un trastorno psicofisiológico dado es producido por el impacto de un estrés psicológico inespecífico en una persona que tiene una vulnerabilidad física específica.

Mahl¹⁴ formuló una hipótesis de la no especificidad. Su punto de vista es que una respuesta generalizada de estrés puede servir como “gatillo” de varias enfermedades psicosomáticas. Experimentalmente causó estados de estrés tanto en animales como en humanos y midió los cambios fisiológicos concomitantes como secreciones gástricas y actividad suprarrenal.

El término *estrés* se refiere a la experiencia de un organismo que confronta una tensión persistente. El conocimiento de las consecuencias de estas tensiones se inició con los experimentos de Cannon, quien, como ya hemos mencionado, estudió las reacciones neurovegetativas a las amenazas.

Años después, Selye¹⁵ demostró experimentalmente que ante una variedad de factores causantes de estrés —traumáticos, tóxicos, infecciosos o emocionales— los organismos reaccionan de una manera general e inespecífica. Esta reacción, que tiende a aumentar la resistencia del organismo ante el agente ofensor, fue designada por Selye *síndrome general de adaptación*.

Animales sometidos a estrés presentan en una primera fase, denominada “fase de alarma”, hipertrofia de la corteza suprarrenal, atrofia aguda del tejido timo-linfático y ulceraciones gástricas e intestinales. Esta reacción depende de mecanismos cerebrales, neuroendocrinos y diencefalo-hipofisarios. Si el estrés continúa, a la reacción de alarma le sigue una fase adaptativa y compensatoria a la que Selye denominó “fase de defensa”; durante ella la resistencia del organismo llega a su máximo. Esta fase depende de mecanismos diencefalo-hipofisarios y también corticosuprarrenales. Si el estrés se mantiene, la capacidad de adaptación del organismo es sobrepasada, y sigue una “fase de agotamiento” o descompensación. La puesta en juego de

mecanismos de adaptación puede ocasionar “enfermedades de adaptación”. El organismo puede sufrir lesiones por exceso de sus propias defensas.

El término *estrés psicosocial* se refiere a las situaciones sociales y estados psicológicos como conflictos, frustraciones, pérdidas o amenazas que pueden activar emociones y producir cambios fisiológicos. Esta forma de estrés actúa a través de la actividad simbólica y de las emociones que suscita, y puede ser tan dañina como las temperaturas extremas, los microorganismos patógenos y los traumatismos físicos. Los efectos sobre la salud dependen de la capacidad de la persona para contender con la situación estresante y del apoyo social con que cuenta.

Para que un estímulo psicológico, dice Lazarus,¹⁶ sea estresante, necesita ser experimentado por el individuo como una amenaza grave a su bienestar. Es entonces cuando se ponen en juego mecanismos encaminados a reducirlo o eliminarlo. Un conjunto de experiencias afectivas, manifestaciones motoras y reacciones fisiológicas son intentos defensivos del individuo en una condición de estrés.

Los trabajos epidemiológicos de Holmes, Rahe y otros intentan establecer las relaciones entre cambios de la vida que suscitan estrés psicosocial y la morbilidad general.¹⁷ Holmes y Rahe desarrollaron una lista de 43 eventos que suscitan cambios en la vida del individuo: desde la muerte del cónyuge hasta pequeñas violaciones a la ley. Se asignó un valor a cada uno de los eventos de acuerdo con el esfuerzo requerido para adaptarse a ellos; por ejemplo, la muerte del cónyuge representa 100 unidades, casarse 50, violación menor a la ley, 11. Algunos cambios considerados positivos, como casarse o recibir una promoción, fueron incluidos en el cómputo total porque también requieren adaptación. Holmes y Rahe propusieron que cuando son mayores las puntuaciones, porque el individuo ha tenido más cambios, mayor es la probabilidad de que experimente una enfermedad física. Aparentemente los cambios de la vida actúan minando la resistencia del huésped a las enfermedades. Se postulan varios factores intermedios, como la experiencia previa del sujeto, sus defensas psicológicas, la forma de contender con el cambio, el grado de la activación fisiológica que le suscita y la ausencia o presencia del papel protector de los apoyos sociales.

La hipótesis de que trabajar bajo presión y tener una gran responsabilidad tienen efectos nocivos que se acumulan es ilustrada por el estudio de un grupo de “controladores del tráfico aéreo”, quienes trabajan bajo una gran presión de tiempo y con la responsabilidad de que un error pone en peligro a cientos de personas. Este grupo tiene un riesgo mayor de sufrir hipertensión y úlcera péptica, las cuales se inician en ellos más tempranamente que en personas que desempeñan otros trabajos en los aeropuertos.

Varios estudios indican que es más probable que una enfermedad se inicie después de que una persona ha experimentado un cambio adverso en su vida, si este cambio le exigió grandes esfuerzos para adaptarse a él. Sin embargo, los estudios epidemiológicos solamente indican correlaciones estadísticas, y necesitan ser complementados por la investigación clínica. Además de eventos dramáticos de breve duración se estudian situaciones frustrantes de larga duración, como una mala relación marital o una situación

ocupacional poco motivante.

Los estudios acerca de la mortalidad y la morbilidad en el duelo han puesto de manifiesto los efectos inespecíficos del estrés psicosocial sobre la salud. En una comunidad de Gales, Rees y Lutkins¹⁸ estudiaron durante un año a los deudos a partir de la muerte de un ser querido. En esas personas, la tasa de muerte fue siete veces mayor que la de quienes sirvieron de control. Las investigaciones de Parkes y sus colaboradores¹⁹ mostraron que la mayoría de las muertes de viudas en los seis primeros meses del duelo tenían relación con la enfermedad coronaria, si se encontraban en la edad en que es más frecuente este padecimiento.

Los efectos del estrés sobre el individuo son atenuados cuando éste cuenta con apoyo social. Por ejemplo, el apoyo que ofrecen la familia, los amigos y la comunidad influye significativamente en la sobrevivencia después de un primer infarto y en la resolución del duelo en la viudez. Aparentemente, la ayuda emocional que una persona obtiene de sus ligas humanas y los recursos que se ponen en juego en su favor sirven como un colchón que protege la salud. El apoyo social explica en parte las diferencias en vulnerabilidad entre individuos sujetos a estrés.

Los estudios de Engel²⁰ y Schmale²¹ demostraron que la pérdida de un “objeto psicológico” —persona, posesión, salud, posición valiosa—, o la amenaza simbólica de su pérdida en la fantasía, preceden al desarrollo de diversas enfermedades. Parece un hecho establecido que la *pérdida* y los estados afectivos asociados pueden tener una relación patogénica importante con trastornos somáticos, incluyendo algunos que son mortales. Engel²² ha documentado el hecho de que con frecuencia el inicio de una enfermedad está precedido por un estado psicológico caracterizado por el abandono de la lucha: “darse por vencido”. Esta hipótesis ha sido objeto de diversos estudios tanto retrospectivos como prospectivos, los cuales sugieren que, en efecto, el estado psicológico desempeña un papel importante por medio de la mente y del sistema nervioso central en la modificación de la capacidad del organismo para enfrentarse a factores patogénicos. Engel piensa que el estado psicológico “darse por vencido” refleja una condición biológica del organismo y su elucidación puede permitir el acceso a mecanismos de enfermedad que hasta ahora no han sido tomados en cuenta.

El estado de *duelo* puede ser visto como un ejemplo de estos estados mentales patógenos. No sólo la pérdida de un ser querido, sino también otras pérdidas que generan desilusión, desesperación, humillación y tristeza conducen a la enfermedad y a la muerte; en tanto que la alegría, la felicidad, la fe, la confianza y el éxito están asociados con la salud. No obstante el escepticismo de muchos médicos, la sabiduría popular ha acumulado constancias de estos hechos en el folklore y en la literatura. Mucha gente sensata asigna un papel importante a la tristeza, la desesperación y el descontento en la iniciación de una enfermedad. En estos casos el rasgo psicológico más característico es el sentimiento de que a corto o largo plazo se es incapaz de enfrentar la situación.

Al estudiar las descripciones que hacen los pacientes acerca del escenario de sus vidas y de sus sentimientos durante el periodo que precede al inicio de su enfermedad, Engel identifica cinco características: a) sentimiento de impotencia o desesperación. La persona

expresa un sentimiento de “estar al final de la cuerda”, de pérdida, confusión, incertidumbre, de encontrarse en un callejón sin salida; *b*) la imagen que el paciente tiene de sí mismo después de la pérdida (de un ser querido, estatus o bienes) es que ya no puede funcionar en su forma acostumbrada aunque lo intenta; *c*) no se siente apoyado por personas que para él son importantes, o en los papeles que desempeña en la vida. Algunas veces esto ocurre debido a desilusiones, pérdidas, separaciones, etc.; *d*) el sentido de continuidad entre el pasado, el presente y el futuro se interrumpe; parece entonces que las maniobras que fueron útiles en el pasado ya no son aplicables y se hace difícil proyectarse al futuro, que parece incierto y sin promesas; *e*) la situación actual hace que la persona recuerde otros pasajes pasados en los que se sintió desvalido, impotente y desesperado. Estos sentimientos reactivados pueden ser tan intensos como en el momento en que sucedieron. En ocasiones un evento relativamente pequeño, acompañado de sentimientos de impotencia y desesperación, abre viejas heridas.

Al “darse por vencido” la economía biológica del organismo se altera en su totalidad, con la consecuencia de que su capacidad de contender con ciertos procesos potencialmente patógenos se reduce y permite el desarrollo de la enfermedad. Uno de los mecanismos ya establecidos de este cambio es la baja de la reacción de inmunidad.

En su aspecto biológico, esta reacción psicobiológica se sustenta en la evidencia neurofisiológica y neuroendocrinológica de que, cuando el sistema nervioso central está fallando en la tarea, los sistemas de defensa biológica de urgencia entran en juego. Cuando la capacidad de adaptación está sobrecargada, el organismo sólo tiene a su disposición un repertorio de conductas que no son relevantes para la situación con la cual ha de contender. En este punto, las estructuras límbicas del cerebro anterior y del mesencéfalo forman un complicado circuito neural y los sistemas de urgencia del organismo se ponen en juego para contender con la amenaza o evitar el daño.

Por otra parte, muchos médicos y gente sensata estarían de acuerdo en que la fe, la confianza y la felicidad favorecen la salud. Es claro que estos estados psicobiológicos a los que nos referimos son factores contribuyentes y no causas primarias. En 1816 Samuel Black citó la “osificación de las coronarias” como la “causa primaria original” de la angina de pecho, pero consideró la “poderosa influencia perniciosa de la emoción mental fuerte o de una pasión depresiva como influencia contribuyente”, y refirió casos que ilustraban este punto de vista. Es interesante preguntarse cómo esas penetrantes concepciones han desaparecido de la literatura médica por tanto tiempo. Las observaciones psicológicas eran correctas aun cuando estaban basadas solamente en la intuición. Desafortunadamente no se encontraban con una teoría científica para estudiar el problema. En la última mitad del siglo XIX la medicina adquirió armas poderosas para investigar la enfermedad, pero sólo aquellos aspectos de la enfermedad accesibles a estos métodos fueron seriamente considerados. El desarrollo de un punto de vista organísmico hace posible indagar cómo funciona el individuo en su ambiente y cómo la mente y el cerebro actúan como mediadores o reguladores de la economía corporal. Las indagaciones empiezan con las observaciones clínicas del impacto de los cambios sociales y del ambiente sobre la persona.

En resumen, el concepto de estrés psicológico permite considerar una variedad de influencias sobre el hombre que afectan desfavorablemente su salud. El concepto de estrés psicosocial tiene un carácter multifacético que permite incluir diversos estímulos internos o externos que actúan a un nivel psicológico como agentes generadores de estrés en un momento particular, así como también la forma en que la persona responde a ellos subjetivamente, en su fisiología y en su conducta explícita.

Mecanismos mediadores

Las vías fisiológicas mediadoras entre factores sociales y psicológicos, por una parte, y los cambios fisiológicos y fisiopatológicos, por otra, han sido objeto de investigación en animales y de experimentación clínica con seres humanos. Algunos de estos mecanismos mediadores, neurofisiológicos, neuroendocrinos e inmunológicos, son ya en parte conocidos y llevan implícita una explicación de la intervención del sistema nervioso entre eventos psicosociales, funciones mentales y respuestas fisiológicas (figura 11).

Un aspecto de estos estudios que reviste especial interés se refiere a la psicoendocrinología de las emociones. Mason²³ ha llevado a cabo ensayos concurrentes de cerca de 10 respuestas hormonales a una variedad de estímulos psicosociales. Tomando en cuenta el estado emocional del sujeto, las defensas psicológicas, la historia de su desarrollo y la situación psicosocial actual es posible predecir el patrón de respuestas hormonales a un estímulo dado. Los niveles de cortisol, adrenalina, noradrenalina, tiroxina, insulina, hormona del crecimiento y testosterona responden en forma relativamente específica a los estímulos que despiertan emociones. Masón concluye que las influencias psicológicas alteran profundamente el balance hormonal en el cuerpo, tanto a corto como a largo plazo, y afectan por lo tanto todos los procesos metabólicos.

Por otra parte, se ha comprobado que en respuesta al estrés inducido se altera la secreción de catecolaminas. Los estudios de Frankenhauser²⁴ y sus colaboradores muestran que hay un incremento en los niveles de catecolaminas en la sangre como respuesta tanto a situaciones placenteras como displacenteras, y tanto a la subestimulación como a la sobrestimulación. Aumentos repetidos y reiterados en la secreción de adrenalina y noradrenalina, ocasionados por las situaciones adversas de la vida, eventos desafortunados, y también por situaciones menos dramáticas como el ruido, la aglomeración, los estímulos apetitivos inducidos por los medios de comunicación masiva, el tráfico lento e interrumpido y el cambio de vehículos para ir al trabajo pueden contribuir al predominio de desórdenes psicofisiológicos y afectivos. En general, estímulos nuevos y discrepantes tienden a despertar emociones intensas y prolongadas potencialmente nocivas.

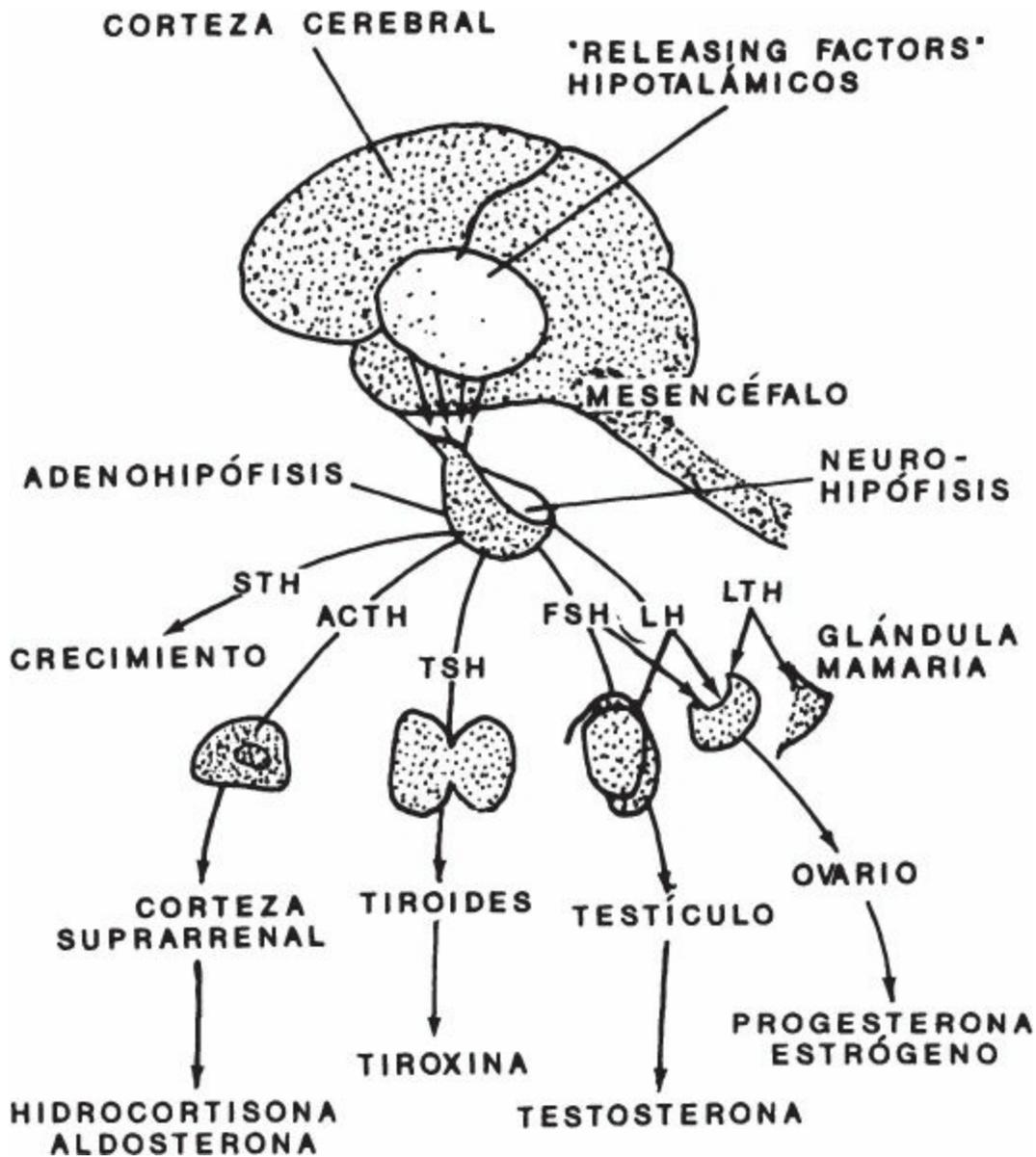


FIGURA 11. Control central de la liberación de hormonas.

Desde 1975 se han descubierto muchos neuropéptidos activos en el sistema nervioso central. Las endorfinas son liberadas en respuesta a estresores experimentales en animales. Si bien el efecto de las endorfinas en la modificación del dolor ha sido bien documentado, se están descubriendo sus efectos en otros parámetros fisiológicos relevantes en la investigación del estrés.

Las investigaciones psicofisiológicas de este tipo no se han limitado al laboratorio. Taggart²⁵ ha realizado estudios en personas que hablan en público y ha mostrado que tienen cambios en el electrocardiograma y niveles plasmáticos crecientes de noradrenalina, triglicéridos y ácidos grasos. Éste es un ejemplo, entre varios, de los estudios recientes acerca de las respuestas psicofisiológicas a los estímulos psicosociales. El uso de la telemetría permite el registro de varios índices fisiológicos en el curso de

actividades humanas cotidianas.

Una manera de enfocar el problema es examinar la relación entre la eficacia de las defensas y formas de contender del individuo y la activación del sistema simpático adrenal y del eje pituitariosuprarrenal durante el estrés. Sachar²⁶ y sus colaboradores estudiaron esta relación en pacientes esquizofrénicos en estado de excitación aguda. Esto opera también en una variedad de condiciones tanto agudas como crónicas y tiene un significado teórico importante, ya que permite avanzar en la comprensión de cómo los fenómenos intrapsíquicos pueden interponerse entre vectores psicosociales, por una parte, y alteraciones de la fisiología del cuerpo, por otra. Si las defensas psicológicas son efectivas protegen contra una activación endocrina excesiva; de lo contrario puede ocurrir una activación endocrina intensa. Los efectos patogénicos de los esteroides renales no sólo influyen en el metabolismo del tejido periférico sino también, en formas menos obvias, en las funciones del sistema nervioso central.

Henry Acerrot y sus colaboradores han demostrado que el peso de las glándulas suprarrenales y el contenido de las enzimas biosintéticas de la noradrenalina en el tejido suprarrenal aumentan en respuesta a estrés psicosocial intenso, lo cual conduce a que los animales de experimentación desarrollen hipertensión sostenida y patología renal. También las enzimas implicadas en la síntesis y en el metabolismo de las catecolaminas en el sistema nervioso central son influidas por las hormonas de la corteza suprarrenal. Por lo anterior, se infiere que el estrés psiconeuroendocrino está en alguna forma implicado en la regulación del metabolismo de las aminos biogénicas y participa en el desarrollo de trastornos afectivos reflejando cambios en el sistema de dichas aminos.

Es evidente que hay importantes vías aferentes que retroestimulan al cerebro a partir de las vísceras; el estudio de estas vías y sus mecanismos aclara un tanto los efectos somatopsíquicos en la medicina clínica.

Los experimentos en el laboratorio conductual, con base en el condicionamiento, han conducido a cambios en los puntos de vista acerca de las potencialidades para el aprendizaje de los organismos humanos. Experimentos de condicionamiento autónomo en las décadas de los sesenta y setenta mostraron que los órganos viscerales y el sistema circulatorio pueden aprender por experiencias y ser modificados por la recompensa y el castigo.

Algunos estudios en animales han mostrado que la experiencia temprana y el ambiente pueden resultar en diferentes características fisiológicas y conductuales. Las ratas criadas en grupos fueron más propensas a la ulceración gástrica después del estrés por inmovilización, en contraste con ratas que fueron criadas por separado y que resultaron más susceptibles a sufrir condiciones patológicas como convulsiones y tumores mamarios. Ligh y Hofer mostraron que el aislamiento temprano en las ratas decrece la reactividad cardíaca a la intrusión social, pero aumenta la reactividad conductual y la fiereza. En qué grado los efectos del ambiente temprano y las respuestas condicionadas adquiridas pueden incorporarse en la constitución de los seres humanos es una cuestión importante que requiere estudios subsecuentes.

La conversión de las experiencias en el cerebro

No sabemos cómo es que los eventos de la vida que causan experiencias displacenteras son codificados y traducidos en eventos neurales y neuroquímicos que a su vez producen cambios corporales que, en las personas predispuestas, culminan en alteraciones severas de la salud. La hipótesis lineal que establece que el estrés psicológico es traducido directamente en cambios fisiológicos es inadecuada. Estamos confrontados con el problema de cómo los impulsos nerviosos, los cambios en niveles enzimáticos o la secreción de sustancias transmisoras pueden producir ideas, pensamientos, imágenes, sentimientos y humor, y cómo los sentimientos producen cambios fisiológicos en el cuerpo. El concepto de que un conflicto inconsciente produce una descarga y aumenta crónicamente la secreción de ácido no ha sido probado. No conocemos cómo es que los cambios en el estado psicológico inician una enfermedad, no obstante que hay pocas dudas de que los factores sociales y psicológicos desempeñan un papel en su iniciación alterando funciones cerebrales y que esta hipótesis está respaldada por investigaciones experimentales en animales usando una variedad de técnicas. Por ejemplo, la elevación de la presión arterial puede producirse experimentalmente en animales por diferentes métodos: condicionamiento, estimulación cerebral, etcétera.

INMUNIDAD

La investigación en el campo psicosomático ha estado vinculada con los avances en la biología y en la medicina. La psicoimmunología es uno de estos avances.²⁷

En efecto, el *sistema inmune* regula las defensas corporales contra la infección y parece influir en la fisiopatología de los trastornos autoinmunes y las enfermedades malignas. Los estados emocionales pueden influir en el sistema inmune. Al poner experimentalmente a prueba los efectos de diferentes clases de estrés en la respuesta inmunológica de los ratones se ha descubierto que la aglomeración produce cambios. También el manoseo de las ratas en su infancia puede fortalecer su producción de anticuerpos.

El trabajo de Solomon²⁸ inicia una serie de estudios en los que se han examinado los efectos de varios estresores sobre el sistema inmune humoral que incluye a los linfocitos B y la producción de anticuerpos, y sobre el sistema celular inmune que implica a los linfocitos T y su papel en las reacciones de hipersensibilidad, como es el rechazo de órganos trasplantados y la respuesta de la piel a la tuberculina. En varias investigaciones recientes se han enfocado los efectos del estrés experimental en la actividad de los linfocitos. A. Monjan y sus asociados²⁹ encontraron en ratones sujetos a estrés crónico causado por el ruido una respuesta biofísica del sistema inmune consistente en una disminución inicial de la actividad de los linfocitos T en las dos primeras semanas y un aumento en las dos semanas siguientes.

Keller y sus colaboradores³⁰ observaron que en las ratas hay una correlación inversa

entre el grado de estrés y las respuestas proliferativas de los linfocitos a los mitógenos. Las ratas sujetas a estrés eléctrico mostraron una disminución significativa en su respuesta linfocitaria. En un trabajo posterior comunicaron que esta reacción no pudo explicarse por una elevación de los corticosteroides suprarrenales, ya que en ratas adrenalectomizadas también se observó una disminución similar en la respuesta de los linfocitos después del choque eléctrico.

Laudeslarger y Rayan, en 1983, llevaron esta investigación un paso adelante. Mostraron que no fue el choque eléctrico en sí mismo lo que creó el cambio inmunológico, sino *la impotencia* de la rata para detenerlo. Dos grupos de animales recibieron la misma cantidad de choques eléctricos: uno podía hacer cesar el mecanismo, el otro no. Ambos grupos tuvieron respuestas inmunes diferentes.

Vernon Riley³¹ mostró en roedores que el estrés de manejarlos con las manos les causó una involución del timo y una elevación en los niveles de corticosteroides. Los cambios endocrinos e inmunológicos que resultan del estrés pueden tener un papel dramático en el curso de una enfermedad. Usando como modelo de tumor mamario en el ratón el causado por el virus oncogénico de Bitner, Riley demostró que la reducción del estrés usual puede cambiar el curso del crecimiento del tumor. Los ratones protegidos del ruido de las calles y de la manipulación mostraron sólo 7% de incidencia del tumor en 400 días, en contraposición con 92% del grupo no protegido.

Varios experimentos han mostrado que la indefensión (desamparo, incapacidad o impotencia) afecta la tasa de crecimiento del tumor en animales, la cual está relacionada con cambios en la respuesta inmunológica. De hecho la misma situación experimental que afecta las respuestas inmunológicas ha influido en el desenlace de varias enfermedades malignas, autoinmunes, artritis e infecciones. El resultado ha sido a veces paradójico, dependiendo del estresor particular y del tiempo de presentación y su duración.

Otros experimentos en animales han señalado también relaciones importantes entre estados emocionales, el cerebro y la respuesta inmunológica. Por ejemplo, Marvin Stein³² y sus colegas, en 1981, y algunos investigadores rusos han mostrado que lesiones experimentales en partes específicas del hipotálamo se asocian con una disminución de la inmunidad celular. La asociación cerebro-respuesta inmune se pone de manifiesto en el proceso de condicionamiento de la respuesta inmune.

Ader y Cohen³³ usaron un modelo de condicionamiento aversivo y mostraron que una solución endulzada con sacarina pareada con un estímulo no condicionado, como la ciclofosfamida, que es un inmunosupresor, puede producir una respuesta de inmunosupresión en la rata condicionada. Otros han reproducido este hallazgo básico. Con un modelo similar se ha producido en animales de laboratorio un efecto en células T y B separadamente, así como aumento y disminución de la respuesta inmune. El mecanismo de la inmunosupresión condicionada y el efecto elevador de la inmunidad permanecen sin dilucidarse.

En los humanos se ha observado en forma repetida que hay cambios inmunológicos relacionados con el estrés de la vida. Sin embargo, no se ha demostrado que estos

cambios inmunológicos sean causantes de la iniciación o la exacerbación de la enfermedad. En uno de los primeros estudios Roger Bartrop³⁴ mostró una disminución en la respuesta mitótica de los linfocitos en 24 sujetos cuyas esposas habían muerto seis semanas antes. Schleifer y sus colegas, en el hospital Monte Sinaí, de Nueva York,³⁵ demostraron el mismo efecto en forma más convincente. A 15 sujetos cuyas esposas estaban en trance de morir a causa de cáncer mamario se les efectuaron mediciones seriadas de la función linfocitaria y se evaluó la respuesta de los linfocitos a mitógenos en las semanas que siguieron inmediatamente a la pérdida, y se observó que ésta disminuyó significativamente y después se normalizó.

En una serie continua de estudios clínicos se han observado cambios inmunológicos en pacientes que sufren un trastorno afectivo severo.

Keicolt-Glaser y sus colegas³⁶ han encontrado cambios similares en la actividad inmunológica, en la respuesta de células asesinas naturales como función del estrés en un grupo de estudiantes de medicina en exámenes finales. Otros investigadores han mostrado efectos comparables en la actividad de las células matadoras naturales en estrés agudo. Se piensa que estas células proveen una defensa natural contra los tumores malignos en las infecciones virales.

Los estudios confirman observaciones de la importancia del *apoyo social* como modificador del efecto del estrés. Los mismos investigadores han demostrado la disminución de la respuesta celular inmune en mujeres separadas en el año anterior en comparación con el grupo control. Dentro del grupo de casados, aquellos que reportaron matrimonios más deficientes mostraron una reducción significativa en tres respuestas inmunes, lo cual indicaba una disminución relativa en la fuerza de la respuesta inmune. Wing y Goodwin han mostrado una relación inversa entre el apoyo social y la cuenta total de linfocitos en un grupo de mujeres residentes en una casa de ancianos saludables. Arnez y sus colegas han mostrado una disminución de respuestas de linfocitos a los mitógenos en mujeres desempleadas. También encontraron una disminución en la reactividad a la tuberculina cutánea. Se propone que el desempleo, como fuente de tensión, modifica las respuestas inmunológicas.

Las enfermedades “autoinmunes”, especialmente la artritis reumatoide, son un grupo interesante en este contexto. Baker y Brewanson han descrito un aumento de la incidencia de circunstancias estresantes de la vida que preceden a la aparición de la artritis reumatoide en las mujeres. Otras investigaciones apuntan en la misma dirección. Aunque ninguna es totalmente satisfactoria en términos metodológicos, es posible sugerir que en algunos casos el estrés contribuye a una ruptura del equilibrio entre el sistema inmune y otros factores, tal vez la infección viral. Teóricamente el estrés puede afectar el equilibrio en forma aguda, haciendo hiperactivo al sistema inmune, o crónicamente, propiciando que un virus precipite la respuesta reumatoide.

Aunque debemos ser reservados acerca del significado y aun de la reproductibilidad de los cambios inmunológicos relacionados con el estrés, podemos pensar que estos cambios proveen un mecanismo plausible de las relaciones observadas y largamente sospechadas de una variedad de estresores con el inicio subsecuente de enfermedades.

Por el momento estos hallazgos nos ayudan a ver con mayor claridad algunas cuestiones en la frontera de la investigación biológica. Por ejemplo, cómo es que el sistema nervioso regula las respuestas inmunológicas. Los linfocitos tienen receptores para la acetilcolina y la noradrenalina, que son neurotransmisores importantes. Aunque aún estamos lejos de comprender su significado, sabemos que hay vías neuroendocrinas implicadas. Estas vías incluyen los corticosteroides y el sistema nervioso autónomo, que tiene conexiones anatómicas directas. Algunos investigadores sugieren que hay sinapsis con los linfocitos en el timo y el bazo. Estos mecanismos implican no sólo vías eferentes sino también vías aferentes capaces de llevar al hipotálamo información de la periferia.

TENDENCIAS ACTUALES EN LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

En las primeras décadas del siglo XX las áreas oscuras en el campo de la medicina psicosomática se llenaron con especulaciones. La tendencia actual es hacer de este campo una disciplina en la que sólo encuentren cabida hechos demostrados y teorías susceptibles de ser confirmadas mediante la investigación. Las observaciones clínicas se han visto notablemente reforzadas por la investigación psicofisiológica, bioquímica y genética.

Debido principalmente a su carácter especulativo se ha perdido el interés en los conceptos psicoanalíticos que intentaron establecer relaciones etiológicas entre constelaciones psicodinámicas específicas y padecimientos psicosomáticos. Conceptos como el de los *perfiles psicológicos*, propuesto por Dunbar, no han pasado la prueba del tiempo, en tanto que algo ha quedado de los de Alexander en relación con los patrones psicodinámicos típicos en cada enfermedad. Por otra parte, el interés en la descripción fenomenológica de la conducta en situaciones experimentales definidas, así como la experimentación en animales, van en aumento.

El concepto actual de medicina psicosomática ciertamente no es el de una subespecialidad de la medicina o de la psiquiatría; no se trata de enfermedades psicosomáticas definidas, sino de una práctica médica holística que utiliza conocimientos recientes de la psiquiatría y de la neurobiología, y conceptos, principios e información provenientes de las ciencias sociales y conductuales.

Actualmente la psicoterapia para los pacientes con una enfermedad psicosomática está indicada si los problemas psicológicos en su propio derecho lo justifican. Es de esperarse que, cuando hay conflictos psicológicos que activan patrones fisiopatológicos, la psicoterapia conduzca a una mejoría de la condición somática como consecuencia de la reducción de conflictos.

En términos de los instrumentos de investigación que se utilizan hoy en día y los sitios en que se lleva a cabo la investigación y la práctica, predominan dos clases de investigaciones: las psicofisiológicas y las psicosociales. Ambas son accesibles al diseño experimental en una forma en la cual no lo es la psicodinamia.

La relación positiva entre eventos estresantes, evaluados mediante escalas, y una

variedad de enfermedades agudas y crónicas es un hecho establecido. Sin embargo, los métodos usados plantean algunos problemas. La identificación de eventos y los cambios en la vida no necesariamente nos informan de las experiencias individuales, y en muchas ocasiones no queda claro su impacto y su poder patogénico; sin embargo, es difícil ignorar su participación como factores desencadenantes y agravantes.

Las investigaciones experimentales más recientes muestran el cambio de un modelo conceptual lineal de las enfermedades psicosomáticas a un modelo de campo, interaccional o de sistemas. Este modelo plantea intercambios entre datos genéticos y ambientales, y postula expresiones fenotípicas e interacciones recíprocas en ambas esferas: la somática y la psicoconductual. La constitución de cada individuo incluye la dotación genética y las experiencias tempranas, y su desarrollo es influido por múltiples factores biológicos y psicosociales en un ambiente biopsicosocial. El modelo psicogenético se ha diluido en modelos multifactoriales que representan interacciones en varios niveles del organismo y del ambiente social.

El enfoque de sistemas generales implica que múltiples subsistemas, como la constitución y la personalidad, determinan el estado del sistema individual por medio de una interacción constante, mutua y de retroinformación. El individuo, a su vez, es un subsistema de la sociedad en constante intercambio con otros individuos y grupos. Este enfoque enfatiza la interacción y la retroinformación entre los síntomas somáticos, la conducta y el medio sociocultural, y permite entender y evaluar todos los factores importantes que pueden contribuir a la patogenia de una enfermedad y perpetuarla, más que aislar una causa simple o una serie de eventos causales lineales. Algunas discrepancias en cuanto al significado y la magnitud de determinantes psicológicos y biológicos pueden ser aclaradas con ayuda de análisis multifactoriales.

Las primeras contribuciones en el campo de la medicina psicosomática fueron hechas por clínicos: psiquiatras, psicoanalistas y psicofisiólogos experimentales. Gran parte de la investigación reciente se dirige al estudio de los mecanismos neurales mediante los cuales el cerebro regula y coordina funciones fisiológicas. Estas investigaciones han sido posibles por los avances técnicos y metodológicos en la neurofisiología, la endocrinología y también en las ciencias sociales y conductuales.

Actualmente existe la tendencia a considerar que en todos los procesos de enfermedad interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. Revisaremos algunos de los trastornos que revisten mayor importancia por los factores psicológicos involucrados en ellos.

EL DOLOR

El médico emerge en la prehistoria y su presencia se mantiene a través de la historia hasta nuestros días en respuesta a tres necesidades fundamentales del hombre: calmar el dolor, atenuar la angustia y prolongar la vida.

No obstante que los progresos de la analgesia y de la anestesia nos han liberado en

parte del dolor, éste es aún un fenómeno central en la medicina clínica por dos razones: una es que con frecuencia nos conduce al diagnóstico, y otra, que cuando no guarda proporción con su causa aparente se convierte en un problema de difícil solución.

No me ocuparé ahora del sufrimiento, es decir, del dolor moral que no está conectado con el cuerpo, sino del dolor, que tiene localización corporal. Tampoco me ocuparé del dolor agudo que puede ser corregido fácilmente. Me referiré más bien al dolor que persiste o que recurre y “tiene que ser soportado”.

Es interesante mencionar que los médicos difieren en sus actitudes hacia el dolor. Hay quienes quisieran librar a sus enfermos del dolor a toda costa y quienes quisieran que sus enfermos mostraran una tolerancia heroica hacia éste.

El dolor es con frecuencia un problema y es deseable que el médico conozca el significado que tiene para cada persona. Hay quienes, como en la Grecia clásica, adoptan ante él una postura estoica y para quienes tiene, como para el hombre medieval, un sentido de expiación y trascendencia. Para muchos el dolor no tiene hoy ningún sentido. Como dijo el gran cirujano francés Leriche, “es un regalo siniestro que empequeñece al hombre y lo hace más enfermo de lo que estaría sin él”.

¿Qué es el dolor?

El dolor es un fenómeno que en los humanos tiene gran complejidad y que, como la angustia, no sólo ha de ser explicado sino comprendido. Para comprender el dolor no basta conocer su sentido biológico al servicio de la preservación del individuo, ni sus bases fisiológicas. Tampoco basta considerar los aspectos conductuales explícitos, ni es suficiente el modelo animal. Es necesario tomar en cuenta la experiencia subjetiva.

El dolor es una sensopercepción y un afecto displacentero, pero es más que eso. El hombre que sufre dolor es afectado, tiene conciencia de ello y no permanece pasivo; su organismo se dispone a la huida. Hay en el dolor un elemento motriz, que es “un sentimiento de impotencia para quitárselo de encima”. En la experiencia del dolor intervienen también la imaginación y la atención. La imaginación hace que el hombre que lo sufre lo interprete como una amenaza y anticipe sus consecuencias. La atención puede fijarse tenazmente en la vivencia dolorosa y el enfermo que sufre dolor no puede olvidarse de él, y es por ello que organiza su vida en torno de él. Puede también ocurrir que consciente o inconscientemente lo use para obtener beneficios o evadir responsabilidades.

El dolor cutáneo, localizado y súbito, está fuertemente conectado con el estímulo; en cambio, el dolor visceral o simpático es difuso, se irradia y es el que en mayor medida se agrava por la emoción, la experiencia y la anticipación. El dolor muscular es una forma intermedia entre el dolor cutáneo y el dolor visceral.

Cannon señaló que hay ciertas afinidades entre el dolor, la cólera y el miedo. En sus experimentos este autor observó aumento en la secreción de adrenalina, de la coagulabilidad de la sangre, de la glicemia, del flujo sanguíneo a los músculos, e

interrupción de la digestión. Todos estos cambios son adaptativos, puesto que para el animal el dolor es motivo de fuga o de ataque.

Que el dolor es una función al servicio de la preservación de los organismos es patente. Los niños que sufren agenesia de las vías del dolor tienen incontables lesiones y accidentes. El animal aprende a evitar presas que tienen púas. Los humanos también aprenden a evitar el dolor. Sin embargo, más allá de cierta intensidad y persistencia, el dolor ya no tiene utilidad inmediata, puesto que suscita confusión y desorganización. Llama la atención la discrepancia entre la intensidad del dolor y el peligro para la vida. ¿Tiene fundamentos la idea de que el dolor es útil y necesario? El dolor visceral únicamente anuncia que se está afectado. Ésta es su utilidad.

Además, la espera o la anticipación disminuyen el umbral para el dolor, y el dolor actual moviliza los recuerdos de experiencias dolorosas pasadas. En las operaciones quirúrgicas mayores, sin anestesia, el dolor llegaba a desaparecer cuando ocurría el “estupor traumático”.

El sustrato neurofisiológico del dolor es en parte conocido. Sabemos cómo lo recibe el organismo, cómo se transmite desde sus receptores periféricos, cómo adquiere su carga afectiva, cómo llega a la conciencia y cómo la persona que lo sufre anticipa sus consecuencias. Conocemos también las bases fisiológicas de la disociación de la experiencia dolorosa y de la influencia del sistema mental sobre otros sistemas del organismo.

La organización de las vías del dolor permite comprender la defensa muscular, el dolor referido y la causalgia. El sistema reticular inhibe y protege al organismo de un exceso de influjos aferentes.

Antes de iniciarse la respuesta motriz hay en el dolor una influencia directa y poderosa de la corteza cerebral del lóbulo frontal en todos los niveles.

El dolor tiene receptores periféricos específicos y vías somáticas y autonómicas. Hay dos tipos de fibras conductoras: gruesas, mielinizadas, de conducción rápida y finas, delgadas, no mielinizadas, de conducción lenta. Estas últimas conducen el dolor difuso, sordo y profundo. Hay también fibras que transmiten impulsos simpáticos centrifugos que llegan a los músculos lisos de las paredes intestinales y a los canales secretorios de las glándulas, e intensifican o reducen el dolor profundo. Las fibras aferentes de pequeño diámetro terminan en células sensoriales que a su vez originan fibras de segundo orden, como el tracto espinalámico e interneuronas intrínsecas, algunas de las cuales son excitatorias y otras inhibitorias. Numerosas interneuronas en esta región contienen inmunorreactividad del tipo de las encefalinas.

Un área importante de investigación es el estudio inmunológico de aferentes primarios para determinar si contienen neurotransmisores péptidos. Las células de los ganglios pequeños de la raíz dorsal y las capas superficiales del asta dorsal en las cuales terminan estas células contienen sustancia inmunorreactiva P, somatostatina y péptidos intestinales vasoactivos. Estos hallazgos obligan a plantear la cuestión de si un péptido particular está asociado con las fibras aferentes primarias transmisoras del dolor. De hecho, hay evidencia de que fibras aferentes primarias contienen sustancia P.

En las dos últimas décadas el descubrimiento de los opiáceos endógenos y de sus receptores ha contribuido a la comprensión de la transmisión y de la modulación del dolor. El conocimiento de los sistemas moduladores del dolor ha contribuido, a su vez, al conocimiento de las bases neurales de la analgesia y de la acción de los opiáceos.

El punto de partida fue la observación de que en las ratas la estimulación eléctrica de la sustancia periacueductal del mesencéfalo suprime selectivamente la conducta relacionada con el dolor. La supresión selectiva del dolor por la estimulación de este sistema neuronal fue confirmada en otras especies, pero la confirmación más espectacular ocurrió en seres humanos con dolor severo intratable, en quienes la estimulación eléctrica específica de la parte caudal del diencefalo y del mesencéfalo, análogos a los sitios de analgesia en animales, producen una reducción del dolor, dramática y a menudo completa.

Las estructuras involucradas en este sistema endógeno de control del dolor han sido determinadas mediante estudios de estimulación eléctrica, lesiones, métodos inmunohistoquímicos y farmacológicos. Este sistema está formado por las siguientes estructuras: 1) la sustancia gris periacueductal mesencefálica (SGPM), 2) los núcleos del rafé, especialmente el núcleo magno y otros núcleos reticulares adyacentes, y 3) el asta dorsal de la médula espinal. La acción analgésica de los opiáceos, administrados sistemáticamente o por inyección intracerebral en la SGPM, y la acción analgésica de la estimulación eléctrica resultan de la activación de conexiones entre la SGPM y los núcleos del rafé. Las neuronas de éste, por medio de una vía en la parte dorsal del fascículo lateral de la médula espinal, inhiben selectivamente a las neuronas del asta dorsal, incluyendo interneuronas y una población de neuronas que proyectan a los haces espinotalámico y espinoreticular.

Las características de la SGPM evidencian su participación en los mecanismos de analgesia: recibe aferencias somatosensoriales, contiene neuronas que proyectan aferencias al rafé, que funcionan como relevo en los circuitos neurales analgésicos descendentes, y contiene sitios de unión de alta afinidad para opiáceos, además de niveles significativos de péptidos opioides endógenos. Un segundo componente endorfinérgico de este sistema se localiza en el asta dorsal de la médula espinal, particularmente en la sustancia gelatinosa, donde hacen su primer relevo las fibras aferentes que llevan los impulsos originales por estímulos nociceptivos. Esta región, al igual que la SGPM, tiene niveles elevados de inmunorreactividad, afinidad endorfinérgica y sitios de unión a opiáceos.

Estudios electrofisiológicos y de transporte axonal retrógrado han establecido que la SGPM recibe aferencias de la corteza frontal e insular, la amígdala y el hipotálamo. Como la analgesia mediada por endorfinas puede condicionarse, es posible que estas conexiones corticales sean el sustrato de los fenómenos de condicionamiento.

Estas observaciones han dejado establecido que hay una vía descendente del tallo cerebral a la médula espinal implicada en la supresión del dolor ([figura 12](#)).

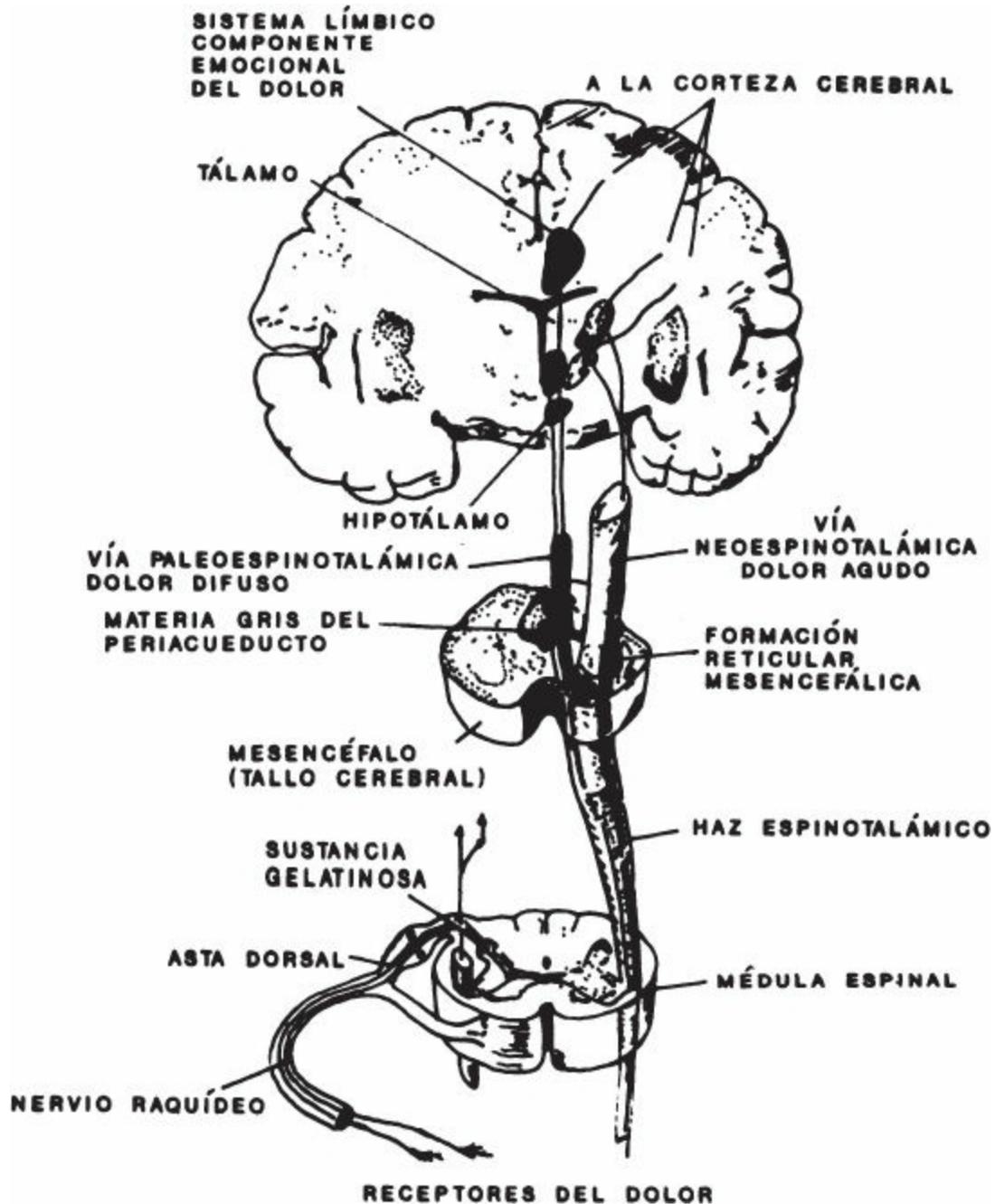


FIGURA 12

La naloxona es un antagonista de los opiáceos que produce un empeoramiento del dolor. Es interesante mencionar que este efecto es notable en personas que responden bien a los placebos y no ocurre en quienes no responden. Éste y otros datos permiten pensar que la respuesta a los placebos puede expresar la activación de la analgesia mediada por el sistema endorfinico. También la acupuntura y la estimulación eléctrica transcutánea producen analgesia que es reversible mediante la naloxona, lo que implicaría que también estas intervenciones actúan sobre los receptores de opiáceos y los opioides endógenos y activan el sistema de supresión del dolor.

En 1973 Pert y Snyder³⁷ demostraron que en el sistema nervioso central hay sitios selectivos reversibles, saturables y estereoespecíficos receptores de opiáceos, es decir, que la liga de un opiáceo a estos sitios resulta en un efecto farmacológico. Los receptores fueron localizados en áreas del sistema nervioso central y periférico importantes para la nocicepción y también en otras áreas del sistema nervioso central y en el músculo liso. Los diferentes receptores de opiáceos están distribuidos en forma heterogénea.

En 1975 Hughes y Kosterlitz³⁸ aislaron “ligandos” endógenos para los receptores opiáceos reportados previamente: las encefalinas. Éstos, como ya se mencionó, también se localizan en los sitios que forman parte del sistema endógeno de supresión del dolor. Además, la administración exógena de estas sustancias tiene efectos analgésicos potentes.

En resumen, en la década pasada han ocurrido avances en la comprensión del dolor. Estos avances se iniciaron con los descubrimientos de un sistema endógeno modulador del dolor y de los péptidos opioides endógenos que intervienen en su función. La estimulación eléctrica focal y los opioides aplicados directamente en el mesencéfalo mostraron sus efectos antinociceptivos. El siguiente paso fue la demostración en el sistema nervioso central de la existencia de receptores de opiáceos y el subsecuente descubrimiento de los opioides endógenos.

Aspectos psicológicos del dolor

El dolor está muy influido por factores psicológicos. Es sabido que las emociones intensas causan una inhibición transitoria de la sensibilidad al dolor; la herida no duele durante la pelea. Además, el dolor suscita miedo porque quien lo sufre anticipa las consecuencias de aquello que lo causa. La asociación del dolor con la angustia y el miedo intensifica el sufrimiento.

La reacción ante el dolor es relativamente variable y hay notables diferencias individuales, las cuales dependen principalmente del componente afectivo.

Antes de proseguir en la consideración de algunos aspectos psicológicos y patológicos del dolor quisiera responder a una pregunta que es frecuentemente formulada: ¿hay dolores imaginarios? Mi respuesta es que todos los dolores, incluyendo los que se originan en la mente, son reales; el dolor es el que el enfermo dice tener, a menos que mienta. A nosotros y no a él corresponde aclarar cuál es su origen y cuáles son las condiciones que lo mantienen. ¿Es orgánico el dolor de un enfermo o es funcional? La pregunta es siempre interesante, pero en el dolor persistente la causa orgánica inicial puede ser mínima y ahora se nos presenta sepultada bajo las consecuencias de intervenciones quirúrgicas e implicaciones psiquiátricas. Aun cuando el dolor tenga un componente orgánico, es frecuente que sean sus componentes psicológicos, familiares y sociales los que conviertan a quien lo sufre en un enfermo problemático.

Una aproximación a la comprensión del dolor es que está embebido en la biografía de quien lo sufre. En la infancia, el dolor desempeña un papel importante en la formación de la imagen corporal, que es a su vez el núcleo del sentimiento de identidad. Lo que al niño

le duele es parte de sí mismo. El dolor es también instrumento de comunicación del niño con su madre. Cuando el niño tiene dolor se queja y es o no confortado por ella. Posiblemente en estas experiencias infantiles de amparo y desamparo se encuentran las raíces de las actitudes personales hacia el dolor, tan diversas e individualizadas. En un nivel primario, el dolor tiene relación con el castigo; sufrirlo es una forma de expiación. También ocurre que el dolor está estrechamente relacionado con la sexualidad; en la perversión sadomasoquista sufrir dolor o infligirlo es un prerrequisito para el goce sexual.

Algunos tipos de dolor en los que el componente psicológico es relevante son los siguientes:

1) El *dolor tensional* debido a la contracción persistente de músculos regionales. Una localización típica es la región de los músculos de la nuca y del cuello; la contracción muscular es parte de la pauta fisiológica de la vigilancia. Su precursor en la naturaleza es la postura tensa, expectante, que adopta el animal para observar mejor al enemigo que se aproxima. Dolores de cabeza periódicamente recurrentes, cuya frecuencia y severidad son variables y que suelen persistir durante horas y días, tienen su origen en contracciones musculares de causa psicógena. El dolor es por lo general de localización suboccipital, pero en ocasiones es temporal, parietal o frontal. Algunas veces tiene el carácter de una constricción “en banda” alrededor de la cabeza.

Este tipo de cefaleas depende de una contracción sostenida de los músculos estriados de la cabeza y el cuello. Simultáneamente puede haber constricción de arterias craneales con isquemia, lo cual contribuye al dolor y a la contracción muscular. Los músculos maxilares y los de la parte alta de la espalda pueden también ser afectados.

Estas cefaleas por contracción muscular suelen presentarse en sujetos crónicamente angustiados, tensos, constantemente preocupados, irritables, muy sensibles y que tienen notoriamente dificultad para relajar sus músculos. Los rasgos obsesivos predominan en su carácter. Sin embargo, el trastorno muscular puede ocurrir también en sujetos que, sin tener en forma prominente los rasgos de personalidad que hemos descrito, están sometidos a situaciones de estrés psicológico intenso y prolongado.

2) Hemos dicho que el dolor es una forma de comunicación. El *dolor conversivo* es lenguaje corporal; tiene un significado simbólico específico y así lo entendió Freud en cuatro de sus casos estudiados con Breuer. El dolor histérico típico expresa simbólicamente un conflicto intrapsíquico que permanece reprimido. Otros dolores psicogénicos no siguen este modelo. La identificación con otra persona que sufre dolor es frecuente en el dolor psicogénico.

3) El dolor puede ser la queja principal de un sujeto *hipocondriaco*, cuya atención a sus funciones corporales es desmedida y su temor a sufrir enfermedades es irracional.

4) En ciertas *psicosis* el dolor puede presentarse como una *alucinación somática*. Sin embargo, comúnmente el aspecto psicótico del dolor no radica en su carácter alucinatorio, sino en la elaboración delirante o casi delirante que hace el enfermo de su origen, su naturaleza y las acciones de los demás, incluyendo al médico, en relación con él.

5) Con frecuencia el dolor está relacionado con la *depresión*, ya sea que haga relieve como síntoma predominante sobre el fondo de una depresión endógena o reactiva o que sustituya a la depresión, es decir, sea un equivalente de ella. Es explicable que el enfermo invierta la relación y piense que su estado de ánimo abatido, su insomnio, su falta de energía, etc., son consecuencias de su dolor y no su causa. Menos explicable es que el médico no caiga en la cuenta de esta inversión. La relación entre depresión y dolor es un hecho clínico importante. Hemos visto a enfermos, aliviados quirúrgicamente de su dolor, caer en estados depresivos. Es también interesante considerar que los medicamentos tricíclicos que alivian la depresión tienen una notable acción analgésica aun en dolores muy rebeldes o incoercibles, como la neuralgia posherpética. En casi la mitad de los casos, la depresión es el componente psiquiátrico del dolor crónico.

Hay personalidades más propensas que otras a sufrir dolor, y esto es significativo, pero más lo es que el hombre que sufre dolor persistente o recurrente desarrolle un estilo de vida característico. Típicamente le ocurre que no puede retirar su atención del dolor, niega tener problemas psicológicos que puedan tener relación con él, y su demanda y consumo de analgésicos es exagerada. No puede prescindir de su dolor porque es el instrumento de su hostilidad, de su anhelo de ser cuidado y protegido y del mantenimiento de su autoestimación. ¿Cómo ha de aceptar que su dolor sea imaginario si a él le duele? y, además, ¿quién puede en estos tiempos conservar su dignidad sufriendo dolores imaginarios? El enfermo se aferra a la versión orgánica de su dolor, busca al médico que le confirme su creencia y luego lo envuelve en el círculo de su enfermedad.

Desde el punto de vista clínico puede ya no ser lo más importante indagar una y otra vez si existe o existió originalmente un daño sino abordar el problema como un problema total, sin soslayar su complejidad, sus implicaciones psicológicas, familiares y sociales.

Reducción del dolor por medios psicológicos

Mediante la hipnosis y la sugestión es posible causar dolor y también aliviarlo. En ciertos casos la persuasión y el entrenamiento autogénico pueden atenuar el dolor.

Si se atenúan el temor y las reacciones corporales de huida, el dolor disminuye. La concentración espiritual, la disciplina y el autodomínio también disminuyen la conciencia del dolor.

La *sugestión*, la *autosugestión*, el *entrenamiento autogénico* y la *relajación* obedecen a un mismo principio: la restricción de la conciencia. La influencia hipnótica puede ejercerse tanto sobre la experiencia actual del dolor como sobre el recuerdo de la experiencia.

El entrenamiento sistemático en la relajación que propone Jacobson, la relajación progresiva de Shultz y la autorrelajación concentrativa en el yoga son similares.

La *hipnosis* ha sido usada como parte de un programa para el manejo del dolor. No hay duda de que con su uso algunos dolores disminuyen, por lo menos temporalmente. Dado que la naloxona no anula la analgesia inducida por hipnosis, es de pensarse que el

sistema de endorfinas no está involucrado en esta forma de analgesia. Hay sujetos que pueden aprender la autohipnosis.

El *condicionamiento operante* es un componente importante de la conducta relacionada con el dolor. El paciente que sufre dolor recibe atención y simpatía que refuerzan su conducta y ésta puede ser central en su vida. Una estrategia terapéutica es utilizar el mismo condicionamiento operante para remodelar la conducta del paciente mediante el reforzamiento de la conducta incompatible con el dolor y el no reforzamiento de la conducta que lo fomenta.

En la *biorretroinformación* se utiliza un estímulo visual o auditivo para facilitar que el sujeto obtenga cierto grado de control de sus respuestas. Usando la electromiografía, la temperatura de la piel y el electroencefalograma, el paciente aprende más fácilmente la relajación muscular, la cual ha mostrado su utilidad en el tratamiento de algunos dolores de cabeza, lumbares y de la articulación temporomandibular. No es fácil eliminar en la biorretroinformación un efecto placebo inespecífico. También se puede aprender a relajar los músculos sin ayuda de instrumentos. El hecho es que un paciente que aprende a calentar su piel aprende indirectamente a afectar sus vasos cerebrales.

Dick Read observó que cuando las mujeres no tienen miedo al parto dan a luz fácilmente. Su tesis es que el parto es en sí mismo indoloro, y que el dolor depende en gran parte de la creencia engranada en la tradición cultural de que el parto debe ser doloroso. Si no se teme al dolor la mujer puede relajarse y se evita la tensión muscular que es propia de la primitiva reacción de huida que acompaña al dolor. La práctica del parto sin dolor está muy difundida en algunos países, particularmente en los países anglosajones y escandinavos.

El *parto psicoprofiláctico* es también popular en Rusia (Vervosky, 1949), aunque la explicación que el autor da a su mecanismo es diferente. Propone que por entrenamiento se forma un “centro cerebral del parto”, un foco de excitación pavloviano, y los reflejos condicionados formados en torno de temores e ideas falsas se extinguen. El acento se pone en la instrucción de la futura parturienta. En Francia Lamaze enfatizó la comprensión intelectual del proceso mediante la instrucción y la cooperación de la gestante.

Una variedad de técnicas psicoterapéuticas se ha usado en el tratamiento del dolor. La meta es abordar tanto los conflictos como el sistema de apoyo.

Aparentemente el *efecto placebo* es un ingrediente en todo acto médico. Un placebo es una sustancia inerte que es eficaz para aliviar diversos síntomas, principalmente el dolor. El efecto placebo es rápido y de corta duración. Es muy notorio en el dolor posoperatorio intenso.

En la sensibilidad a los placebos no desempeñan un papel importante ni la personalidad ni la inteligencia del sujeto. Una tercera parte de todos los individuos responde bien. El efecto placebo puede considerarse una respuesta condicionada durante la relación del paciente con el médico.

La *acupuntura* hace posible que se practiquen intervenciones de cirugía mayor sin

dolor. Se basa en conceptos de anatomía y fisiología, incompatibles con los datos científicos establecidos, que forman parte de una concepción explicativa del organismo de carácter mítico engranado en la cultura china. La fe en la eficacia del procedimiento es compartida por el médico y por el enfermo y la respalda un consenso general nutrido por observaciones genuinas. Como terapéutica, es efectiva en ciertos casos de síntomas funcionales reversibles, particularmente el dolor, y es totalmente inefectiva en otras condiciones patológicas.

El manejo del paciente con dolor

Ocurre que el dolor agudo es a menudo tratado por los médicos en forma insuficiente, y algunos médicos tienen aversión a los pacientes que sufren dolor crónico. Es absurdo que algunos médicos teman causar adicción a pacientes con cáncer terminal y permitan que sufran innecesariamente en sus últimos días. También ocurre que a algunos pacientes con dolores crónicos se les prescriben analgésicos sin el control apropiado.

Con frecuencia el manejo del dolor crónico presenta problemas. Muchos pacientes que sufren dolor crónico han desarrollado tolerancia y dependencia a las drogas y éstas ayudan poco en el alivio del dolor.

Las drogas antidepresoras, particularmente los tricíclicos como la amitriptilina y la doxepina, son útiles en el manejo del dolor crónico. En ocasiones hay una superposición de depresión y dolor crónico, y varios estudios muestran que muchos pacientes deprimidos se quejan de dolor. Por otra parte, hay evidencia de que el efecto analgésico de las drogas opioides es potenciado por los antidepresores tricíclicos. También se ha sugerido que los antidepresores podrían actuar activando el sistema endógeno de control del dolor, como hemos explicado.

Un método de tratamiento del dolor es el uso de analgesia controlada por el propio paciente mediante una bomba eléctrica programable que controla infusiones intravenosas de morfina o de otro opioide de acción rápida.

Hay muchos tratamientos para el dolor precisamente porque en algunos casos no son muy eficaces. El tratamiento del dolor puede ser estudiado objetivamente. Un primer paso es una clasificación fina de los pacientes que sufren dolor.

Los avances en la comprensión de la fisiología y de la bioquímica de la percepción del dolor no se han traducido aún en una mejoría real del tratamiento de los pacientes que lo padecen, particularmente en lo relativo al dolor crónico.

Antes de delinear nuestro criterio para el manejo del “hombre doloroso”, quiero indicar que muchos médicos fracasan porque su relación con él es deplorable. El enfermo desconfiado, hostil y manipulador suscita la intolerancia, el trato despótico y el rechazo del médico, quien además suele no tener tiempo para escucharlo. Algunos enfermos llevan en sus cuerpos las huellas de terapéuticas drásticas que no se inspiraron en la comprensión sino en la desesperación.

Como es sabido, hoy se presta mucha atención al problema del dolor, y en varios

lugares hay clínicas especiales destinadas a su manejo. Me incluyo entre quienes nunca pretenden romper de un golpe la resistencia de un enfermo que necesita su dolor para seguir viviendo. Ante un enfermo problemático que sufre dolor crónico un paso necesario es identificar sus componentes orgánicos y psicopatológicos, sus contribuyentes económicos, sociales, etc., y la función que cumple en la dinámica personal y familiar. La hospitalización puede ser necesaria para eliminar la dependencia de los analgésicos, eliminar circunstancias reforzadoras e iniciar al enfermo en un régimen tendiente a cambiar su estilo patológico de vida y restaurar sus intereses y sus relaciones interpersonales empobrecidas.

El esclarecimiento del problema, hecho con criterio psicoterapéutico en forma individual o familiar, es un aspecto, y la utilización de diversos medios de relajación muscular y rehabilitación es otro aspecto de un programa cuyos resultados, salvo cuando un componente depresivo importante es identificado y corregido, son modestos. Para algunos enfermos no hay alternativa. Sólo les queda aprender a vivir con su dolor.

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

La influencia de las emociones en el sistema cardiovascular es conocida desde épocas remotas. Como hemos mencionado en un capítulo anterior, el sistema límbico es el eslabón entre los estímulos psicológicos y las respuestas del organismo, incluyendo cambios cardiocirculatorios: cambios en la tensión arterial, en la frecuencia cardiaca, en la concentración de lípidos séricos, etc. Se ha estudiado el papel que desempeña el estrés en la elevación de la tensión arterial y de la frecuencia del pulso en sujetos normales. Además, algunos estudios muestran que en las ratas el control autonómico del corazón está sujeto a periodos críticos en su desarrollo y que estímulos ambientales tempranos pueden influir definitivamente.

Los cambios hemodinámicos que ocurren en los estados emocionales preparan al organismo para el enfrentamiento o para la huida. Puede decirse que la supervivencia de los animales y del hombre primitivo hubiera sido imposible sin un buen funcionamiento muscular, el cual requiere que los músculos reciban una circulación eficaz. El miedo, la expectación ansiosa, la disposición a la agresividad, etc., tienen como función biológica primaria preparar al organismo para enfrentar contingencias. Esta preparación implica cambios musculares y cardiovasculares. El hombre civilizado confronta problemas que le suscitan angustia y hostilidad que no puede resolver mediante la acción de sus músculos. Puede decirse que muchos de los cambios hemodinámicos, viscerales y musculares no ayudan al hombre a resolver problemas que son inherentes a la vida moderna. Este hecho tiene la mayor importancia en diversos padecimientos cardiocirculatorios.

Se asume que el estrés desempeña un papel etiológico en la *enfermedad coronaria*. Éste es un punto de vista tan generalmente reconocido que sorprende que no cuente con mayor apoyo científico. El hecho de que factores de riesgo ya conocidos como fumar, la hipertensión arterial y el nivel de lípidos en el suero sólo den cuenta de la mitad de los

casos de enfermedad coronaria deja amplio campo a la posible participación de factores psicosociales (figura 13).

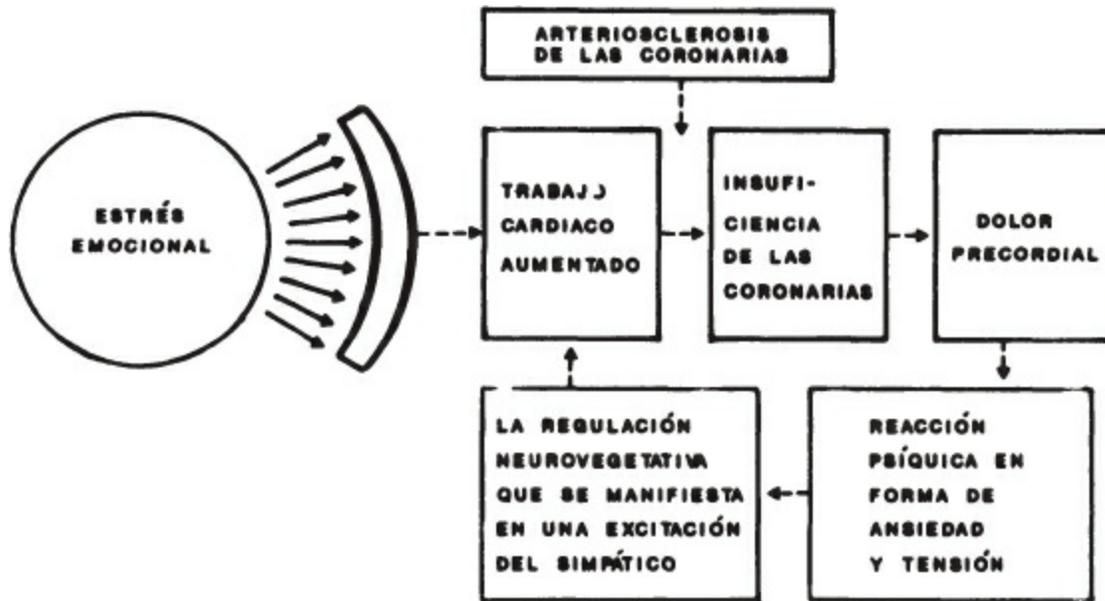


FIGURA 13

Sin embargo, hoy en día la investigación psicosocial es parte de la investigación en cardiología. En los estudios epidemiológicos de la historia natural de la enfermedad coronaria se incluyen rutinariamente la medida de factores conductuales y psicosociales.

No hay datos para pensar que una dinámica psicológica específica desencadene los ataques de isquemia cardiaca, pero estos problemas orgánicos suelen con frecuencia ser precedidos de situaciones de conflicto personal grave. Se trata de trastornos que han sido incluidos en el grupo de las llamadas *enfermedades de la civilización*, porque, en tanto que son raros en comunidades poco desarrolladas, su frecuencia es elevada y tiende a aumentar en los países ricos. Este hecho puede relacionarse en parte con la vida sedentaria y agitada y el tipo de alimentación, pero los factores emocionales parecen ser muy importantes. En general se piensa que el estrés emocional de cierta duración no suele producir efectos nocivos persistentes sobre el corazón y las arterias de personas sanas, pero en sujetos predispuestos por herencia, exceso de peso, hipertensión o hipercolesterolemia, el estrés aumenta el peligro de un accidente vascular.

Hay una voluminosa literatura acerca de la relación de estrés y enfermedades del corazón. Algunos ejemplos ilustran las tendencias principales y las áreas de controversia. Un primer paso es no perder de vista que estas enfermedades son procesos que se extienden a lo largo de muchos años e implican eventos de diferente duración. La enfermedad coronaria puede avanzar silenciosamente por décadas. Una vez que se alcanza un grado crítico de bloqueo arterial, los síntomas se desarrollan, incluso las arritmias. La enfermedad puede continuar por meses o por años antes de que ocurra un ataque al corazón, un evento agudo que puede durar de unos minutos a una hora. Cada

estadio de la enfermedad implica cambios fisiopatológicos específicos, y es posible que el estrés y otros factores conductuales tengan relación específica con ellos. Los aspectos psicosomáticos de la aterogénesis pueden ser muy diferentes de la relación que existe entre el estrés y la ocurrencia de un ataque al corazón. Del mismo modo, los factores que precipitan una crisis de angina o desestabilizan al miocardio pueden no tener relación con el desarrollo de la enfermedad coronaria.

La investigación del estrés en la enfermedad coronaria ha tomado tres caminos. En el primero la historia natural de la enfermedad se ha relacionado con eventos adversos. Un segundo camino es el estudio de la respuesta cardiovascular de los sujetos humanos bajo condiciones experimentales de estrés. El tercer camino es usar modelos animales que se asemejen a la enfermedad humana del corazón y elucidar relaciones patogénicas potenciales entre estrés y enfermedad del corazón.

Estudios de la historia natural

Es muy difícil demostrar que hay una relación entre el estrés que ocurre naturalmente y la iniciación de la enfermedad coronaria. En un estudio longitudinal prospectivo en individuos saludables, estudiantes de medicina de Johns Hopkins, la enfermedad coronaria se asoció débilmente con rasgos precoces de hostilidad, hipocondriasis y depresión. Es interesante mencionar que quienes, del total de 1 337 varones, desarrollaron cáncer mostraron un perfil premórbido diferente: falta de cercanía a sus padres e incapacidad relativa para expresar emociones.

El interés actual en la conducta de tipo A como factor de riesgo en la enfermedad coronaria es reminiscencia de las observaciones de Dunbar a las que nos hemos referido.

De acuerdo con Rosenman y Friedman,³⁹ este patrón de conducta se caracteriza por agresividad, competitividad, ambición, inquietud y una sensación de estar siempre urgido de tiempo. Se trata de personas “enfascadas en una lucha relativamente crónica para obtener un número ilimitado de cosas, relativamente mal definidas, en el menor tiempo posible”.

El entusiasmo original por este elemento precursor de la enfermedad del corazón se basó en el descubrimiento de que parecía predecir el desarrollo de la enfermedad del corazón en personas que estaban libres de ella. En cuatro de cinco estudios prospectivos de factores de riesgo múltiple la conducta de tipo A permitió predecir la enfermedad coronaria en una proporción de cerca de 2:1. En un estudio americano-japonés en Honolulu no se encontró esta relación, pero es posible que la occidentalización aumente la prevalencia de enfermedad coronaria.

En la evaluación de 14 monasterios benedictinos y 11 trapenses, Cofrei observó que los grupos de monjes que tienen una alta proporción de individuos con conducta de tipo A, viven en un ambiente que les favorece y consumen una dieta rica en grasas sufren más frecuentemente enfermedad coronaria.

Se ha tratado de relacionar la conducta de tipo A con el pronóstico en pacientes de

alto riesgo establecido por la angiografía y la enfermedad coronaria clínica. Los resultados han sido débiles y ambiguos, y se ha llegado a la conclusión de que no es un buen predictor de mortalidad o morbilidad en las poblaciones con enfermedad coronaria. Cuando Redford Williams y sus colegas en 1986 midieron la conducta de tipo A con una técnica de entrevista estructurada en 2 289 hombres, la conducta sí fue predictiva del grado de enfermedad coronaria en pacientes de menos de 45 años; en el grupo de más de 55 años la conducta de tipo B, esencialmente contraria al tipo A, pareció estar ligeramente más relacionada con pacientes con un estrechamiento significativo de las coronarias.

Se han estudiado los componentes de la conducta de tipo A para evaluar su importancia. El aspecto más significativo es la hostilidad. El estudio de Barfud y colegas en 1983 mostró que en 225 médicos estudiados durante un periodo de 25 años, mediante el inventario de la personalidad de Minnesota, el puntaje de hostilidad predijo la ocurrencia de enfermedad coronaria. Los médicos con un puntaje de hostilidad cerca de la media tuvieron cinco veces más eventos coronarios que aquellos que estuvieron por abajo de la media. La hostilidad es también un factor de riesgo en la mortalidad y su identificación es un predictor fuerte. En el estudio de la Western Electric,⁴⁰ que se inició en 1970, la escala de hostilidad de la prueba de Minnesota predijo la mortalidad en un periodo de 20 años.

Podemos resumir el estatus de la conducta de tipo A como precursor de la enfermedad coronaria de la manera siguiente: en una población blanca occidental, la conducta de tipo A favorece el desarrollo de la enfermedad coronaria. En una población de alto riesgo para la enfermedad coronaria, la conducta de tipo A no predice la morbilidad o la mortalidad subsecuente. En un paciente que ha sufrido un infarto del miocardio, la conducta de tipo A no predice una recurrencia, tampoco una medades del corazón. Algunos ejemplos ilustran las tendencias principales y las áreas de controversia. Un primer paso es no perder de vista que estas enfermedades son procesos que se extienden a lo largo de muchos años e implican eventos de diferente duración. La enfermedad coronaria puede avanzar silenciosamente por décadas. Una vez que se alcanza un grado crítico de bloqueo arterial, los síntomas se desarrollan, incluso las arritmias. La enfermedad puede continuar por meses o por años antes de que ocurra un ataque al corazón, un evento agudo que puede durar de unos minutos a una hora. Cada estadio de la enfermedad implica cambios fisiopatológicos específicos, y es posible que el estrés y otros factores conductuales puedan tener relación específica con ellos. Los aspectos psicossomáticos de la aterogénesis pueden ser muy diferentes a la relación que existe entre el estrés y la ocurrencia de un ataque al corazón. Del mismo modo, los factores que precipitan una crisis de angina o desestabilizan al miocardio pueden no tener relación con el desarrollo de la enfermedad coronaria.

Hay estudios que exploran la posibilidad de que el estrés pueda conducir a la enfermedad asintomática del corazón. La escala de Holmes y Rahe intenta medir los eventos adversos de la vida antes del comienzo de la enfermedad.⁴¹ Estudios tempranos mostraron que los ataques del corazón fueron precedidos por un aumento de estas

presiones. Sin embargo, los estudios prospectivos no han podido confirmar la relación de eventos estresantes con el inicio de la enfermedad cardiaca. En un estudio de 5 000 trabajadores de la construcción, que fueron objeto de seguimiento por 15 meses después de hacerles a cada uno un inventario de eventos de la vida, no se encontró alguna asociación entre los 32 ataques al corazón que ocurrieron en ellos durante el periodo de estudio y las puntuaciones de los eventos de la vida. Trabajos más recientes han enfatizado la importancia del *significado personal* de los eventos de la vida y de los factores que modifican su impacto, especialmente el papel del *apoyo social* y el contexto en el cual ocurren los eventos. Una estrategia es usar un simple evento como marcador del inicio del estrés. Aunque la observación sugiere que algunas personas se desploman después de su jubilación, no se ha demostrado un patrón consistente de cambio en la salud después de la pérdida de un ser querido. En la escala de Holmes y Rahe la pérdida de la esposa es tomada como el evento traumático más importante. Varios estudios parecen indicar que en los varones la tasa de mortalidad aumenta durante el periodo inmediato a la muerte de la esposa. En 1969 se reportó el estudio de 4 000 galeses que habían perdido a sus esposas. Durante los primeros seis meses de la pérdida su mortalidad por enfermedad del corazón fue 67% más alta que la tasa esperada según las estadísticas actuariales. Sin embargo, un estudio epidemiológico sofisticado de la Universidad Johns Hopkins no reprodujo estos resultados. En 1981 Helsing y colegas⁴² estudiaron a 4 032 hombres y mujeres viudos pareados con controles no viudos durante 12 años. En el segundo año hubo un pequeño aumento en la mortalidad de varones con edades entre 55 y 75 años después de la muerte de su esposa, y las diferencias no fueron estadísticamente significativas en las mujeres después de la pérdida del esposo. Las muertes parecen estar asociadas con cambios en el estilo de vida. Se consideró que el aislamiento social y la falta de apoyo fueron los factores más relevantes. Los hombres que se casaron nuevamente volvieron a la curva de mortalidad del grupo control.

Se ha demostrado convincentemente el papel protector del apoyo social para contrarrestar los efectos del estrés en un estudio prospectivo de nueve años que involucró a casi 9 000 adultos en Alameda County, en California. Quienes carecieron de ligas sociales y comunitarias fueron tres veces más propensos a morir por cualquier causa. Resultados similares se obtuvieron en un estudio longitudinal de 331 personas en Carolina del Norte, donde el factor crucial fue, más que el apoyo social, la percepción de contar con él en caso necesario. En un estudio a gran escala de la utilidad de los bloqueadores beta en la prevención de la mortalidad después de un infarto al miocardio, los efectos combinados del estrés de la vida y del aislamiento social se asociaron con un aumento de la mortalidad.

Un indicador de mal pronóstico en pacientes con enfermedad del corazón es la depresión. Estos estudios muestran que la depresión es un marcador de riesgo de recurrencia y un indicador de mortalidad creciente. En un estudio en el hospital Albert Einstein, de Nueva York, se hizo el seguimiento de ocho pacientes con riesgo de muerte súbita por 18 meses. De los indicadores de un mal desenlace la depresión fue el más poderoso. Estos estudios apoyan la impresión de muchos clínicos de que la depresión,

especialmente cuando se combina con agitación y preocupaciones obsesivas, es un signo de peligro en la enfermedad del corazón. Se sabe que la depresión está asociada con aumento en los niveles de catecolaminas circulantes y de la hormona de la corteza suprarrenal.

Hay información acerca de la relación entre el estrés agudo y los ataques del corazón. En 1978 George Engel⁴³ publicó en la prensa una colección de 170 historias de muerte súbita a raíz de un trastorno emocional. Green Rolsten ha reportado la muerte súbita de 26 empleados de la compañía Kodak. La mitad de los pacientes sufría depresión en las semanas previas a la muerte. Miller reconstruyó los eventos del día que precedieron a la muerte súbita de 100 hombres y encontró 23 casos evidentes de estrés emocional agudo en la hora anterior a la muerte, y Risan y sus colaboradores reportaron resultados similares en 127 muertes súbitas en Helsinki. En un estudio que incluyó 117 sobrevivientes de arritmias graves se encontró que 25 las habían sufrido en relación directa con trastornos emocionales, asociadas a menudo con angustia.

El hecho de que 20% de los pacientes en tres grandes estudios haya sufrido muerte súbita durante un estado de estrés emocional sugiere que hay un subgrupo susceptible que necesita ser identificado y estudiado más a fondo. La posibilidad de que los pacientes que desarrollan arritmias durante situaciones de estrés emocional sean un grupo de hiperreactores con susceptibilidad cardiaca especial al estrés está bajo consideración. La investigación psicosomática hará una contribución importante a la prevención de las muertes cardiacas si un grupo de pacientes vulnerables puede ser identificado y protegido. Los estudios epidemiológicos no han demostrado que el estrés emocional precipite infartos del miocardio, pero sí la muerte súbita de personas que sufrieron un episodio agudo de fibrilación ventricular. Como es sabido, la fibrilación ventricular es la forma más común de muerte súbita.

Estudios experimentales en seres humanos

El estudio de sujetos durante experiencias estresantes ha demostrado que acciones como hablar en público, circular una hora en el tráfico congestionado, ser espectador en eventos atléticos emocionantes y otras experiencias excitantes pueden provocar arritmias ventriculares y fibrilación ventricular en individuos susceptibles, así como episodios de *angor pectoris*. En pacientes susceptibles los efectos del estrés provocado en el laboratorio pueden ser dramáticos. En ocasiones, recordar eventos perturbadores desencadena síntomas cardiacos. La investigación psicosomática podría contribuir más a la evaluación de los pacientes con enfermedad del corazón si se contara con una prueba de estrés psicológico que permitiera distinguir en forma confiable a individuos que responden al estrés de la vida con trastornos de la fisiología cardiovascular. Hoy es rutinario medir el umbral de arritmia en pacientes con arritmias malignas provocándoles extrasístoles por estimulación eléctrica.

Estudios en animales

Se sabe, desde hace años, que la estimulación del cerebro puede alterar la fisiología cardiovascular y aun producir arritmias fatales. Las áreas del corazón que producen los efectos más notables son las relacionadas funcionalmente con el egreso simpático. Cuando el corazón de un perro es sometido a estrés experimental el egreso simpático producido por estimulación de ganglios puede desencadenar un episodio fatal de fibrilación ventricular. Cuando se condiciona a un perro a tener miedo de estar en el lugar donde recibe choques eléctricos, desarrolla arritmias espontáneas si su corazón ha sido dañado por un infarto del miocardio experimental.

Monos machos adultos socialmente estresados y alimentados con una dieta baja en colesterol desarrollaron arteriosclerosis coronaria más extensa que los controles no estresados. El estrés social se produjo alterando periódicamente la constitución de los grupos, redistribuyendo a los animales cada 12 semanas y forzando al mono estresado a desarrollar nuevas membresías y relaciones.

La investigación de posibles factores psicosomáticos en la enfermedad coronaria ha progresado porque los investigadores piensan que el estrés es una variable importante. Sin embargo, la participación de estos factores en la patogénesis de la enfermedad coronaria no puede considerarse aún satisfactoriamente establecida, y muchas preguntas permanecen sin respuesta. La investigación psicosomática en la enfermedad coronaria ha estado obstaculizada por el uso poco riguroso del concepto de estrés, sin referencia a su duración y a la propia experiencia del paciente.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

Se sabe que los estados emocionales afectan el aparato digestivo. ¿Quién no ha tenido la experiencia de ver su apetito, su digestión o su eliminación afectados por las preocupaciones, la cólera, el miedo o la tristeza? En ciertas condiciones de alteración emocional, perder el apetito, indigestarse, vomitar, constiparse o sufrir diarrea es relativamente frecuente. Uno de los padecimientos por los cuales se consulta constantemente al médico, y de los más rebeldes a la terapéutica, es la “colitis nerviosa” o “colon irritable”, que no es sino la expresión intestinal de un estado persistente de tensión o ansiedad, dependiente de condiciones engranadas en la personalidad y en relación con problemas habituales de la vida.

Ya hemos mencionado que la estimulación de la amígdala del sistema límbico del gato ocasiona un aumento de la acidez y del contenido de pepsina en el estómago del animal, así como lesiones y hemorragias de la mucosa. Se ha demostrado que en el mono la estimulación de ciertas regiones hipotalámicas causa hiperclorhidria y úlceras duodenales y pilóricas.

Un estudio hoy clásico es el llevado a cabo por George Engel, a partir de 1955, en Mónica, una niña cuyo estudio se inició a los 15 meses y ha continuado por más de 30

años. Mónica tiene una fístula en el estómago por la cual se le alimenta debido a atresia del esófago. Esta circunstancia ha permitido estudiar los cambios en su mucosa gástrica en diferentes estados de ánimo y situaciones conductuales. Desde niña, cuando estaba “deprimida” y se aislaba de la gente en respuesta a personas extrañas, la secreción de ácido disminuía marcadamente; inversamente, estados y conductas más autoafirmativas se correlacionaron con un aumento sustancial en la secreción de ácido. Estudios prospectivos a largo plazo han producido algunas de las más interesantes observaciones en el proceso psicosomático.

Otros investigadores han demostrado que las emociones influyen reduciendo la secreción biliar. También se ha comprobado mediante radioquimografía que los estados de angustia o desconcierto modifican la motilidad del esófago. Por otra parte, la observación directa del colon a través de fístulas ha permitido conocer que en estados depresivos o apáticos hay una disminución de todas sus funciones, mientras que la cólera y la angustia provocan su hiperactividad funcional.

Úlcera péptica

Las influencias psicológicas en este padecimiento son generalmente reconocidas. Nos referiremos a algunos datos que tienen interés.

La sintomatología de la úlcera péptica consiste en dolor epigástrico que se presenta más frecuentemente varias horas después de no recibir alimentos y que se aminora con la comida o el uso de alcalinos. El síndrome se caracteriza por una sucesión de remisiones y recurrencias. Es frecuente que estas recurrencias se asocien con situaciones que implican estrés psicológico.

La úlcera péptica es considerada una “enfermedad de la civilización”. Es infrecuente en la India, Java y Sumatra y entre los bantús de África del Sur. En el mundo occidental prevalece en las áreas urbanas y entre sus víctimas predominan hombres situados en posiciones de responsabilidad.

En la úlcera péptica intervienen en forma importante factores constitucionales hereditarios. Estudios como los de Ader sugieren que ciertas experiencias tempranas bien pudieran incrementar la susceptibilidad a la enfermedad. Ader utilizó ratas en sus investigaciones, que por sus niveles altos de pepsinógeno en la sangre se consideraron susceptibles a la úlcera péptica. Este investigador observó que las ratas que eran estimuladas y acariciadas con frecuencia durante las tres primeras semanas de vida posteriormente sufrían menos lesiones pépticas que otras.

La úlcera péptica ocurre con más frecuencia en el hombre que en la mujer. Por esta razón se ha pensado que factores endocrinos pueden ser importantes. Sin embargo, su frecuencia tiende a aumentar en las mujeres, y hay aspectos psicológicos y socioculturales que parecen influir en ello. Un dato es que muchas de estas mujeres fueron durante su infancia abandonadas o rechazadas por sus madres. Es posible que esta experiencia las haya convertido en personas más frágiles ante ciertos problemas de la

vida. Los factores desencadenantes más frecuentemente identificados, tanto en las mujeres como en los varones, son circunstancias que les suscitan cólera sostenida que no pueden expresar libremente. La pérdida de un ser querido o de algún valor o situación apreciada es también una circunstancia que desencadena brotes agudos.

Jinich⁴⁴ distingue tres grupos de mujeres ulcerosas. El primero está constituido por personas cuya enfermedad se desarrolló en el curso de cambios radicales en su posición familiar, económica y social, que las obligaron a abandonar su habitual pasividad y a asumir actitudes independientes y activas. En un segundo grupo incluye mujeres que, impulsadas por motivaciones internas, adoptan un papel activo, independiente, ambicioso y competitivo con el varón; ocupan posiciones de trabajo destacadas y, si están casadas, sus esposos son habitualmente individuos débiles y pasivos. Finalmente, en el tercer grupo incluye mujeres con neurosis de carácter, angustiadas, agresivas y con serios conflictos en sus relaciones interpersonales.

Los datos anteriores indican nuevamente que, si bien no puede generalizarse la hipótesis de que conflictos emocionales específicos causan úlcera péptica, sí parece haber una relación entre ciertos aspectos del carácter que hacen al sujeto más vulnerable a ciertas situaciones de estrés y a la iniciación, curso y recurrencia del padecimiento, en cuya etiología es claro que participan otros factores biológicos.

Colitis ulcerosa inespecífica

Este padecimiento se caracteriza por una inflamación ulcerosa difusa del colon, la cual no puede ser imputada a causa única conocida. Tiende a ser crónica e irreversible, si bien cuando las ulceraciones se localizan en el recto o en el sigmoides algunos pacientes llegan a sanar del todo. Clínicamente hay diarrea con sangre y síntomas generales como fiebre, anorexia, taquicardia y astenia intensa. La muerte puede presentarse a causa de perforaciones, peritonitis generalizada, hemorragia profusa y desequilibrio electrolítico grave.

Desde hace tiempo se sabe que los síntomas de la colitis ulcerosa empeoran en condiciones de estrés emocional, y particularmente cuando los sujetos se alteran durante la discusión de sus problemas emocionales y sus dificultades en la vida.

No se encuentra una personalidad típica en los enfermos de colitis ulcerosa. Sin embargo, se ha reiterado que muchos de ellos poseen rasgos obsesivos de carácter, una notoria hipersensibilidad al rechazo y a la hostilidad, y una dependencia intensa hacia ciertas personas. El principio de la sintomatología suele relacionarse con la amenaza real o imaginaria de separarse de esas personas.

Al hacer Jackson y su grupo un estudio psicosocial de los pacientes con colitis ulcerativa quedaron sorprendidos de la similitud de las familias de estos pacientes. Estas familias se caracterizaban por la rigidez de sus miembros y por una actitud entre ellos de restricción recíproca.

La colitis ulcerosa inespecífica puede presentarse en pacientes con diversos

padecimientos psiquiátricos. O'Connor y colaboradores⁴⁵ llevaron a cabo un estudio comparativo de la gravedad de la enfermedad en sujetos esquizofrénicos y con otros desórdenes mentales. Encontraron que los esquizofrénicos tienen definitivamente un peor pronóstico que los sujetos con neurosis, con trastornos de la personalidad o sin problemas psiquiátricos evidentes. Observaron también que el empeoramiento del estado mental agrava el curso de la colitis.

Por lo que respecta al tratamiento Karush y sus colaboradores⁴⁶ opinan que los pacientes con fuertes necesidades simbióticas y con actitudes muy pasivas tienen peor pronóstico que otros que tratan de mantenerse activos y son relativamente independientes. Este mismo autor señala que la psicoterapia profunda es útil en los enfermos con un tipo de personalidad aceptablemente independiente, pero en sujetos pasivos es más útil la psicoterapia de apoyo. El pronóstico, como en otros casos, es mejor en el grado en que el paciente tiene confianza, su relación con el psicoterapeuta es positiva y hay posibilidades de mejorar su situación familiar, laboral, escolar, etcétera.

Síndrome de colon irritable

Es un padecimiento relativamente frecuente. Generalmente se inicia en los últimos años de la adolescencia o en los adultos jóvenes. Su prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, en una proporción 2:1. Hay cambios frecuentes en los hábitos intestinales; el dolor abdominal es el síntoma principal. Generalmente éste se presenta después de la defecación o de la ingesta de alimentos, pero en algunos casos no existe dolor o éste es leve. El curso es irregular, periodos de mejoría alternando con periodos de empeoramiento, y aun recaídas y remisiones vagamente relacionadas con el estado de ánimo de los pacientes. Las situaciones estresantes generalmente provocan recaídas. El síndrome de colon irritable es una condición que fluctúa irregularmente pero no desaparece por completo. Este síndrome no está relacionado con enfermedad orgánica ni con defectos anatómicos. Se asocia a distintas características psicológicas. Las personas con colon irritable son hipersensibles, perfeccionistas, organizadas, meticulosas, muy comprometidas con familiares y amigos; nunca llegan tarde a sus compromisos, tienden a sentirse culpables por faltas que no han cometido y son autopunitivas respecto a imperfecciones reales e imaginarias. Pareciera que los síntomas del colon irritable son el castigo por no ser perfectos. Wolman⁴⁷ reporta que algunas mujeres con este síndrome, a quienes trató con psicoterapia, tenían madres exageradamente estrictas y demandantes que hacían sentir culpables a sus hijas independientemente de cuán obedientes fueron; sentían que no eran buenas hijas, y que nunca podían complacer a sus madres. Eran dependientes e incapaces de ser autoafirmativas.

Este síndrome refleja el repertorio limitado de respuestas del colon. En la etiología intervienen tres tipos de factores: orgánicos (incluyendo la deficiencia de fibra en la dieta), constitución psicológica y eventos estresantes. La interacción de estos tres factores puede describirse con un modelo triangular. La forma de este triángulo varía

entre los individuos y en ellos en diferentes circunstancias. Al *soma* y a la *psique* deben agregarse las circunstancias.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Del mismo modo que el metabolismo general, el metabolismo gaseoso está sometido a los influjos del medio, incluyendo los estímulos emocionales. Estos últimos ejercen influencia tanto sobre la respiración tisular como sobre la respiración pulmonar; la excitación psíquica aumenta la respiración tisular y puede incrementar o reducir la pulmonar.

El estrés emocional ha llegado a convertirse en un factor permanente en el mundo occidental, de tal manera que los valores de consumo de oxígeno que se registraban en individuos sanos a comienzos de siglo son hoy, en muchos casos, demasiado bajos para los sujetos normales. En opinión de este autor hoy sólo es posible alcanzar esos valores mediante la administración de medicamentos psicotrópicos que reducen la intensidad de los procesos oxidativos incrementados por efecto del estrés.

Los estados emocionales intensos modifican la regulación automática de la respiración pulmonar. Las emociones afectan la musculatura estriada del aparato respiratorio y normalmente ocasionan un aumento involuntario de la ventilación alveolar. Sin embargo, si la persona sufre lesiones que reducen la elasticidad del tejido pulmonar, la excitación emocional disminuye el intercambio gaseoso.

La hiperventilación y la hipoventilación mantenidas durante un periodo prolongado pueden causar, respectivamente, alcalosis y acidosis respiratoria. Estas alteraciones sólo pueden compensarse temporalmente por la eliminación de compuestos ácidos y básicos por el riñón.

Ocurre a algunas personas que, en situaciones de conflicto, la hiperventilación sostenida es capaz de provocarles una alcalosis respiratoria descompensadora, con una disminución del calcio ionizado sérico e inclusive tetania. Por el contrario, cuando la ventilación de un enfisematoso se acelera por un estímulo emocional, los bronquios, que han perdido elasticidad, pueden colapsarse y causar una disminución importante de la ventilación pulmonar.

Las emociones no solamente influyen en la musculatura respiratoria estriada, también lo hacen en la musculatura lisa de los bronquios. Este hecho tiene importancia en el asma bronquial.

Asma bronquial

En el ataque típico de asma ocurre un espasmo de la musculatura involuntaria de los bronquios que obstaculiza la respiración, más en la expiración que en la inspiración. Debido a ello los pulmones se distienden y el enfermo tiene cada vez mayor dificultad para expulsar el aire y poder inspirar de nuevo. A la dificultad inspiratoria se suman otros

efectos secundarios, como la secreción de flemas espesas que son expulsadas lentamente y la congestión de la mucosa. La recurrencia de los ataques produce cambios estructurales que están ausentes durante las primeras fases del padecimiento.

Las causas del asma son múltiples, y entre ellas los factores alérgicos son importantes. Sin embargo, la participación de factores de orden psicológico se ha reconocido desde hace tiempo.

Las fibras musculares de los bronquios reciben una doble inervación autónoma: los impulsos vagales producen la contracción de las fibras y los impulsos simpáticos producen su relajación. Ya Walter Cannon había demostrado que los bronquios son sensibles a los cambios emocionales, y se ha observado mediante broncoscopia que en estados de inseguridad y frustración se producen espasmos y estrechamientos de la luz bronquiolar, en tanto que en estados emocionales placenteros se produce dilatación de los bronquios.

Los factores emocionales son de importancia en el desencadenamiento de las crisis. Sujetos genéticamente predispuestos y alérgicos no presentan la crisis asmática en contacto con un alérgeno conocido si su estado emocional es equilibrado y se sienten satisfechos, seguros y optimistas. La crisis se presenta cuando a los factores biológicos se agrega el desequilibrio emocional y la angustia.

Maurere ha hecho una revisión de las hipótesis psicoanalíticas relacionadas con la psicogénesis del asma. Alexander señaló que el acceso de asma expresa un conflicto entre tendencias incompatibles de dependencia e independencia, e interpreta el síndrome como una forma de regresión a un estado de dependencia pasiva. Esta hipótesis no está respaldada por datos verificables. El criterio que predomina es que los enfermos asmáticos no tienen una estructura de personalidad que sea específica. Otros estudios indican que las madres de niños asmáticos tienen rasgos definidos del carácter. Es probable que cualquier madre que provoque en sus hijos asmáticos tensión y angustia puede influir en el desencadenamiento de los accesos. Por esta razón, cuando estos niños son temporalmente separados de su familia, sus síntomas suelen mejorar.

En algunos enfermos asmáticos puede desencadenarse una crisis discutiendo con ellos aspectos emocionalmente cargados de sus vidas. Este tipo de enfermos pueden beneficiarse con la psicoterapia.

Otros experimentos han consistido en hacer inhalar una nebulización de solución salina fisiológica a individuos asmáticos a quienes se les hace creer que se trata de un alérgeno capaz de desencadenar sus crisis. Estos individuos presentan broncoconstricción. Es interesante señalar que la administración intravenosa de 1 a 2 mg de sulfato de atropina puede inhibir esta respuesta inducida por la sugestión, lo cual demuestra que la broncoconstricción está mediada por la activación de vías eferentes colinérgicas. Es posible que, para empezar, el asmático sea una persona cuyo sistema nervioso autónomo tiende al predominio parasimpático.

La influencia de la sugestión ha sido patente cuando se hace que los enfermos inhalen sustancias broncodilatadoras como el isoproterenol o broncoconstrictores como el carbacol. En el primer caso la broncodilatación es mayor cuando se le dice al sujeto que

ése es el efecto esperado que cuando se le dice que se trata de un constrictor bronquial. En el segundo caso la broncoconstricción es mayor si se informa al sujeto de la verdadera acción farmacológica de la sustancia que si se le dice que se trata de un broncodilatador.

TRASTORNOS ENDOCRINOS

La *diabetes mellitus* constituye un ejemplo de la interacción entre factores biológicos y psicológicos.

El papel que pueden desempeñar los factores emocionales en la iniciación de la diabetes y su descompensación ha sido reconocido. Ciertamente, el estrés psicológico no es capaz de producir la enfermedad en un individuo que no está predispuesto genéticamente, pero sí puede desencadenar el padecimiento latente o intensificarlo convirtiendo un estado prediabético en una diabetes manifiesta. Actualmente se dispone de datos acerca de los factores psicológicos que son capaces de alterar el complejo equilibrio del cual depende el manejo de la glucosa por el organismo.

Un aumento de la glucosa en la sangre y en la orina acompaña a los estados de emoción intensa. El control efectivo de la diabetes puede estar seriamente interferido por causas psicológicas. En situaciones experimentalmente planeadas para suscitar emociones intensas en los sujetos en estudio se ha observado que las curvas de tolerancia a la glucosa pueden variar mucho en relación con los estados de ánimo de una persona. En general, la curva tiende a ser más diabética cuando el sujeto se siente disgustado o abatido y tiende a la normalidad cuando se siente aceptado y cuidado por los investigadores. También se ha observado la relación de la cetonemia con los estados emocionales.

Ya hemos mencionado que el estrés psicológico puede elevar los niveles séricos de los ácidos grasos libres. Es posible, por lo menos teóricamente, que esta elevación produzca un antagonismo a la insulina que contribuya a agravar la diabetes.

Baker⁴⁸ ha demostrado que la descompensación causada por factores emocionales en diabéticos jóvenes muy inestables es mediada por las catecolaminas endógenas. Baker distingue entre estados de “alerta” y estados de verdadero estrés emocional.

En un estado de alerta los corticoides plasmáticos y la epinefrina urinaria se elevan, y también hay un pequeño aumento de la glucosa sanguínea, pero estos cambios se limitan y no llegan a causar un aumento en la concentración de los ácidos grasos libres ni conducen a la cetoacidosis. En individuos muy lábiles o en situaciones de estrés emocional severo, los cambios no se limitan. Las catecolaminas endógenas desempeñan un papel en la descompensación de la diabetes. El uso de bloqueadores adrenérgicos beta puede impedir que ocurra esta descompensación.

Un camino psicológico indirecto hacia la diabetes es el que conduce a la obesidad, una condición que contribuye al padecimiento.

La interacción entre el equilibrio metabólico y la situación emocional del enfermo es

tal que la mera regulación clínica rara vez es suficiente para tener éxito. Por una parte, el tratamiento demanda de los enfermos y sus familias una disciplina difícil de sobrellevar. Se ha encontrado que los niños diabéticos tienen muchos más problemas personales y de relación con sus familiares que los no diabéticos.

Las madres de niños diabéticos son frecuentemente personas más tensas y ansiosas que las madres de niños sanos. Algunos padres y madres se culpan de la enfermedad de sus hijos y los protegen en exceso, o bien resienten tener un hijo que es diferente y que representa una carga que gravita sobre la rutina y la economía del hogar. Estas actitudes representan para el niño diabético problemas adicionales en su desarrollo. En la lucha con sus padres el niño usa como instrumentos de defensa o agresión el repudio de la dieta o la ingestión secreta de alimentos. En general no son fáciles el manejo y la educación del niño diabético, y es difícil evitar que desarrolle sentimientos de inferioridad e invalidez.

Las restricciones dietéticas, la regulación de horarios en la toma o inyección de los hipoglucemiantes, la necesidad de efectuar exámenes repetidos de orina, etc., pueden afectar profundamente al niño, quien, aunque sea inteligente y sensato, no será capaz de adaptarse a la situación. La ruptura de la dieta y la omisión deliberada de los medicamentos para precipitar acidosis no son excepcionales.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN GINECOBSTETRICIA

La interacción entre procesos fisiológicos y psicológicos es particularmente ostensible en el territorio de la conducta sexual y de las funciones ligadas con ella.

La experiencia cotidiana de los ginecólogos, así como la expresada en trabajos clínicos y experimentales, muestra que las actividades reproductoras en la mujer están muy influidas por su psiquismo.

En los humanos la relación entre hormonas y conducta sexual no es tan directa como en los animales: hay entre ambas una independencia relativa que permite la participación en las funciones reproductoras de factores psicológicos y culturales.

Desde hace tiempo se sabe que existen fluctuaciones en el afecto y la conducta relacionadas con el ciclo menstrual. Se ha mencionado que existen exacerbaciones de cuadros psiquiátricos durante la menstruación y previamente a ella. En la última revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone el *síndrome de tensión premenstrual* como categoría diagnóstica que requiere más estudio.⁴⁹

El *trastorno disfórico del final de la fase lútea*, como ha sido llamado este síndrome, incluye síntomas emocionales y conductuales significativos que ocurren durante la última semana de la fase lútea y remiten al cabo de pocos días de haberse iniciado la fase folicular.

El diagnóstico solamente se realiza si los síntomas son tan importantes para interferir con el funcionamiento social o laboral y si se han producido en la mayoría de los ciclos menstruales en el año anterior.

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son labilidad afectiva, sentimientos persistentes de irritabilidad, ira o tensión, depresión, e ideas autodevalorativas. También es frecuente la falta de interés en las actividades habituales, fatiga y pérdida de energía, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito, avidez de alimentos específicos, especialmente ricos en carbohidratos, y trastornos del sueño: insomnio o hipersomnia. Puede haber, asimismo, síntomas físicos como hipersensibilidad o tumefacción mamaria, cefaleas, dolores osteomusculares y aumento de peso. Aunque puede iniciarse a cualquier edad las mujeres que acuden a consulta por este trastorno frecuentemente tienen más de 30 años.

Los tratamientos recomendados son múltiples y dependen de los síntomas que predominen. Se han empleado antidepresivos, carbonato de litio, piridoxina, bromocriptina, etcétera.

La *amenorrea* y las *irregularidades menstruales* son alteraciones del ciclo menstrual que pueden tener un componente psicológico importante.

Hay numerosas observaciones de casos en que se suprime la menstruación transitoriamente o se presenta en forma irregular en situaciones de tensión y ansiedad y aun ante simples cambios de ambiente.

Se ha mencionado que aproximadamente 50% de las mujeres internadas en campos de concentración presentó amenorrea, que se inició en forma súbita y que no pudo ser atribuida a la desnutrición progresiva. El estrés psicológico que implica la separación de los seres queridos causa a algunas mujeres irregularidades menstruales, entre ellas amenorrea.

Es claro que tanto las irregularidades menstruales como la amenorrea pueden obedecer a causas estrictamente orgánicas, pero en la mayoría de los casos no se encuentra esa clase de patología, y en cambio está presente el estrés, que puede causar una disminución o supresión de las influencias del hipotálamo sobre la hipófisis anterior.

Se han relacionado ciertos casos de irregularidades menstruales y amenorrea con problemas en la percepción e integración de la imagen corporal. La mujer que tiene una imagen corporal definida y realista es más autónoma, se relaciona mejor y tolera mejor el estrés que otras que no han logrado una definición clara de su identidad.

La *dismenorrea*, dolor durante la menstruación, es el más frecuente de los trastornos menstruales y tiende a ser influido por las actitudes culturales.

Uno de los mecanismos que intervienen en la dismenorrea es la disminución del umbral al dolor, lo que hace que la mujer sea más sensible a las contracciones uterinas. Se ha observado que mujeres angustiadas en situaciones de estrés experimentan un aumento en el tono y la amplitud de la contracción uterina. Este factor, unido a la disminución del umbral doloroso, explica la intensidad del dolor.

La dismenorrea puede ser parte de un síndrome conocido como *síndrome de Atalanta*. Este síndrome comprende varios desórdenes en forma simultánea o sucesiva: frigidez, dispareunia, dismenorrea, abortos o partos prematuros, vómitos durante el embarazo, parto difícil, depresión durante el puerperio y problemas de la lactancia. El

síndrome de Atalanta es considerado como la expresión de graves desajustes del desarrollo. La dismenorrea psicógena es parte de este síndrome, del cual uno o varios elementos pueden estar presentes en distintas épocas en la vida de la mujer. Algunas de las formas más severas se encuentran en mujeres cuya conducta y contenidos mentales muestran repudio del papel femenino. El periodo menstrual de estas mujeres se acompaña frecuentemente de intensas emociones desagradables.

Diversos factores orgánicos pueden estar implicados en la *infertilidad*, pero en ocasiones la infertilidad está condicionada por factores psicológicos. Mujeres que se embarazan después de haber adoptado a un niño no son casos excepcionales. En las agencias de adopción se da por hecho que un alto porcentaje de parejas que solicitan niños tienen un hijo propio en los dos años siguientes. Tal parece que cuando la mujer infértil por causas psicológicas es capaz de aceptar un hijo y de practicar la maternidad, su angustia y sus conflictos internos disminuyen lo suficiente para hacer variar las condiciones que obstaculizaban la concepción.

Un mecanismo psicofisiológico que interviene en la infertilidad es la constricción del músculo liso en la unión útero-tubaria, la que impide que el óvulo y el espermatozoide se unan en la trompa de Falopio. El músculo liso del tracto genital femenino es particularmente susceptible de presentar espasmos bajo estímulos emocionales diversos. Otro factor involucrado en la infertilidad es la falta de ovulación debida a una situación psicológica que disminuye la secreción de gonadotropinas.

En algunos casos de infertilidad opera sin duda una predisposición genética. Cuando una mujer tiene esa predisposición y está psicológicamente mal adaptada para el ejercicio de las funciones reproductoras, los factores emocionales pueden inclinar la balanza e impedir la concepción. Entre las causas de inadaptación sexual pueden citarse la inmadurez de la mujer, favorecida por una madre muy posesiva que fomenta la dependencia de su hija, el rechazo del papel femenino como resultado de hostilidad o el desprecio hacia el varón originados en la relación con un padre tiránico y arbitrario, la vergüenza y la culpa hacia las funciones reproductoras resultado de una educación demasiado moralista.

El embarazo puede precipitar diversos problemas psicológicos; éstos a su vez pueden influir en varias complicaciones del embarazo y del parto.

Una de las complicaciones más comunes del embarazo es la *hiperemesis gravídica*. Hasta cierto punto, la náusea y el vómito que se presentan durante los tres primeros meses del embarazo deben considerarse como un aspecto de adaptación de la economía del organismo a una nueva situación biológica. Sin embargo, se piensa que en los vómitos severos que persisten más allá del tercer mes intervienen factores emocionales. Se ha señalado que la hiperemesis gravídica ocurre en mujeres sometidas a fuerte estrés psicológico. Varios investigadores opinan que puede indicar un rechazo inconsciente a la maternidad; aunque también se ha sugerido que más frecuentemente expresa una actitud ambivalente hacia el futuro recién nacido, al que simultáneamente se desea y se rechaza.

Por otra parte, numerosas publicaciones concuerdan en cuanto a que las mujeres con hiperemesis del embarazo suelen ser personas hipersensibles, angustiadas e inmaduras, lo

cual las hace particularmente susceptibles a reaccionar exageradamente ante pequeños factores perturbadores. Un buen número de ellas tiene además otros síntomas físicos durante el embarazo.

El *aborto habitual* es resultado de distintos problemas anatomofisiológicos uterinos, pero en ciertos casos intervienen también factores emocionales. Malmquist encontró que 84 mujeres que habían tenido abortos espontáneos habituales eran significativamente más neuróticas que las mujeres de un grupo control. Otros señalan que se trata de mujeres con tendencias depresivas, angustiadas, con poco control de sus emociones, muy dependientes e inmaduras.

McDonald no pudo relacionar alteraciones particulares de la personalidad y problemas específicos en el curso del embarazo, pero observó que las mujeres con problemas en el embarazo tenían niveles altos de ansiedad, obsesividad, depresión y preocupaciones hipocondriacas.

Aunque estrictamente no corresponde al campo de la ginecología, mencionaremos aquí la *infertilidad masculina*, por su relación con los temas que hemos tratado. En el siguiente capítulo abordaremos las alteraciones de la sexualidad, tanto en el hombre como en la mujer.

La oligospermia se relaciona generalmente con defectos biológicos en la espermatogénesis. Sin embargo, recientemente se ha documentado la posible participación de factores psicológicos en algunos casos, ya que en la oligospermia periódica el uso de placebos puede producir remisiones verdaderas. Por otra parte, en situaciones de estrés emocional sostenido la espermatogénesis puede sufrir un deterioro progresivo.

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Diversos estados emocionales se acompañan de variaciones en el tono muscular. Así, por ejemplo, la saciedad y la ternura se acompañan de la relajación de los músculos esqueléticos, en tanto que la pautía propia del miedo y la cólera incluyen la contracción de los músculos que pueden ser usados ventajosamente en el ataque o en la fuga. Es una experiencia común que, cuando ciertos estados emocionales intensos son persistentes, los músculos contraídos llegan a doler.

Que el psiquismo influya en los músculos no es sorprendente, ya que ordinariamente todo impulso tiende a expresarse en alguna forma de movimiento, es decir, en la realización de actos, ya sea dirigidos al ambiente o a uno mismo, que son ejecutados mediante el sistema muscular. Sin que la persona tenga necesariamente advertencia de ello, todo impulso tiende a encontrar su camino hacia algún área del aparato motor, como podría verse en los puños contraídos de una persona cuya expresión facial placentera y voz suave no dejaría traslucir su cólera.

Las actitudes emocionales del sujeto, tanto hacia sí mismo como hacia los demás, se reflejan en sus tensiones musculares. La postura de un individuo depende de esas

tensiones y es un buen índice de su “postura psicológica” ante la vida: arrogancia, timidez, indecisión, firmeza, etc. Ciertos grupos musculares son más susceptibles que otros a contraerse en estados de tensión emocional, como ocurre con los músculos de las regiones occipital y lumbar. Se ha comprobado electromiográfica-mente que esta hipertonia aumenta cuando, en la conversación con la persona que la presenta, se tocan temas que aluden a sus conflictos personales. Desde hace mucho tiempo se ha considerado que cuando las tensiones musculares son excesivas y prolongadas favorecen el desarrollo de patología vertebral y articular.

La relación entre tensión emocional e hipertensión muscular parcial o generalizada es ejemplificada con la observación experimental de que la relajación muscular inducida por procedimientos farmacológicos o de otra índole contribuye a disminuir el sentimiento subjetivo de angustia.

Reumatismo psicógeno es un término que se aplica a una gran variedad de dolores en los músculos, tendones o articulaciones, con rigidez y limitación de los movimientos, que sufren algunas personas en condiciones de estrés.

El diagnóstico de reumatismo psicógeno puede estar justificado cuando el sujeto no muestra alteraciones articulares, óseas o musculares, ni desde el punto de vista clínico, ni del radiológico. Además, los exámenes de laboratorio son normales y las molestias, poco precisas, responden mal a la fisioterapia. Por otra parte, la inestabilidad psicológica de los individuos afectados y su tensión muscular sostenida son evidentes.

La *artritis reumatoide* es una enfermedad crónica con tendencia progresiva hacia la invalidez, que se inicia generalmente entre los 20 y los 40 años. Es tres veces más frecuente en las mujeres que en los varones en ciertas edades. Su curso se caracteriza por exacerbaciones y periodos de remisión. Sus síntomas iniciales suelen ser de tipo general, pero posteriormente hay cambios articulares degenerativos y con frecuencia se afectan también la piel, los ganglios linfáticos, el bazo, los ojos, etc. En relación con su etiología se han invocado diversos factores: infecciosos, endocrinos, metabólicos e inmunológicos, ninguno de los cuales explica satisfactoriamente la totalidad del problema. Muchos especialistas están de acuerdo en que los aspectos emocionales de los enfermos desempeñan un papel importante en el padecimiento.

Moos,⁵⁰ en 1964, revisó los rasgos de personalidad que se habían atribuido a este tipo de pacientes en numerosos informes publicados en la literatura médica. En su revisión se incluían datos concernientes a más de 5 000 enfermos, si bien no todos ellos habían sido estudiados con una metodología satisfactoria. Los factores psicológicos se mencionaban con frecuencia, no obstante, eran diferentes. Se incluían, entre otros, el estar sujeto a presión en el trabajo, la inarmonía conyugal, la pérdida reciente de seres queridos, etcétera.

En algunos informes se hace hincapié en el carácter dependiente de los artríticos, en otros se habla de su rigidez y perfeccionismo. En otros más se dice que estos enfermos tienen dificultad para expresar emociones y son sensibles a la crítica. Johnson, Shapiro y Alexander⁵¹ afirmaron que las mujeres con artritis reumatoide rechazan su papel femenino y compiten con el hombre. Otros autores han indicado que las pacientes tienen

frecuentes fantasías agresivas. Varios enfermos describieron a sus madres como diligentes, eficientes, abnegadas, compulsivamente limpias y muy estrictas en asuntos de disciplina. Los padres fueron descritos como honestos y amigables, pero inestables y débiles.

En investigaciones más recientes Rimon⁵² piensa que deben distinguirse dos formas de artritis reumatoide. Una de ellas se inicia súbitamente, asociada por lo común a una situación de conflicto. En esta forma la predisposición genética a padecer la enfermedad parece no ser necesaria. El otro tipo de artritis es de curso lento y los antecedentes familiares de los enfermos son suficientes como para pensar que la herencia es importante. A diferencia de lo que ocurre en el primer tipo, los que sufren este segundo tipo de artritis no tienen dificultad para expresar sus impulsos agresivos y tienen advertencia de sus tendencias hostiles.

Moos y Solomon⁵³ han comparado aspectos diversos de la personalidad de las pacientes con artritis reumatoide con los de sus hermanas sanas. En tanto que las pacientes con artritis son personas habitualmente tensas, ansiosas, fácilmente depresibles, hipersensibles e irritables, tímidas, inhibidas y se preocupan exageradamente por el cumplimiento del deber, sus hermanas sanas son más sociables, optimistas y tienen más éxito en el logro de sus metas. Tanto las pacientes como sus hermanas describieron a sus padres como rigurosos en asuntos de disciplina, pero las enfermas consideraron más estrictos a sus padres que sus hermanas sanas.

Las relaciones conyugales de las hermanas sanas fueron más estables y armónicas que las de las enfermas, quienes tendían a idealizar a sus maridos o a degradarlos. Por otra parte, mientras que las enfermas tenían dificultad para aceptar su enojo y su agresividad hacia personas estrechamente relacionadas con ellas, sus hermanas manejaban estos sentimientos más libremente.

Todas las enfermas artríticas pensaron que había una relación entre el comienzo de su enfermedad y alguna situación especial generadora de tensión. Opinan los autores que la incapacidad de estas enfermas para manejar y expresar sus sentimientos hostiles contribuye a que ciertos eventos, que otras personas enfrentan fácilmente, para ellas sean motivo de conflictos.

Entre las hermanas sanas de las pacientes artríticas, Moos y Solomon identificaron algunas en cuyo suero estaba presente un "factor reumatoide", una antigamaglobulina macromolecular. Las personas que tenían el factor reumatoide tenían un buen funcionamiento psicológico, mientras que en muchas que no lo tenían se presentaron problemas psicológicos como angustia severa, sentimientos importantes de autodevaluación, sentimientos de culpa, labilidad afectiva, etc. Este resultado sugiere que cuando hay una predisposición hereditaria a sufrir artritis reumatoide, la enfermedad se presenta si a dicha predisposición se añaden conflictos psicológicos importantes. Por lo tanto, puede inferirse que si un sujeto que tiene el factor reumatoide no sufre el padecimiento, está en buen equilibrio psicológico. Esto confirmaría que la artritis reumatoide es probablemente una enfermedad de etiología plurifactorial, en la que la herencia desempeña un papel fundamental y que puede ser activada por la intervención

de problemas emocionales.

Algunos estudios llevados a cabo en animales han demostrado que las situaciones de tensión sostenida pueden acelerar la evolución de cambios artríticos inducidos por diversos procedimientos.

También se ha visto que en algunos enfermos hay una relación estrecha entre el aumento del dolor y otros síntomas articulares y estados de angustia importantes. En cambio, en otros hay una relación inversa entre la intensidad de la alteración afectiva y el dolor de las articulaciones. En estos enfermos la mejoría del cuadro de artritis es acompañada de abatimiento del ánimo y pesimismo sobre el futuro; cuando los síntomas articulares aumentan, se les encuentra paradójicamente calmados y optimistas.

CÁNCER

El cáncer es otro padecimiento en el que décadas de investigación en busca de la causa, con base en la doctrina de la etiología específica, no han dado aún resultados.

De hecho, aunque el interés político corriente se centra en los carcinógenos ambientales y se estima que hasta 65% de los tumores malignos está relacionado con estas sustancias, hoy se toman en cuenta factores muy diferentes que pueden tener importancia en el inicio y en la evolución del cáncer.

La Barba ha revisado los aspectos ambientales que han sido mencionados como coadyuvantes al cáncer en ciertos animales. Ya en 1944 Andervont comunicó haber observado que ratones hembras aisladas en cajas desde las cuatro semanas de edad desarrollaron tumores mamarios más precozmente que animales de la misma camada que no fueron aislados de los demás. Andervont sugirió que la mayor proclividad al desarrollo de los tumores podía deberse a interferencias hormonales, producidas por la falta de estimulación. Otros investigadores también han observado que animales inmovilizados desarrollaron tumores trasplantados más rápidamente. También son interesantes los estudios de Riley⁵⁴ en animales. Riley encontró que el estrés provocado en ratones que llevan el virus oncogénico de Bitner reduce el tiempo de latencia para desarrollar carcinoma mamario. Después de 400 días 92% de los ratones sujetos a manipulación efusiva y otras formas de estrés ha desarrollado tumores, comparados con solamente 7% de los animales que no ha sido perturbado. Riley sugiere que el estrés causa un aumento de la actividad de la corteza suprarrenal y como consecuencia una deficiencia de células T y la alteración del sistema de defensas, aunado al aumento de la susceptibilidad individual al cáncer. Sin embargo, otros trabajos sobre la influencia del estrés en animales con tumores malignos trasplantados han resultado contradictorios.

Los estudios clínicos han enfocado dos variables psicológicas: las características de la personalidad y los antecedentes emocionales de los individuos que sufren cáncer. Estudios psicológicos de pacientes con cáncer en el pecho y los pulmones muestran una tendencia marcada a reprimir o a suprimir la expresión de ciertas emociones, especialmente la cólera. Hay otros estudios en los cuales la interrogante ha sido si existe o

no relación entre el principio del cáncer y la pérdida reciente de un objeto psicológico. Hasta ahora los resultados han sido contradictorios; sin embargo, el conocimiento de los mecanismos de inmunidad permite admitir la hipótesis de que eventos cognitivos y sus correlatos emocionales pueden modificar, fortalecer o inhibir las defensas inmunológicas del cuerpo. A esta inhibición inmunológica se atribuye un papel en la génesis de ciertas neoplasias. La mayoría de las enfermedades crónicas tiene una fase preclínica prolongada y por esta razón conviene estudiar variables de la personalidad, patrones de conducta constantes, situaciones crónicas y condiciones sociales como posibles guías hacia la etiología.

Actualmente la investigación tiende a dirigirse al estudio de las reacciones psicológicas que presentan los pacientes con cáncer y la morbilidad psiquiátrica entre ellos.⁵⁵

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Por sus implicaciones psicológicas y sociales los problemas relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida han rebasado con mucho los límites de la medicina, han conmovido profundamente nuestras conciencias y han movilizado conflictos latentes en el seno de la sociedad.

Un miedo que raya en el pánico se ha adueñado de muchas personas cuyo estilo de vida las hace particularmente proclives a sufrir el síndrome y se comunica a sus parejas, sus familias, sus amigos y otras personas que tienen relación con ellas.

Dado que no se anticipa que pronto habrá de disponerse de medios biológicos para prevenir la enfermedad o interrumpir su curso fatal, las esperanzas de contender con ella se circunscriben por ahora a la prevención por la educación de la población en general y de los grupos en riesgo. Si queremos que estos programas de prevención sean eficaces es indispensable que en ellos se tomen en cuenta los aspectos psicológicos implicados en el problema. Mencionaré algunos de estos aspectos.

Una primera pregunta es ¿qué papel desempeñan los factores psicológicos en la iniciación, curso, desenlace y repercusiones individuales y colectivas de este padecimiento crónico y hasta ahora irreversible? No puede darse una respuesta satisfactoria, pero está justificado que fijemos en ellos nuestra atención y tratemos de atribuirles el peso que les corresponde en el complejo fenómeno que nos ocupa. Un grupo de factores psicológicos a considerar es el de las reacciones de los afectados: su angustia, su abatimiento, sus sentimientos de humillación y desamparo, de separación, la culpabilidad, la cólera impotente, etc. Estas respuestas que han sido identificadas son agravadas por las actitudes de reproche y de rechazo por parte de personas a quienes se ama o necesita y por núcleos de la población cuyo miedo y hostilidad les impide examinar el problema en su dimensión.

La incertidumbre y la angustia presiden cada una de las fases del SIDA: contagio, incubación, latencia y fase clínica; miedo a contagiar a personas queridas, miedo a la pérdida de prestigio social y a la ruptura de la red de relaciones humanas que en

condiciones normales respaldan a los humanos y los protegen de la soledad y separación intolerables.

Es posible que ciertos estados psicológicos contribuyan a hacer que algunas personas sean más susceptibles que otras a desarrollar la fase activa. Hay datos que muestran que la tensión psicológica y la depresión abaten las reacciones de inmunidad y por lo tanto podrían contribuir en algún grado como factores inespecíficos a la susceptibilidad y progresión de algunas enfermedades. Conviene mencionar que las interrelaciones de variables psicológicas y biológicas son una frontera importante en la investigación y que la psicoimmunología no debe quedar fuera de un enfoque inclusivo del fenómeno que nos ocupa.

Desde el punto de vista psicológico merecen atención las distintas formas personales de contender con esta adversidad. Es de pensarse que su curso está influido por el hecho de que se le acepte con fatalismo, se pongan en juego mecanismos de negación, se luche heroicamente por sobrevivir o la persona afectada se dé por vencida rápidamente.

Otros aspectos psicológicos tienen importancia en casos particulares. Algunas personas consideran que su estilo de vida bisexual u homosexual es algo que pertenece a su intimidad y no están dispuestos a exponerlo a los demás. No toleran la idea de que su familia, sus amigos, sus jefes y colaboradores, y en general las personas que pertenecen a su núcleo social se percaten de algo que tal vez se ha ocultado cuidadosamente por muchos años. Aun cuando muchas víctimas y víctimas potenciales desearían ser ayudadas, no buscan ayuda porque temen ser anonadadas.

En todos los estratos de la sociedad hay personas que tienen problemas para formar relaciones afectivas y usan el sexo compulsivamente para afirmar su poder y aliviar su soledad. Muchos sujetos homosexuales, bisexuales y heterosexuales son incapaces de expresarse en cualquier otro contexto que no sea el de una respuesta genital compulsiva. La orientación sexual no sólo es, como el público y aun algunos médicos suponen, una desviación del objeto sexual, sino una condición de la existencia que tiene raíces biológicas profundas y cuyos patrones de expresión son muy difíciles de suprimir o de cambiar. Sin embargo, es claro que el riesgo real no radica ni en la homosexualidad ni en la heterosexualidad sino en la promiscuidad. Bien pudiera ser que el temor del contagio se convierta en un buen aliado de la salud.

Cuando se piensa en la prevención otro problema estrechamente relacionado requiere consideración. Son las características de esa población de alto riesgo de quienes viven de la prostitución. Entre las prostitutas y prostitutos se encuentran algunos de los seres más golpeados, más desvalidos y más desconfiados de la sociedad. No pocas de estas personas son intelectualmente limitadas o tienen tendencias psicopáticas. Ni su abordaje con fines preventivos ni su control sanitario pueden ser tarea sencilla. Muchos de ellos conocen sólo una forma de vida que es la única que les ha permitido insertarse en la sociedad. Para que los programas preventivos dirigidos a esta población tengan éxito se requiere conocer a fondo su psicología y las condiciones sociales y culturales que la hacen posible.

No cabe duda de que la educación de la población general y de las poblaciones de alto

riesgo es hoy en día uno de los acercamientos más promisorios, pero el sentido de responsabilidad y la madurez emocional que serían condiciones necesarias para el éxito no son comunes entre ellas.

El SIDA y los problemas relacionados muestran de manera dramática que la medicina no es solamente biomedicina, sino también ciencia humana. Este gran problema de salud requiere ser abordado en su totalidad, lo cual implica dar el peso que les corresponde a las contradicciones y problemas humanos que intervienen en su iniciación, curso y desenlace.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel, G. L., "Psychosomatic Medicine, Behavioral Medicine, Just Plain Medicine", *Psychosom. Med.*, núm. 48 (1986), pp. 466-479.
2. Lipowski, Z. J., *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry*, Selected Papers, Plenum Medical Books Co., Nueva York, 1985.
3. American Psychiatric Association, *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona, 1988.
4. Cannon, W. B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, Appleton Century Crofts, Nueva York, 1932.
5. Wolff, H. G., *Stress and Disease*, Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1953.
6. Deutsch, F. (ed.), *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*, International Universities Press, Nueva York, 1959. Véase también S. Ferenczi, "Über Forcierte Phantasien", *Zschr. Für Psychoanalyse*, núm. 10 (1924), pp. 6-16.
7. Dunbar, F., *Emotions and Bodily Change: A Survey of Literature of Psychosomatic Relationships*, Columbia University Press, Nueva York, 1953.
8. Sifneos, P. E., R. Apfel-Savitz y F. H. Frankel, "The Phenomenon of 'Alexithymia'", *Psychother. Psychosom.*, núm. 28 (1977), pp. 47-57.
9. Alexander, F., *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*, W. W. Norton, Nueva York, 1950.
10. Engel, G. L., "Memorial Lecture: The Psychosomatic Approach to Individual Susceptibility to Disease", *Gastroenterology*, núm. 67 (6) (1974), pp. 1085-1093.
11. Grinker, R. R., y F. P. Robbins, *Psychosomatic Casebook*, Blakeston, Nueva York, 1953.
12. Ader, R., y S. B. Friedman, "Differential Early Experiences and Susceptibility to Transplanted Tumors in the Rat", *J. Comp. Physiol. Psychol.*, núm. 59 (1965), pp. 361-364.
13. Henry, J. P., J. P. Mehan y P. M. Stephen, "Use of Psychological Stimuli to Induce Prolonged Systolic Hypertension in Mice", *Psychosom. Med.*, núm. 29 (1967), pp. 408-432.
14. Mahl, G. F., "Anxiety, HLC Secretion, and Peptic Ulcer Etiology", *Psychosom. Med.*, núm. 12 (1950), pp. 158-169.
15. Selye, H., *The Stress of Life*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956.
16. Lazarus, R. S. y S. Folkman, "Coping and Adaptation", en W. Gentry (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, Guilford Press, Nueva York, 1984.
17. Holmes, T. H., y R. H. Rahe, "The Social Readjustment Rating Scale", *J. Psychosom. Res.*, núm. 2 (1967), pp. 213-218.
18. Rees, W. D., y S. G. Lutkins, "Mortality of Bereavement", *Br. Med. J.*, núm. 4 (1967), pp. 13-16.
19. Parkes, C. M., B. Benjamin y R. G. Fitzgerald, "Broken Heart: A Statistical Study of Increased Mortality Among Widowers", *Br. Med. J.*, núm. 1 (1969), pp. 740-743.
20. Engel, G. L., "A Life Setting Conducive to Illness: The Giving-up-Given-up-Complex", *Ann. Intern. Med.*, núm. 69 (1968), pp. 293-300.

21. Schmale, A. H., "Relation of Separation and Depression to Disease: I. A Report on a Hospitalized Medical Population", *Psychosom. Med.*, núm. 20 (1958), pp. 259-277.
22. Engel, "A Life Setting Conducive to Illness...", *op. cit.*
23. Mason, J. W., "Emotion as Reflected in Patterns of Endocrine Integration", en L. Levi (ed.), *Emotions. Their Parameters and Measurements*, Kavin Press, Nueva York, 1975.
24. Frankenhauser, M., "Psychoneuroendocrine Approaches to the Study of Stressful Person-Environment Transactions", en H. Selye (ed.), *Selye's Guide to Stress Research*, Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1979.
25. Taggart, P., M. Carruthers y W. Somenille, "Electrocardiogram, Plasma Catecholamines and Lipids, and their Modification by Oxprenolol when Speaking before an Audience", *Lancet*, núm. 2 (1973), pp. 341-346.
26. Sachar, E. J., "Psychiatric Disturbances Associated with Endocrine Disorder", en M. F. Reiser (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. 4, Basic Books, Nueva York, 1975.
27. Ader, R., "Psychosomatic and Psychoimmunologic Research", *Psychosom. Med.*, núm. 42 (1980), pp. 307-321.
28. Solomon, G. E., y A. A. Amkraut, "Psychoneuroendocrinological Effects of the Immune Response", *Ann. Rev. Microbiology*, núm. 35 (1981), pp. 155-184.
29. Monjan, A. A., y M. I. Collector, "Stress-Induced Modulation of the Immune Response", *Science*, núm. 196 (1977), pp. 307-308.
30. Keller, S. E., J. Weiss, S. J. Schleifer, N. E. Miller y M. Stein, "Effect of Graded Series of Stressors on Lymphocyte Function in the Rat", *Science*, núm. 213 (1981), pp. 1397-1400.
31. Riley, V., "Mouse Mammary Tumors: Alteration on Incidence as Apparent Function of Stress", *Science*, núm. 189 (1975), pp. 465-467.
32. Stein, M., "A Reconsideration of Specificity in Psychosomatic Medicine: From Olfaction to the Lymphocyte", *Psychosom. Med.*, núm. 48 (1986), pp. 3-22.
33. Ader, R., y N. Cohen, "Behaviorally Conditioned Immunosuppression", *Psychosom. Med.*, núm. 37 (1975), pp. 33-340.
34. Bartrop, R. W., L. Lazarus, E. Luchhurst, L. G. Kiloh y R. Penny, "Depressed Lymphocyte Function after Bereavement", *Lancet*, núm. 1 (1977), pp. 834-836.
35. Schleifer, S. J., S. E. Keller, M. Camerino, J. C. Thornton y M. Stein, "Suppression of Lymphocyte Stimulation Following Bereavement", *JAMA*, núm. 250 (1983), pp. 374-377.
36. Keicolt-Glaser, J. R., R. Glaser y E. Strain, "Modulation of Cellular Immunity in Medical Students", *J. Behav. Med.*, núm. 9 (1986), pp. 5-21.
37. Pert, C. B., y S. H. Snyder, "Opiate Receptor: Demonstration in Nervous Tissue", *Science*, núm. 179 (1973), pp. 1011-1014.
38. Hughes, J. U., T. N. Smith y H. W. Kosterlitz, "Identification of Two Related Pentapeptides from the Brain with Potent Opiate Agonist Activity", *Nature*, núm. 258 (1975), pp. 576-577.
39. Friedman, M., y R. H. Rosenman, "Association of Specific over Behavior Patterns with Blood and Cardiovascular Findings", *JAMA*, núm. 162 (1959), pp. 1286-1296.
40. Persky, V. W., J. Kempthorne-Rawson y R. B. Shekelle, "Personality and Risk of Cancer: 20 Years Follow-up of the Western Electric Study", *Psychosom. Med.*, núm. 49 (1987), pp. 435-449.
41. Holmes, H., "Life Situations, Emotions and Disease", *Psychosomatics*, núm. 19 (1978), pp. 747-754. Véase también Holmes y Rahe, "The Social Readjustment Rating Scale".
42. Helsing, K. J., M. Szaklo y G. W. Comstoch, "Factor Associated with Mortality after Widowhood", *Am. J. Public. Health*, núm. 71 (1981), pp. 802-809.
43. Engel, G. L., "Psychologic Stress, Vasodepressor (Vasovagal) Syncope, and Sudden Death", *Ann. Internal. Med.*, núm. 89 (1978), pp. 403-412.
44. Jinich, H., "Enfermedades del aparato digestivo", en H. Jinich (comp.), *Tratado de medicina interna*, vol. 1, Academia Nacional de Medicina, El Manual Moderno, México, 1987.
45. O'Connor, J. F., G. E. Daniels, C. Flood, A. Karush, L. Moses y L. O. Stern, "An Evaluation of the Effectiveness of Psychotherapy in the Treatment of Ulcerative Colitis", *Ann. Intern. Med.*, núm. 60 (1964), pp. 587-602.

46. Karush, A., G. E. Daniels, C. Flood y J. F. O'Connor, *Psychotherapy in Chronic Ulcerative Colitis*, Saunders, Filadelfia, 1977.
47. Wolman, B. B., *Psychosomatic Disorders*, Plenum Medical Book Co., Nueva York, 1988.
48. Baker, L., A. Barcai, R. Kaye y N. Haque, "Beta Adrenergic Blockade and Juvenile Diabetes: Acute Studies and Long-term Therapeutic Trial", *J. Pediatr.*, núm. 75 (1969), pp. 19-29.
49. American Psychiatric Association, *op. cit.*
50. Moos, R. H., "Personality Factors Associated with Rheumatoid Arthritis: A Review", *J. Chronic Dis.*, núm. 17 (1964), pp. 41-55.
51. Johnson, A., L. B. Shapiro y F. Alexander, "Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis", *Psychosom. Med.*, núm. 9 (1947), pp. 295-300.
52. Rimon, R. H., "Connective Tissue Diseases", en S. Cheren (ed.), *Psychosom. Med.*, International Universities Press, Madisson, Connecticut, 1989.
53. Moos, R. H., y G. F. Solomon, "Psychologic Comparisons between Women with Rheumatoid Arthritis and their Nonarthritic Sisters", *Psychosom. Med.*, núm. 27 (1965), pp. 135-149.
54. Riley, "Mouse Mamary Tumors..."
55. Lara Muñoz, M. C., "Reacción psicológica al cáncer", *Salud Mental*, núm. 7 (4) (1984), pp. 61-66. Véase también M. C. Lara Muñoz y M. Alvear Galindo, "La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología", *Salud Mental*, núm. 14 (1) (1991), pp. 6-11.

LECTURAS RECOMENDADAS

La literatura sobre este tema es extensa. Únicamente mencionaremos algunos trabajos que revisan las áreas que por su importancia han sido más estudiadas.

Massie, M. J., y J. C. Holland, "Depression and the Cáncer Patient", *J. Clin. Psychiatry*, núm. 511 (supl.) (1990), pp. 2-17.

Por lo menos 25% de los pacientes oncológicos hospitalizados presenta un trastorno depresivo. Los autores revisan los factores de riesgo y diversas modalidades de trastornos. Proponen evaluaciones cuidadosas de estos pacientes.

Stein, M., A. H. Miller y R. L. Trestman, "Depression, the Immune System and Health and Illness", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 48 (1991), pp. 171-177.

Los autores hacen una revisión amplia y actualizada sobre la relación entre el estrés, la depresión y la susceptibilidad a enfermedades como el cáncer, los trastornos autoinmunes y las infecciones, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Dyer, A. R., "AIDS, Ethics and Psychiatry", *Psychiat. Ann.*, núm. 18 (1988), pp. 577-581.

Desde una perspectiva profesional y ética se plantea la cuestión de los derechos humanos tanto en personas infectadas como no infectadas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Se revisan aspectos como la confidencialidad, la educación, la autonomía, los prejuicios.

Krantz, D. S., y S. E. Reisen, "Environmental Stress, Reactivity and Ischaemic Heart Disease", *Br. J. Med. Psychology*, núm. 61 (1988), pp. 3-16.

Se revisan dos factores relevantes en la aparición de la enfermedad coronaria isquémica: los efectos del estrés ambiental y el papel de la reactividad fisiológica. Los autores proponen que estos factores deben ser tomados en cuenta tanto como antecedentes de la enfermedad coronaria, como posibles blancos de las intervenciones terapéuticas.

XI. LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, DEL APETITO Y DE LA SEXUALIDAD

El sueño.—Bases biológicas del sueño.—El sueño y los trastornos mentales.—Los trastornos del sueño.—Insomnio.—Hipersomnia.—Alteraciones del ritmo sueño-vigilia.—Parasomnias.—Los sueños.—Aportaciones de Freud al estudio de los sueños.—Conceptos actuales sobre los sueños.—La alimentación y sus trastornos.—Hambre y saciedad.—Trastornos de la alimentación.—Obesidad.—Clasificación de la obesidad.—Anorexia nervosa.—La sexualidad y sus alteraciones.—La diferenciación sexual.—El desarrollo sexual.—Las alteraciones de la sexualidad.—Trastornos de la identidad sexual.—Disfunciones psicosexuales.—Las parafilias.—La homosexualidad.

EN ESTE capítulo nos referimos al sueño, la alimentación y la sexualidad, conductas con determinantes biológicos claramente definidos, poderosamente influidas en los humanos por factores psicológicos, y cuyo control en gran parte depende de estímulos externos.

EL DORMIR, SUS ALTERACIONES Y LOS SUEÑOS

El dormir

El sueño es el estado fisiológico que alterna con la vigilia; algunos autores prefieren hablar “del dormir” para establecer más claramente la diferencia con los procesos oníricos o “sueños”. Las funciones del sueño son la preservación de la vida y la salud mental. Cuando un sujeto es privado de sueño por un tiempo prolongado, además de fatiga e irritabilidad puede presentar alteraciones severas de funciones mentales.

Cuando se descubrió la acción activadora de la formación reticular sobre la corteza cerebral se supuso que el sueño se producía pasivamente cuando cesaban los impulsos activadores de la sustancia reticular hacia la corteza cerebral. Sin embargo, dado que la estimulación de algunas partes del diencefalo induce sueño, la producción del sueño es un fenómeno que requiere la actividad de ciertas estructuras del cerebro.

La observación de la conducta durante el sueño y el registro electroencefalográfico del mismo hicieron evidente que el sueño no es un fenómeno simple, sino que pueden distinguirse por lo menos dos tipos de sueño: el sueño con movimientos oculares rápidos, MOR, periodo durante el cual el sujeto además de presentar movimientos de los ojos tiene un electroencefalograma semejante al de la vigilia, por lo que se ha llamado sueño paradójico, y un periodo sin la presencia de estos movimientos (sueño no MOR).¹

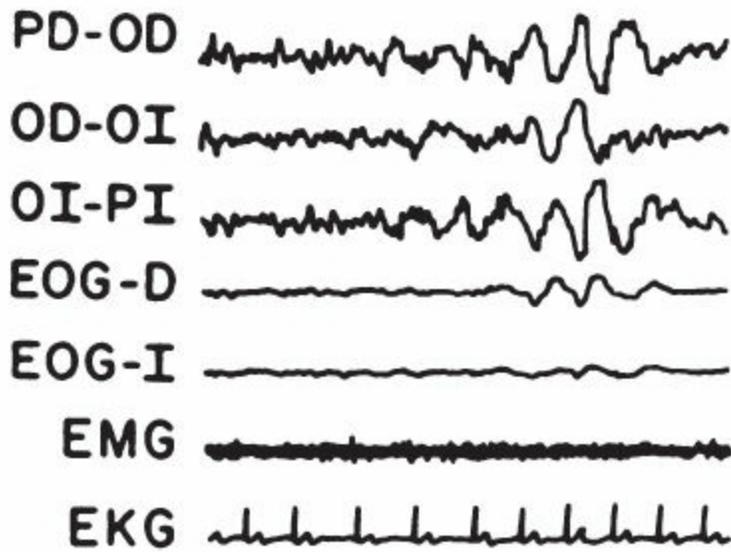
Normalmente cerca de 75% del sueño nocturno transcurre en un estado de relajación corporal profunda, durante el cual el cuerpo se recupera fisiológicamente de las fatigas del día. En este estado, las ondas eléctricas cerebrales se hacen más lentas y parejas que cuando estamos despiertos, las ensoñaciones son infrecuentes y cuando ocurren son más bien pensamientos dispersos acerca de actividades recientes. En la primera parte de la noche se presenta con mayor frecuencia el sueño no MOR. En éste se distinguen cuatro fases: en la primera hay somnolencia, en la segunda aparecen los registros llamados

“husos de sueño” y la tercera y cuarta han sido llamadas conjuntamente sueño de ondas lentas (figura 14).

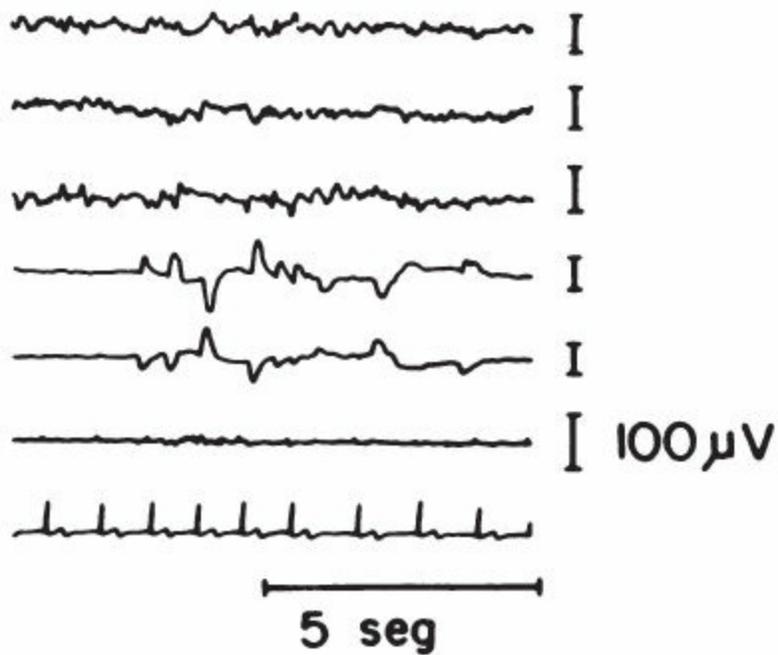
Nuestros sueños son alucinaciones que ocurren durante 25% de la noche, coincidiendo con los movimientos rápidos de los ojos (sueño MOR). Durante los periodos de sueño MOR, que ocurren casi cada 90 minutos, los centros superiores del cerebro, incluyendo la corteza cerebral, están muy activos, su tasa metabólica es elevada y también lo es la frecuencia de descarga de las células cerebrales individuales. Esta actividad alcanza la conciencia, y la persona sueña. Cuando se le despierta durante el sueño MOR recuerda vívida y extensamente sus sueños, pero 10 minutos después los ha olvidado casi en su totalidad. Durante el sueño MOR la actividad del sistema nervioso autónomo involuntario es intensa y se manifiesta por cambios en la frecuencia y ritmo de la respiración y del latido cardíaco. En los varones puede haber erección.

En la fase de sueño MOR se presentan fenómenos tónicos y fásicos; entre los primeros se han incluido la actividad cerebral de vigilia y la atonía muscular que se ponen en evidencia con los registros electroencefalográfico y electromiográfico, respectivamente. Los fenómenos fásicos son: movimientos oculares rápidos, contracciones musculares espasmódicas, fluctuaciones cardiorrespiratorias y aparición en el electroencefalograma de las llamadas ondas PGO (pontogenículo-occipitales), que se originan en la región de la protuberancia, pasan por el núcleo geniculado lateral en el mesencéfalo y van a la corteza cerebral del lóbulo occipital. El núcleo geniculado lateral está en la vía que transitan las señales luminosas que de la retina llegan a la corteza cerebral y la activan, produciendo la imaginería visual de los sueños. Señales similares llegan de la vía vestibular del oído interno. También se identifican estímulos de otros órganos sensoriales.

SUERO DE ONDAS LENTAS III



SUERO DE MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS



PD-OD, OD-OI, OI-PI, derivaciones parietales y occipitales del EEG.

EOG-D y EOG-I, electrooculograma derecho e izquierdo respectivamente.

EMG, electromiograma de los músculos de la barbilla

EKG, electrocardiograma

FIGURA 14. Registros poligráficos en el hombre.

Mientras tanto, un centro en la protuberancia inhibe la acción de las neuronas que

participan en el movimiento de los músculos esqueléticos y paraliza al cuerpo. Cuando este centro cerebral se destruye experimentalmente en el gato éste duerme normalmente, excepto que durante los periodos MOR lleva a cabo movimientos estereotipados y de defensa en respuesta a lo que asumimos pudieran ser alucinaciones.

J. Quinson y otros han demostrado que durante el sueño MOR un tipo de actividad eléctrica conocido como *onda teta* aparece en el hipocampo, región del cerebro que es crucial para la memoria a largo plazo. Las ondas teta no ocurren en el sueño de ondas lentas y los animales despiertos sólo las tienen cuando están enfrascados en una actividad esencial para su supervivencia, como es explorar un ambiente nuevo y reaccionar a los movimientos amenazantes de conducta predatoria.

Las ondas cerebrales del estado MOR se parecen a las del cerebro de una persona despierta y atenta. La temperatura del cerebro aumenta y el flujo de sangre se duplica. Los cambios metabólicos sugieren que el cerebro se encuentra en una intensa actividad química. Algunos investigadores piensan que, puesto que los sueños a menudo contienen elementos del día anterior, bien puede ser que durante la fase del sueño MOR los contenidos mentales sean clasificados y almacenados apropiadamente. Es interesante mencionar que los lactantes, que constantemente están aprendiendo cosas nuevas, pasan la mayor parte del sueño en MOR.

El sistema endocrino tiene una ritmicidad acoplada al sueño; la hormona del crecimiento, la tirotrópina y la prolactina se liberan durante el sueño, y durante la última mitad del sueño nocturno tienen lugar estallidos episódicos de secreción de cortisol y ACTH.

Desde el descubrimiento de los mecanismos de vigilancia a nivel de la protuberancia se ha sugerido que las estructuras cerebrales implicadas en la neurofisiología del sueño están diseminadas en el tallo cerebral. No hay un “centro del sueño”, sino que diferentes regiones interactúan para producir tanto el sueño no MOR como el sueño MOR. Por medio de estudios bioquímicos diversos y por manipulaciones farmacológicas se han llegado a conocer algunos mecanismos relacionados con este fenómeno.

Las alteraciones del sueño producidas por fármacos que interfieren con la acción o el metabolismo de las bioaminas fue una de las primeras observaciones que sugirieron que las bioaminas estaban involucradas en los mecanismos del sueño. Fármacos como la reserpina, las anfetaminas, L-dopa, cocaína, metilfenidato, clonidina y otros producen alteraciones en el registro del sueño y principalmente una disminución del sueño MOR.

La serotonina fue una de las primeras bioaminas involucradas en los mecanismos de control del sueño. La inactivación de los sistemas serotoninérgicos (localizados en el *rafé*), ya sea por lesión directa o por destrucción bioquímica, conduce a insomnio total; esto se revierte con la administración de precursores de serotonina. Sin embargo, por medio de registros unitarios de células serotoninérgicas se ha observado que estas células tienen una gran actividad durante la vigilia, superior a su actividad durante el sueño. Esta contradicción es más aparente que real. Se ha postulado que la serotonina no es directamente responsable del inicio del sueño; las neuronas serotoninérgicas del *rafé*, tan activas durante la vigilia, promueven la biosíntesis de factores hormonales hipotálamo-hipofisarios que se acumulan en el líquido cefalorraquídeo hasta que se encuentran en cantidad suficiente para iniciar el sueño por medio de la activación de los núcleos de la región pontina.

Aparentemente el control bioquímico de los dos tipos de sueño es diferente. La iniciación del sueño MOR depende de la interacción de la actividad noradrenérgica y colinérgica. Las neuronas noradrenérgicas del *locus caeruleus* se encuentran activas durante la vigilia, inhibiendo a las neuronas gigantes campo-tegmentales,

localizadas en la región pontina y que transmiten con acetilcolina. Cuando disminuye, y posteriormente cesa, la inhibición noradrenérgica del *locus caeruleus* sobre las neuronas gigantes se inicia el sueño de movimientos oculares rápidos. Recientemente se ha demostrado que la fisostigmina y agentes colinérgicos similares pueden iniciar el sueño MOR en seres humanos.

Además de las bioaminas, algunos péptidos participan en los mecanismos del sueño; entre otros, el péptido intestinal vasoactivo tiene un efecto hipnagógico, ya que restaura el sueño en ratas insomnes tratadas previamente con paraclorofenilalanina.

Es evidente que el sueño no es únicamente la ausencia de conciencia, sino que es un fenómeno que se produce por la activación y la inhibición de diferentes centros cerebrales en interacción (figuras 15 y 16).

El sueño y los trastornos mentales

Los trastornos del humor se asocian casi invariablemente con alteraciones del sueño. Uno de los componentes de un episodio maniaco es la disminución de la necesidad de dormir; el periodo de sueño puede reducirse a sólo tres horas.

Los episodios depresivos mayores se caracterizan por insomnio o por hipersomnia. Uno de los criterios para el diagnóstico de depresión de tipo melancólico es el despertar precoz por la mañana, por lo menos dos horas antes del despertamiento habitual. Un rasgo en la depresión es el acortamiento del lapso entre la iniciación del sueño y el primer episodio de movimientos oculares rápidos. Como se mencionó, los episodios de sueño MOR se presentan aproximadamente a los 90 minutos de iniciado el sueño; en la depresión, éste aparece antes de que hayan transcurrido 30 minutos.

Algunos pacientes esquizofrénicos presentan periodos de excesiva somnolencia.

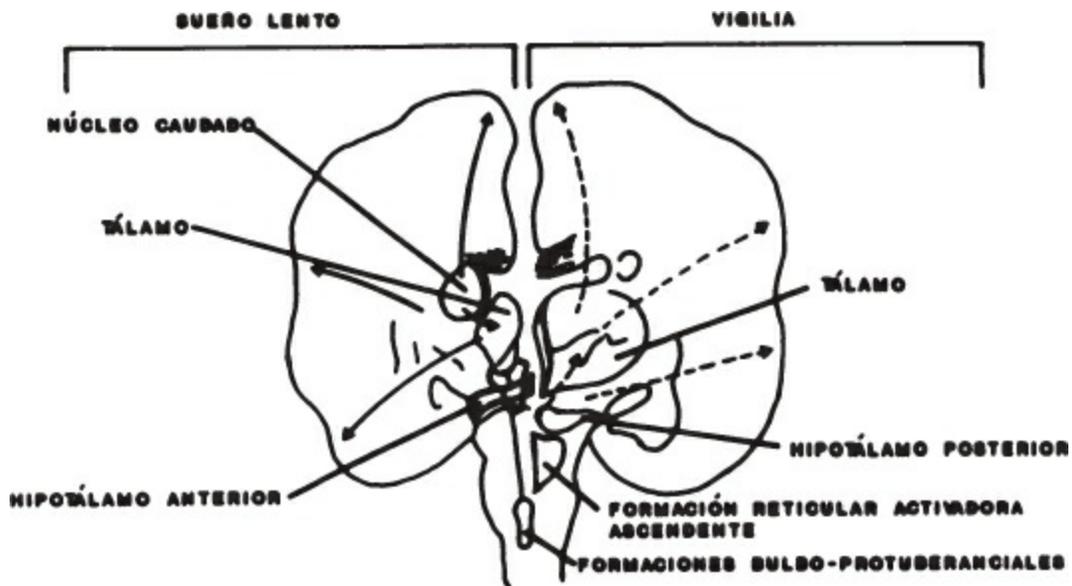


FIGURA 15. *Mecanismos retículo-corticales de la vigilia y del sueño lento.*

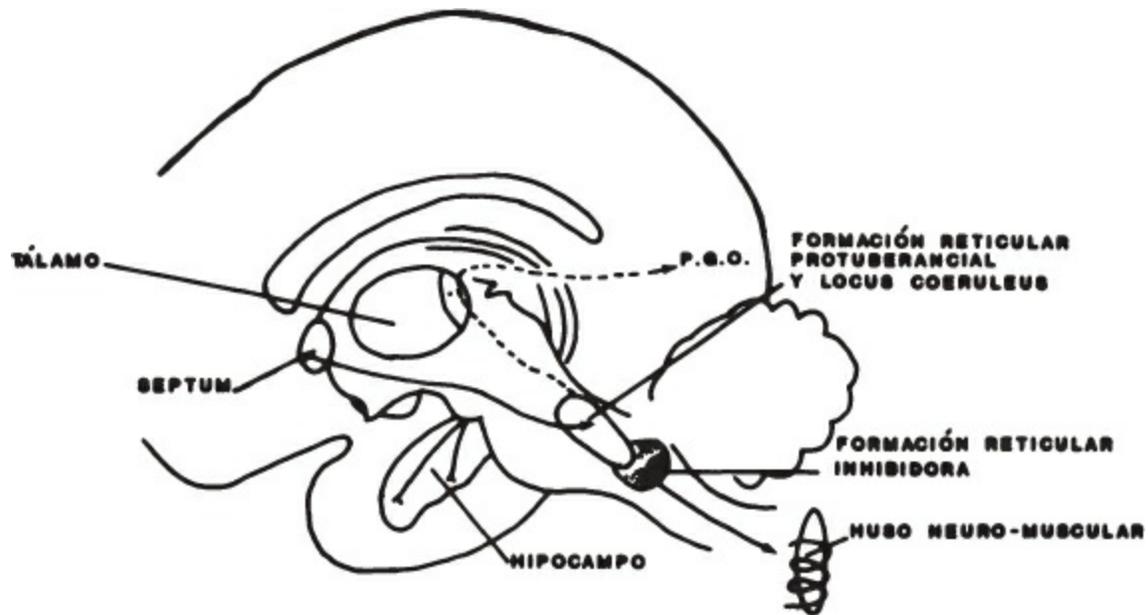


FIGURA 16. *Mecanismos del sueño rápido.*

Los trastornos del dormir

Los trastornos del dormir pueden consistir en dificultades para la iniciación y el mantenimiento del sueño, insomnio, sueño excesivo o hipersomnias, variaciones en el ciclo del sueño-vigilia y otras alteraciones que en general se conocen como parasomnias.

En el *insomnio* la dificultad puede ser que la persona no pueda quedarse dormida, *insomnio inicial*, o mantener el sueño. Cuando el sujeto despierta antes de lo que es usual en él se habla de *insomnio tardío*. Se habla de insomnio cuando el problema se presenta con frecuencia y no se limita a episodios aislados. El sujeto que sufre insomnio se preocupa en forma excesiva, la falta de sueño le ocasiona un intenso malestar y puede interferir en su funcionamiento ocupacional y social.

El insomnio puede ser primario, es decir, ser el único síntoma que presente el paciente, o puede estar asociado a otros síntomas, como dolor, ansiedad, abatimiento del humor, fatiga excesiva, estados confusionales, etcétera.

El insomnio y los demás trastornos del sueño requieren ser examinados con cuidado con el fin de elucidar el origen del trastorno e identificar la presencia o no de depresión, ansiedad o estresores psicosociales. En los niños y adolescentes con insomnio es importante tener en cuenta el trastorno de la atención con hiperactividad. Las aproximaciones no farmacológicas al tratamiento del insomnio son de preferirse cuando se identifican estresores psicosociales. La depresión mayor debe ser tratada en su propio derecho. Si el insomnio es parte de un trastorno del humor debe mejorar conforme el humor mejora. En estados de insomnio no específicos que se prolongan por varias semanas, asociados con cansancio al día siguiente, las benzodiacepinas de acción corta son útiles.

En la clínica puede observarse la *somnolencia excesiva diurna y la transición muy prolongada del sueño a la vigilia*. El término *somnolencia* se refiere al hecho de que el sujeto tiende a dormirse muy fácilmente durante el día aun cuando haya dormido bien durante la noche. La *hipersomnia* puede estar relacionada con algún trastorno mental; por ejemplo la depresión, pero puede deberse al empleo de sustancias psicoactivas, o estar asociada a *apnea del sueño*. Otras condiciones que hacen que el paciente se duerma con facilidad durante el día son la *narcolepsia*, el *mioclono* y “el síndrome de piernas inquietas”.

La *apnea del sueño* se caracteriza porque la respiración cesa durante 10 segundos o más, en más de 30 ocasiones en un periodo de siete horas de sueño nocturno. La *apnea del sueño* puede ser un fenómeno de *obstrucción de las vías aéreas superiores* y se le distingue de la *apnea del sueño central*, que resulta de una falla del esfuerzo respiratorio durante el sueño. Como resultado, las personas se quejan de fatiga y *somnolencia diurna* excesivas. Este trastorno requiere una evaluación médica cuidadosa para establecer la causa de la dificultad respiratoria y eliminar la causa de la obstrucción cuando se le identifica. El tratamiento se dirige a mejorar la función de las vías aéreas durante el sueño.

La *narcolepsia* se caracteriza por la iniciación espontánea de sueño durante la vigilia. Los afectados presentan “*siestas*” diurnas que interfieren en sus actividades cotidianas. Normalmente el sueño de movimientos oculares rápidos se presenta después de un periodo de latencia, pero en los pacientes *narcolépticos* este periodo se acorta notablemente y en algunos casos casi no existe. La *narcolepsia* se asocia con otros síntomas: *cataplejía*, *parálisis del sueño* y fenómenos alucinatorios al inicio del sueño. La *cataplejía* es la pérdida súbita del tono muscular que ocasiona caídas a la persona. Los estimulantes y los tricíclicos como la *desipramina* y la *imipramina* son con frecuencia eficaces en el control de la *narcolepsia*.

Otra alteración del ciclo sueño-vigilia consiste en que éste no corresponda al deseado por el sujeto de acuerdo con sus demandas sociales compartidas por la mayoría de quienes le rodean. El sujeto presenta *insomnio* por la noche y *somnolencia excesiva* durante el día.

Se ha descrito también el *insomnio* durante la primera parte de la noche que cede en la segunda parte y se asocia con dificultad para levantarse en la mañana. Este ciclo sueño-vigilia alterado puede ser aliviado con el avance gradual en noches sucesivas del inicio del sueño, hasta que se normaliza. La privación total o parcial del sueño es una técnica que ayuda a “poner a punto el reloj circadiano” y que se ha usado en el tratamiento de ciertos casos de *depresión*.

Las *parasomnias* son fenómenos que se presentan durante la transición del sueño profundo (estadios 3 y 4) al sueño de movimientos oculares rápidos o durante éste. Los estadios 3 y 4 ocurren típicamente en la primera parte del ciclo del sueño, por lo que el *sonambulismo*, los *terrores nocturnos* y la *enuresis* se manifiestan durante la primera parte de la noche, una a tres horas después de empezar a dormir. Es típico que el paciente no pueda recordar el episodio a la mañana siguiente. Las *pesadillas* y los *sueños*

angustiosos se presentan durante el sueño de movimientos oculares rápidos.

En el *sonambulismo* el paciente se levanta de la cama durante el sueño y camina por varios minutos, en ocasiones hasta media hora, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, en las fases 3 y 4 del sueño no MOR. El sonámbulo tiene la mirada fija, sin expresión, no responde a los esfuerzos de los demás para comunicarse con él y puede ser despertado con cierta dificultad. Cuando despierta no recuerda el episodio, y aunque inicialmente puede haber un corto periodo de confusión y desorientación, a los pocos minutos la actividad mental y la conducta se normalizan.

Los *terrores nocturnos* consisten en que el sujeto, generalmente un niño, despierta con un grito de pánico e intensa ansiedad, agitación motora e hiperactividad del sistema nervioso autónomo: taquicardia, taquipnea, sudoración. Estos episodios ocurren durante el primer tercio de la noche, su duración es de uno a 10 minutos, durante los cuales la persona no tiene contacto adecuado con el ambiente ni responde a los esfuerzos de los demás por despertarla. Cuando despierta, está durante algunos minutos desorientada y hace movimientos perseverantes. Generalmente la persona no tiene recuerdo de estos episodios o sólo recuerda uno o dos fragmentos de imágenes mentales.

Las *pesadillas* son ensoñaciones aterradoras, que generalmente implican amenazas a la supervivencia, la seguridad o la autoestima y ocurren durante el sueño nocturno o la siesta. Las pesadillas ocurren en cualquier periodo del sueño, aunque más frecuentemente durante la segunda mitad. Son fenómenos que ocurren durante la fase de sueño MOR. Al despertar de estos sueños aterradoras la persona está orientada y alerta.

Los sueños

Los sueños o ensueños se presentan durante el estado fisiológico del dormir.

Aunque en la tradición occidental siempre ha habido pensadores que se han ocupado de los sueños, una valoración excesiva de la racionalidad ha hecho que se les preste atención insuficiente.

Freud contribuyó a nuestra comprensión de los sueños al identificar en ellos significados ocultos. Sus predecesores sólo habían construido diccionarios de símbolos en los sueños aplicables a todas las personas. Freud en cambio puso el acento en su significado específico y sus conexiones con la vida del individuo que sueña, y usó su interpretación para ayudar a los pacientes a comprender mejor sus problemas y conflictos internos.

En 1900 Freud desarrolló una teoría de la función de los sueños en su importante trabajo *La interpretación de los sueños*, base de su concepción del aparato mental humano.

Lo que Freud propuso es que muchas de nuestras actividades mentales parten de un sistema de procesos inconscientes, *procesos primarios*, que contrastan con el pensamiento lógico, racional y sistemático, *procesos secundarios*.

Los procesos primarios están presentes en las alucinaciones visuales, los sueños y las

psicosis. En estas expresiones el pensamiento no tiene lógica u orden en el tiempo y se hace uso de asociaciones improbables. Freud estimó que interpretar los sueños es “el camino real al inconsciente”.

Freud propuso que la función de soñar es la de preservar al sueño. Cuando un soñador está en peligro de despertar por un pensamiento o un deseo inconsciente derivado de la infancia, se pone en juego “la censura”. El pensamiento “latente” del sueño es transformado por un censor interno en el “sueño manifiesto”. Así, las impulsiones del sistema mental inconsciente son descargadas mediante un pequeño gasto de energía y el soñador permanece dormido. Freud pensó que durante el sueño no hay una actividad mental y que el pensamiento latente en el sueño es elaborado en la mente inconsciente durante el estado de vigilia.

Sin embargo, algunos psicoanalistas como E. Fromm concluyeron que “el soñar” no es simplemente un disfraz de deseos inconscientes sino una actividad sintética y creativa que sirve al propósito de poner a prueba las fantasías. Los sueños pueden ofrecer planteamientos de conflictos y ayudar al soñante a visualizar soluciones. El punto de vista de que los sueños tienen sentido embona con evidencias recientes en la ciencia del sueño.

Una parte considerable de lo que conocemos actualmente acerca del inconsciente proviene del estudio de los sueños. Este estudio ha contribuido al conocimiento de las leyes que gobiernan los procesos mentales inconscientes y de las formas en que difieren de las que norman las actividades mentales conscientes.

Fromm planteó su posición en los términos siguientes: lo que caracteriza a la condición del sueño es la desconexión del individuo con el mundo exterior. En la vigilia nuestros pensamientos y sentimientos responden a la necesidad de adaptarnos a la realidad mediante la acción, y para ello la observamos, nos defendemos de ella, tratamos de dominarla o de cambiarla, nos orientamos en el tiempo y en el espacio, y usamos la lógica. Durante el sueño, que corresponde a una fase de restauración de nuestras energías, aunque el cerebro continúa funcionando la acción se suspende y nos retiramos a nosotros mismos, iniciando “una fase de nuestra existencia en la que nos ocupamos primordialmente de nuestros propios asuntos internos”. En cierto modo, durante el sueño despertamos a una nueva forma de existencia, en la que otras áreas de nuestra vida mental concurren a nuestra conciencia.

En el sueño la desconexión no es total, puesto que durante él somos capaces de percibir no sólo nuestras sensaciones corporales, sino también estímulos externos no usuales. Por ejemplo, una madre estando dormida percibe el llanto de su hijo y despierta, aunque en otras ocasiones no le haga despertar el ruido habitual del tranvía que hace cimbrar las ventanas de su habitación.

Nuestros sueños son con frecuencia confusos, absurdos y sus contenidos pueden contradecir todo lo que sabemos de la realidad. Personas fallecidas hace muchos años aparecen vivas, estamos simultáneamente en dos lugares, fundimos dos personas en una, o bien, una persona se transforma en otra. Escenas de nuestra infancia que nos son inaccesibles cuando estamos despiertos aparecen mezcladas con escenas relativas a nuestras impresiones del día anterior, etc. En una palabra, violamos las leyes de la lógica (principio de identidad, principio de no contradicción, etc.) y descuidamos las leyes del

tiempo y del espacio. Pero no sólo eso, en nuestros sueños aparecemos amando u odiando muy expresivamente a personas de las cuales pensábamos que no tenían interés para nosotros. No es, pues, exagerado decir que cuando dormimos despertamos a una nueva forma de existencia.

Puesto que se trata de “nuestros sueños”, de cuya trama somos los autores, no tiene nada de extraño que estas manifestaciones de nuestra vida mental expresen aspectos de nuestra personalidad, de nuestros conflictos y de nuestras frustraciones y expectativas. Una condición que tiene semejanzas con nuestros sueños se da en la psicosis. El enfermo psicótico también hace uso abundante de *símbolos*, inventa historias absurdas que llamamos delirios, y en la personalidad dividida del psicótico coexisten impulsos con metas contrarias sin ningún intento de reconciliación entre ellos. El enfermo cree cosas que se excluyen mutuamente y los contrarios son tratados como si fueran idénticos. Bleuler llamó la atención sobre esta semejanza entre los sueños y las psicosis, que es tanto mayor cuanto que, mientras dormimos, atribuimos realidad objetiva a nuestras fantasías más absurdas e inverosímiles. La diferencia es que la “psicosis” de nuestro sueño es transitoria y termina cuando despertamos, y entonces atribuimos acertadamente nuestras experiencias al mundo de nuestra fantasía. Esto sólo ocurre en el psicótico cuando se recupera de su enfermedad.

Las aportaciones de Freud al estudio de los sueños son fundamentales como punto de partida para el estudio de este aspecto de nuestra experiencia.

Freud propuso que la mayor parte de los sueños puede entenderse como una transacción entre nuestras tendencias conscientes, no totalmente ausentes durante el sueño, y nuestras tendencias inconscientes. Los impulsos reprimidos tienen durante el sueño un grado mayor de libertad y se expresan más abiertamente en el contenido del sueño. Que se trata de tendencias e impulsos que desempeñan un papel en la vida del que sueña se puede comprobar si se tienen otras fuentes de información acerca de la personalidad del soñador y de sus conflictos. En el curso de una psicoterapia profunda los sueños del paciente son un elemento valioso para reconstruir situaciones internas que son poco accesibles al esfuerzo introspectivo.

Una característica notable del lenguaje de los sueños es la utilización abundante de *símbolos*, al igual que en los mitos y leyendas de todas las culturas. Un símbolo es algo que representa otra cosa. En los sueños las experiencias internas son expresadas en términos de experiencias externas y de objetos que intrínsecamente las representan adecuadamente. En nuestra vida vigil también usamos símbolos: por ejemplo, la bandera es usada como símbolo de territorio, lengua, raza, tradiciones, etc., aunque no existe una relación intrínseca entre el lienzo multicolor y el complejo de realidades que llamamos patria. Los símbolos usados en los sueños pueden ser universales, como propuso C. G. Jung, o específicos de una cultura determinada (por ejemplo, el océano enfurecido simboliza amenaza; el fuego, pasión, etc.), o bien, los símbolos pueden ser altamente individualizados y accidentales (por ejemplo, una melodía sirve para expresar tristeza porque, en experiencias previas, la melodía y el estado afectivo coincidieron en el tiempo y estuvieron asociados). Freud mostró que en los sueños hay una marcada tendencia a la

condensación, es decir, a la formación de unidades nuevas a partir de elementos que en nuestro pensamiento vigil mantenemos separados. El motivo de la condensación es que ambos elementos expresan la misma experiencia interna.

Otro mecanismo que se aprecia en los sueños es el *desplazamiento* de un elemento a otro en el sueño manifiesto, de tal manera que un elemento importante puede ser expresado por un elemento aparentemente accidental o insignificante. En los sueños es fácil ver cómo el más insignificante punto en común entre dos elementos es suficiente para que uno pueda remplazar al otro. A este mecanismo se le llama *sustitución*.

La comprensión de los sueños no es sencilla. Aunque algunos sueños están expresados en símbolos universales, y además están poco distorsionados, la comprensión de la mayor parte de los sueños requiere sensibilidad, intuición y experiencia.

Preferimos hablar de la comprensión de los sueños más que de su interpretación. La comprensión se facilita mediante las asociaciones espontáneas del que sueña a los elementos del material manifiesto, ya que las asociaciones exteriorizan ligas y relaciones que permiten recobrar el material latente y comprenderlo.

Los sueños varían en cuanto al grado en que elementos inconscientes participan en ellos y en cuanto a la dificultad para comprender su sentido, pero, en principio, todos los sueños son significativos.

Para comprender el sentido de la mayor parte de los sueños es necesario conocer la personalidad del que sueña, su estado emocional, así como aspectos de su vida pasada, en tanto que puedan tener relación con situaciones presentes. En el mejor de los casos la comprensión de los sueños es sólo una forma de aproximarse a la realidad subjetiva del que sueña.

Es interesante hacer notar que algunas personas en estado de hipnosis interpretan sus sueños con mayor facilidad de como lo hacen en condiciones normales.

Freud relacionó la función psicológica de los sueños con la función fisiológica del estado del sueño, y pensó que la función de los sueños es siempre proporcionar al soñador proyectos de solución a sus conflictos internos, de manera que tales conflictos, al ser activados durante el sueño, no despierten al individuo. Así, consideró que todos los sueños implican la satisfacción de deseos o impulsos; su propósito es solucionar un conflicto, remover una duda o que una decisión sea tomada. Aunque Freud pensó que todos los impulsos y deseos satisfechos en los sueños son irracionales y primitivos (odios, ambiciones, celos, envidia, impulsos incestuosos y criminales), otros autores, como Fromm, piensan que si bien en nuestros sueños solemos ser “menos decentes”, menos racionales y menos sabios, también en ocasiones nuestro juicio es en ellos mejor. Por otra parte, los deseos que son satisfechos no son necesariamente irracionales. Algunos sueños expresan soluciones más sanas y más juiciosas a problemas reales, ya que las ventajas de nuestra conexión con la realidad en la vigilia son ambiguas, y durante el sueño estamos en contacto con nuestra intimidad: con lo mejor y lo peor de nosotros mismos.

Una objeción al concepto de que los sueños son la satisfacción de deseos la constituyen las pesadillas. A esta

objeción Freud responde que en los individuos existen tendencias masoquistas, deseos de ser maltratados, humillados, etc., y que esta clase de impulsos también son satisfechos en los sueños.

Conceptos actuales sobre los sueños

Los conocimientos derivados de investigaciones recientes requieren una modificación de las formulaciones originales de Freud. Los sueños son una actividad psíquica que se produce cíclicamente en la etapa del sueño MOR. Olvidamos nuestros sueños no porque nos perturbaría mucho recordarlos, sino porque no son accesibles a la conciencia después de que el sueño MOR es seguido por pocos minutos del sueño no MOR. El asumir que los sueños son solamente un disfraz para satisfacer deseos inconscientes es sólo una hipótesis plausible, pero Freud estuvo probablemente en lo correcto en cuanto a que los sueños resultan de un tipo de pensamiento distinto al de la vida vigil y su contenido puede estar en gran parte determinado por procesos mentales inconscientes. El sueño MOR ocupa una parte prolongada de la vida animal del hombre y de los animales superiores, que debe tener una función adaptativa sumamente importante. Un modelo completo para explicar el proceso de soñar debe explicar esta función y relacionarla tanto con el estado subjetivo de soñar como con la vida mental y emocional del hombre.

Una teoría derivada de la investigación neurofisiológica es la hipótesis llamada de *activación y síntesis*, propuesta por Allan Hobson² y Robert MacCarley. Ambos son críticos radicales de la teoría freudiana acerca del soñar, y llaman la atención sobre el hecho de que las ondas PGO u otras señales generadas internamente durante el sueño MOR afectan la corteza cerebral como si fueran mensajes de los órganos sensoriales periféricos. Un sueño, dicen, es el resultado del intento del cerebro de sintetizar algo significativo a partir de esta actividad eléctrica al azar, que se parece a las impresiones de los sentidos.

La hipótesis activación-síntesis es útil como un eje, pero no nos dice cómo funciona el sueño MOR en la adaptación ecológica de los mamíferos o las funciones del soñar en la vida mental de los seres humanos.

El sistema nervioso central de los mamíferos se distingue por el desarrollo elaborado de las regiones cerebrales altas que están asociadas con la capacidad para una conducta flexible y compleja. El cerebro del mamífero es un computador más complicado que cualquier computador diseñado por un ser humano. Todos, con excepción de los computadores más grandes, necesitan tiempo fuera de línea para sortear y almacenar nueva información, relacionarla con información previamente almacenada, al mismo tiempo que liberan circuitos de ingreso para recibir y procesar información nueva. Los estudios sugieren que el sueño MOR puede llenar un propósito similar, procesando y almacenando memorias necesarias para la sobrevivencia. Hay otros datos experimentales que apoyan esta especulación. Cuando los animales aprenden una tarea completa y se les permite dormir, pero en el MOR se les despierta en forma repetida, olvidan lo que han aprendido. Hay cierta evidencia de que los seres humanos tienen un incremento del sueño MOR después de aprender a ejecutar una tarea.

Un tipo de actividad necesaria para la sobrevivencia es la conducta interpersonal, especialmente la que implica competencia, agresión, hostilidad, afecto y dependencia. Es posible que los sueños de los seres humanos establezcan conexiones entre eventos actuales, usualmente del día previo, y eventos pasados, a menudo de la infancia, por medio de un tipo de actividad mental muy diferente de la lógica diurna, y se use este proceso para resolver problemas complejos emocionalmente cargados. Las imágenes son proyectadas en el patrón de señales generadas internamente por necesidades psicológicas y deseos, en forma parecida a la proyectada en una mancha de tinta en el test de Rorschach. El sueño permite en la fantasía acciones que serían peligrosas en la vida vigíl porque los músculos esqueléticos están paralizados.

La corteza frontal es el integrador maestro del cerebro y es en gran parte responsable de relacionar las emociones con el pensamiento y la planeación hacia el futuro. El único mamífero conocido que no tiene sueño MOR es la *echidna spiny*, que tiene una corteza frontal muy grande en proporción al resto de la corteza cerebral. Es probable que en la evolución de los mamíferos, conforme la conducta se hizo crecientemente compleja, la corteza frontal aumentó en tamaño para procesar toda la información necesaria. El sueño MOR puede haberse desarrollado para permitir “un procesamiento fuera de línea”, de tal manera que la corteza frontal no necesite ser tan grande y el cerebro humano no requiera una cámara gigantesca.

El simbolismo de los sueños, tan ajeno a nuestro pensamiento vigíl, es, como Freud señaló, un producto de condensación. Un símbolo representa un número de objetos o ideas con propiedades comunes. Éste es otro indicio del procesamiento de información en los sueños. De acuerdo con una teoría corriente, el soñar es parte del ciclo de la memoria que fija experiencia reciente en la memoria a largo plazo. Los sueños parecen desordenados porque la memoria para hechos a largo plazo se organiza más por asociaciones que lógicamente. La condensación es un mecanismo de procesamiento de información que liga memorias. Aquí la teoría del proceso de información converge con estudios del hipocampo y con las nuevas concepciones psicoanalíticas del soñar. Winston sugiere que el mecanismo para formar memorias, asociaciones y estrategias durante el sueño es el MOR, que es equivalente al inconsciente.

Una de las muchas cuestiones no resueltas es por qué el soñar no se pierde para la conciencia en forma completa. Ocurre que recordar algunos de nuestros sueños tiene valor adaptativo. Se recuerdan más algunos sueños que otros. La racionalidad del pensamiento vigíl emplea la capacidad de recordar y usar los sueños en forma consciente. Tal vez la investigación del sueño pueda algún día resolver estos enigmas.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS TRASTORNOS

Comer es una conducta que tiene como finalidad preservar la homeostasis del organismo. En los animales el impulso que lleva a la ingesta de alimentos, el “hambre”, está determinado por las necesidades del organismo para su preservación. En el hombre, tanto

la necesidad de ingerir alimento como la forma en que se le satisface están condicionadas socialmente y mediadas por el aprendizaje.

Hambre y saciedad

En 1912 Cannon propuso que las contracciones gástricas podrían ser el estímulo que es percibido como hambre. La observación de que los pacientes gastrectomizados experimentan hambre puso fin a esta suposición.

Otros autores han sugerido que la disminución de algún nutriente específico podría ser el estímulo del hambre (por ejemplo, la disminución de los niveles de glucosa podría generar hambre); sin embargo, se ha observado que la infusión de glucosa no inhibe la ingestión de alimentos.

Como se mencionó en un capítulo anterior, estudios experimentales de estimulación y lesión de algunas regiones específicas del hipotálamo han demostrado la participación de esta estructura en el control de la ingestión de alimentos. Se ha propuesto que la región ventromedial es “el centro de la saciedad” en tanto que la región lateral es “el centro del hambre”.

A pesar de que estos hallazgos no son concluyentes en cuanto a la identificación de los centros del hambre y la saciedad, abrieron el camino para el estudio neuroquímico de las diferentes regiones del hipotálamo. La aplicación de norepinefrina en la parte media del hipotálamo aumenta la ingestión de alimentos y el núcleo paraventricular es particularmente sensible. Se propone que el mecanismo de acción de la norepinefrina sería la inhibición del hipotálamo ventromedial.

En el ser humano la ingestión de alimentos, además de generarse en las condiciones intrínsecas del organismo, puede generarse a partir de estímulos externos, aprendidos; por ejemplo, “la hora de la comida”, la presentación de alimentos, la compañía de otra persona, etc. Considerar que la ingestión de alimentos en los humanos es una conducta regulada en gran parte por estímulos externos permite comprender mejor algunas de sus alteraciones.

Después de iniciada la ingestión de alimentos, ésta debe mantenerse; los alimentos deben actuar como refuerzo para esta conducta.

Como se experimenta saciedad antes de que puedan digerirse y absorberse grandes cantidades de comida, en algún lugar del tracto gastrointestinal deben producirse señales que limiten la ingestión de alimentos. Los estudios en personas con fístulas gástricas parecen indicar que, si bien es necesaria cierta distensión gástrica para que se produzca saciedad, la participación del intestino es también importante. Una pequeña cantidad de alimento colocada directamente en el intestino produce supresión de la ingestión de alimentos en animales de experimentación. Además de producir saciedad, el alimento en el intestino da lugar a otras conductas que normalmente se observan en los animales cuando terminan de comer: aliño, exploración y sueño. Esto parece indicar que se trata de saciedad fisiológica.

Actualmente se estudia cómo llega al cerebro la información del tracto gastrointestinal que produce saciedad. En un principio se pensó que el nervio vago sería el responsable; sin embargo, los pacientes vagotomizados experimentan normalmente saciedad. Los resultados de estudios recientes parecen indicar que las señales gastrointestinales que producen saciedad son de naturaleza hormonal. El péptido gástrico clásico, gastrina, no tiene efecto en la ingestión de alimentos. Hay otros péptidos presentes en grandes concentraciones en el estómago que podrían desempeñar este papel. Las señales intestinales que producen saciedad también parecen ser hormonales. La colecistoquinina es un péptido intestinal que se libera en la sangre en proporción a la cantidad de alimento que llega al duodeno. La colecistoquinina puede ser la “hormona de la saciedad”, y se piensa que análogos de esta sustancia pueden ser útiles en el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

En animales con fístula gástrica, en los cuales el alimento que es ingerido no es absorbido sino colectado, la colecistoquinina administrada en el espacio que rodea a los intestinos induce una inhibición clara de la conducta alimentaria. Otros experimentos han demostrado que la colecistoquinina inhibe la ingestión de comida inducida por el estrés y por una variedad de drogas. Se intenta descubrir si es anormal la secreción de colecistoquinina en casos de trastornos del apetito como la anorexia nervosa, la bulimia y la obesidad.

Actualmente se está “mapeando” la distribución de la colecistoquinina en el sistema nervioso. Esto dará una imagen más clara de los circuitos neurales implicados en los trastornos de la conducta alimentaria, con la cual se asocian funciones cerebrales elevadas.

Trastornos de la alimentación

La *obesidad* es una condición caracterizada por la acumulación de grasa en el organismo. Han pasado los tiempos en que se pretendía encontrar una causa única. Actualmente la obesidad es vista como resultante final de condiciones diversas que alteran el equilibrio energético.

Excepcionalmente la obesidad es un síntoma de lesiones hipotalámicas, como ocurre en la encefalitis epidémica. Es bien sabido que la destrucción experimental de ciertas regiones del hipotálamo de animales de experimentación ocasiona hiperfagia y obesidad. Otras alteraciones endocrinas también pueden acompañarse de obesidad.

La hiposecreción tiroidea puede ocasionar un aumento en el almacenamiento de grasa. También suele haber aumento de peso después de la castración. En sujetos con insulinoma la obesidad se debe al aumento de apetito que produce la hipoglucemia.

En ciertas formas de obesidad la participación de factores genéticos está bien establecida. Esta influencia genética se ha demostrado claramente en ciertas familias de ratas y ratones. En los seres humanos hay datos suficientes para pensar que la herencia es importante en ciertos casos.³ La obesidad puede iniciarse como un aumento del

número de adipocitos en las primeras épocas de la vida debido a sobrealimentación. Este número se mantiene constante durante el resto de la vida a pesar de las dietas, las que únicamente reducen el tamaño, mas no el número de dichas células.

Cualquiera que sean los factores biológicos involucrados en la obesidad, son importantes los hábitos de alimentación debidos a influencias ambientales, el grado de actividad física y los aspectos psicológicos.

La obesidad ordinaria sin complicaciones por desórdenes metabólicos, endocrinos o neurológicos es generalmente considerada el resultado de comer en exceso.

La ley de la conservación de la energía es aplicable a las personas obesas. “Si la grasa ha de ser removida del cuerpo, deben ingresar menos calorías de las que salen, o deben ser usadas más calorías de las que ingresan.”

No hay datos científicos que indiquen que las diferencias en la eficiencia muscular, desórdenes en el metabolismo intermedio de las grasas o endocrinos como la deficiencia tiroidea y otros factores orgánicos desempeñen un papel en la obesidad ordinaria. Desde hace tiempo se ha postulado que los factores emocionales podían desempeñar un papel importante.

Hay en la literatura médica numerosas publicaciones en las que se dice que la mayoría de los obesos son personas con rasgos neuróticos, que comen excesivamente como una forma de reducir su ansiedad. No hay datos para pensar en un tipo de carácter que sea específico de los obesos, ni en un conflicto específico que sea causa de su angustia. Werkman y Greenberg,⁴ en un estudio con adolescentes obesas, indican que son más inmaduras, menos capaces de controlar sus impulsos, más propensas a sufrir depresiones y menos imaginativas y ambiciosas que las adolescentes no obesas. Sin embargo, opinan que no es posible establecer una fórmula psicodinámica general para los obesos.

Muchos pacientes obesos recurren a comer ya sea para disminuir sus tensiones, ansiedad, depresión, culpa, etc., o bien en sustitución de gratificaciones más pertinentes y realistas. En ciertos casos el comer adquiere las proporciones de una adicción. Otros comen en exceso para evitar angustia relacionada con el sexo y con la responsabilidad del matrimonio.

Muchos sujetos, paradójicamente, no advierten las sensaciones ordinarias de hambre. Stunkard⁵ observó que sujetos obesos, torturados por pensamientos de comida y de comer, no perciben las sensaciones ordinarias del hambre. La disociación del apetito ordinario y del hambre patológica es un hecho que hay que tomar en cuenta al explicar la preocupación por la comida y por el comer de pacientes obesos.

Bruch⁶ ha prestado atención a las interacciones en la familia de los niños obesos. Las madres tienden a preocuparse y angustiarse exageradamente acerca de ellos y al mismo tiempo son muy dominantes, tratan a sus hijos como posesiones, o los usan para compensar frustraciones o desengaños y no toman en cuenta su individualidad y sus deseos. Estas madres, según Bruch, ponen un énfasis exagerado en la comida y el comer, cargándolos de significados simbólicos. Si bien la madre obtiene prestigio con su niño bien alimentado, llega un momento en que ya no es así, y entonces ejerce presión

excesiva sobre el niño y sobre los médicos.

La teoría psicoanalítica propone que la urgencia compulsiva de los pacientes obesos de comer en exceso tiene como base la fijación o la regresión al “estado oral” del desarrollo psicosexual, es decir, a la etapa cuando las satisfacciones del niño se centran en torno de la boca y la ingestión de comida es la fuente principal de bienestar y seguridad. Estas “fijaciones orales” se explican por excesos o deficiencias en la satisfacción de las necesidades orales del niño. El término *oralidad*, cuando se refiere a adultos, tiene un sentido más general; se refiere a dependencia y a necesidades de afecto exageradas.

Clasificación de la obesidad

No es posible atribuir a las personas obesas características psicológicas que permitan distinguirlas de quienes no lo son. En efecto, las características “orales”, psicológicas y conductuales se encuentran extensamente distribuidas en todo el campo de los desórdenes psiquiátricos y psicosomáticos. Los pacientes obesos pueden mostrar características orales, pero esto no provee una clave a los enigmas.

La obesidad no es una enfermedad simple. Para comenzar, la regulación del balance de energía es un proceso complicado y no parece haber una razón lógica para postular una causa común de la disfunción. Se debe tener en cuenta una variedad de factores etiológicos: genéticos, traumáticos y ambientales. Los experimentos con animales arrojan luz sobre varias clases de obesidad experimental producida por mecanismos diferentes.

Stunkard ha descrito tres formas patológicas o desviadas del patrón de comer, que ocurren en una minoría de personas obesas: *a)* anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio relacionado con periodos de estrés; *b)* ingestión episódica de enormes cantidades de comida en un corto tiempo seguido de incomodidad severa, y sentimientos y expresiones de autocondenación, también en relación con el estrés; *c)* un enfermo posecefálico experimenta dificultad para dejar de comer una vez que ha empezado, aunque no experimente apetito. Esta conducta ocurre en forma irregular a lo largo del día, sin que tenga un significado personal o psicológico identificable, ni expresiones de autocondenación.

Bruch distingue entre dos grandes grupos de obesos. Llama *obesidad reactiva* a la que sufren enfermos que claramente comen para defenderse o para compensar diversas tensiones emocionales. Estos enfermos comen en exceso cuando están ansiosos, enojados, solitarios, aburridos, desalentados o reprimidos. La ingestión excesiva de alimento puede ser disparada por alguno de los estados emocionales mencionados. Muchos de los adultos obesos que el autor ha estudiado pertenecen a este grupo, así como también muchos de los “comedores nocturnos” que describió Stunkard.

Hay pacientes en quienes los trastornos de la alimentación son problemas centrales en sus vidas; a esa obesidad Bruch le llama *obesidad del desarrollo*. Para estos enfermos el problema de comer no es sólo un acompañante incidental de la nerviosidad o la depresión, los problemas relacionados con la comida y el peso representan los temas

centrales de su existencia. Están preocupados por ellos cada hora del día y podrían estar comiendo siempre. A este grupo pertenecen los obesos juveniles más perturbados, muchos de los comedores compulsivos y algunos de los nocturnos.

Se han descrito cuatro tipos de obesidad. Algunos obesos comen en exceso en respuesta a tensiones emocionales inespecíficas, cuando se sienten solos, ansiosos, aburridos o tristes. Otro grupo come no sólo en respuesta a tensiones o frustraciones transitorias, sino en forma persistente, como una gratificación en situaciones desagradables sostenidas. En un tercer grupo el exceso en el comer es síntoma de una enfermedad emocional subyacente, frecuentemente la depresión. A este grupo corresponden los obesos reactivos descritos por Bruch. En el cuarto grupo el exceso tiene proporciones de adicción y se caracteriza por un anhelo compulsivo de comer, sin relación con eventos externos de la vida ni con emociones transitorias.

Este último tipo de hiperfagia tiene parecido con el tercer tipo de obesidad de Bruch, la obesidad como forma de desarrollo. En estos casos el exceso de peso desempeña un papel intrínseco en el proceso total del desarrollo del paciente. La preocupación por la talla y el peso y la incapacidad de tolerar el retraso en la gratificación parecen ser el verdadero centro de su desarrollo. A menudo los pacientes han sido obesos toda su vida. Estos individuos se rinden desde su infancia a la sobrealimentación y a la sobreprotección prolongada. Venden su derecho a volverse independientes y maduros a cambio del abastecimiento continuo de nutrición y protección.

Desde el punto de vista de la edad de iniciación, los obesos pueden ser juveniles o adultos. Hay personas que se tornan obesas en la infancia o en la adolescencia y otras que se hacen obesas después de la adolescencia.

Casi la mitad de 34 obesos juveniles estudiados sufría distorsiones de la imagen corporal y del concepto de sí mismos. Además estaban desadaptados en las relaciones interpersonales y sexuales. Por otra parte, ninguno de los 40 obesos adultos sufría desórdenes de esta clase en grado semejante.

Como puede apreciarse, las diversas clasificaciones de la obesidad son intentos de agrupar a los obesos de acuerdo con una u otra característica importante y no son mutuamente excluyentes. Sin embargo, hay ciertos elementos que aparecen en forma recurrente en varias combinaciones: actitudes parentales que dotan a la comida de valores exagerados o simbólicos, inactividad física, dependencia emocional, pasividad, miedo a la pérdida del autocontrol, autoacusaciones relativas a la glotonería, extrema conciencia de sí mismos acerca de su apariencia física. Es posible encontrar fantasías de grandeza y de fuerza, actitudes derogatorias hacia los padres y, algunas veces, crueldad.

Hay personas que, aunque han sido obesas y ya no lo son, tienen problemas psicológicos muy relacionados con los de los pacientes obesos más perturbados. Estos individuos tienen una compulsión intensa a comer como muchos de los obesos, pero son capaces de combatir la temida y despreciada imagen corporal de ellos mismos privándose continuamente de la comida. Bruch llama a estos individuos gente “delgada-gorda”. Comer o no comer es el tema dominante de sus vidas. Si fueron obesos pueden continuar viéndose a sí mismos como obesos y cuando aumentan de peso les entra

pánico.

La morbilidad y la mortalidad de la obesidad son elevadas. La correlación entre obesidad y diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y cálculos vesiculares es estrecha. Los obesos, ya sea por razones de salud o por vanidad, hacen numerosos intentos, si bien poco exitosos, por adelgazar.

En una revisión de la literatura sobre el tratamiento de la obesidad por un periodo de 30 años, Stunkard afirma que los resultados del tratamiento son notablemente similares y pobres.

La obesidad representa un síndrome más que una entidad nosológica simple. No es una condición unitaria y, aunque muchos casos de obesidad no responden al tratamiento, hay una proporción que se maneja con éxito. Pacientes que han sido obesos desde la infancia o la adolescencia tienden a tener mal pronóstico. Los que han estado luchando contra la compulsión a comer toda su vida han tenido fracasos repetidos que les dejan cicatrices psicológicas.

Hay enfermos que experimentan una necesidad compulsiva de comer ya sea para reducir sus tensiones, para mejorar su espíritu deprimido o para experimentar alguna gratificación sustitutiva. Cuando estos enfermos dejan de comer en exceso sus tensiones o depresiones aumentan y sus resoluciones pierden poder. En la literatura se hace alusión a las depresiones u otras descompensaciones psicológicas que pueden sobrecoger a estos enfermos durante las dietas.

Los enfermos obesos requieren psicoterapia, pero la eficacia de los tratamientos psicológicos para producir pérdida de peso es limitada. Los psiquiatras hacen ahora pronósticos reservados en pacientes juveniles y obesos del desarrollo. Bruch ve el exceso de alimentación del obeso del desarrollo como una adaptación necesaria que debe ser aceptada por el médico y por el enfermo.

Por otra parte, muchas personas se vuelven obesas en la vida adulta; están relativamente libres de inestabilidad emocional y su ingestión exagerada de comida durante periodos de estrés es episódica. Estos enfermos pueden ser ayudados por los programas de reducción. Los más estables rara vez rompen la dieta, suelen perder peso y mantienen la ganancia.

Bruch, en un estudio de 90 enfermos, encontró que los programas de dieta son eficaces en enfermos estables emocionalmente, e ineficaces en los pacientes inestables, para quienes la hiperfagia representa una forma de adaptación a la vida.

Goldblatt, Moore y Stunkard⁷ se refieren a los factores sociales en la obesidad. En una población urbana americana, sólo 5% de las mujeres de la clase alta es obesa, mientras que lo es 30% de las mujeres de clase baja. Una distribución similar de desórdenes emocionales de acuerdo con la clase social ha sido reportada por varios autores. Por casualidad, sólo podríamos esperar una alta coincidencia de obesidad y trastornos emocionales entre mujeres de la clase baja. Es decir que en estas personas la psicopatología parece no tener relevancia en cuanto a la obesidad. En contraste, en mujeres de la clase media alta y alta, tanto la obesidad como los trastornos emocionales

son menos frecuentes. La influencia de la crítica sobre la autoestima en las diferentes clases sociales es un factor importante.

Anorexia nervosa

La anorexia nervosa se caracteriza por desnutrición debida a restricciones dietéticas voluntarias, muchas veces vómitos provocados voluntariamente y diarrea debida al abuso de catárticos. Es frecuente que la hiperactividad exagerada de los enfermos contribuya a la pérdida de peso.

La anorexia nervosa representa la forma extrema y más patológica de la batalla contra una odiada imagen corporal. Bliss y Branch⁸ la definen como “una desnutrición debida a una dieta deficiente, en la cual la restricción calórica se debe a causas psicológicas”. Ocurre más a menudo en muchachas adolescentes, pero también en mujeres de más edad y en varones. Se han reportado pérdidas de hasta dos tercios del peso original y pesos mínimos de 20 a 30 kilos.

A primera vista la anorexia nervosa parece estar en el polo opuesto de la obesidad, pero el examen cuidadoso muestra que hay ligas muy estrechas en el trasfondo psicológico entre ambas enfermedades. Como en los pacientes obesos más perturbados, el examen de los enfermos anoréxicos revela una preocupación extraordinaria por el comer y por el peso.

Algunos de estos enfermos están constantemente preocupados con la comida y libran una batalla constante contra su compulsión intensa a comer. Otros, como consecuencia de su lucha contra la obesidad, han perdido el apetito. Algunos enfermos anhelan ser tan delgados como sea posible para tener, cuando eventualmente se permitan a sí mismos comer, un amplio margen de seguridad antes de volverse gordos.

La imagen corporal obesa puede ser tan odiada que el enfermo valora altamente su delgadez caquéctica, que deploran quienes lo rodean.

No todos los casos de desnutrición psicogénica tienen la configuración psicológica de la anorexia nervosa. La desnutrición puede ser secundaria a síntomas histéricos, temores fóbicos, apatía depresiva o delirios esquizofrénicos. Estos casos de mala nutrición no deben ser designados anorexia nervosa. Bruch considera que lo patognómico en la anorexia nervosa no es la severidad de la mala nutrición, sino más bien la distorsión de la imagen corporal asociada con ella, la ausencia de preocupación acerca de la emaciación, aun cuando sea avanzada, y el vigor y terquedad con que esta apariencia es aceptada como normal.

La anorexia nervosa tiene una relación cercana con la obesidad juvenil, con los trastornos severos de la imagen corporal, con la obesidad como forma de desarrollo, y con esa gente gruesa-delgada que constantemente lucha contra su temida imagen corporal “gorda”. Este trastorno aparece como una extensión maligna de la lucha en un grupo de pacientes cuyas técnicas para evitar la imagen corporal temida alcanza proporciones casi psicóticas.

En su trabajo sobre anorexia nervosa, Bruch describe características perceptuales y

conceptuales que son tan válidas para muchos pacientes obesos perturbados como lo son para los anoréxicos. El elemento principal es la incapacidad de percibir o interpretar correctamente ciertos estímulos que se originan dentro del cuerpo; el más característico de ellos es *no reconocer el hambre*.

El autor mencionado hace notar que esta falta de reconocimiento del hambre se acompaña del no reconocimiento de otros estados fisiológicos, como la fatiga o la somnolencia. Esta impercepción o falta de reconocimiento de estados fisiológicos puede ser a su vez parte de una inadvertencia generalizada de sentimientos, preferencias y opiniones, característica de muchos anoréxicos e individuos obesos, que contribuye al sentimiento de ineffectividad, pasividad y falta de control que estos pacientes tienen sobre sus impulsos.

La psicopatología discernible en la obesidad es más marcada en la anorexia nervosa. Hay ciertas semejanzas entre ambos trastornos. Los enfermos con anorexia nervosa también suelen comer en la noche y muestran otros patrones descritos originalmente en enfermos obesos. Las indulgencias transitorias pronto son contrarrestadas por vómitos inducidos o por ayunos prolongados. No hay duda acerca de la importancia de los trastornos emocionales en estos pacientes. Bruch señala que las distorsiones de la imagen corporal son un rasgo característico tanto en la anorexia nervosa como en la obesidad, pero en tanto que la autocrítica que hace la persona obesa de su apariencia física a menudo es realista y está justificada, el pánico a verse gordo de un paciente con anorexia nervosa es totalmente inapropiado y puede adquirir un carácter delirante.

Un riesgo en el manejo de estos enfermos es dejar que el péndulo en la investigación metabólica oscile hacia el exceso. En la actualidad hay acuerdo acerca de la futilidad de hacer pruebas diagnósticas innecesarias en la mayoría de los enfermos con obesidad o anorexia nervosa, lo cual es totalmente diferente a descuidar la investigación en las anomalías de la química corporal y de la fisiología, que son evidentes en estos desórdenes de la nutrición.

En la anorexia nervosa hay cambios metabólicos profundos. Si bien se ha visto que estos cambios son manifestaciones secundarias de la desnutrición, la amenorrea es probablemente una excepción. La amenorrea prolongada es un rasgo esencial de la enfermedad en mujeres en edad reproductiva y a veces se desarrolla antes de que haya una pérdida de peso y persiste después de la ganancia de peso. En estos casos hay evidencia de una disrupción en la secreción cíclica de las gonadotropinas pituitarias o de los estrógenos. Un trastorno endocrino es una manifestación temprana e invariable de la anorexia nervosa. En enfermos obesos no se ha descrito una anomalía comparable.

En algunos casos es posible comprobar que las enfermas han establecido una relación simbólica entre la ingestión de comida y la imagen corporal de mujer adulta, la cual rechazan. La iniciación de la anorexia en la adolescencia puede coincidir con una crisis de pánico ante la posibilidad de tener que asumir responsabilidades sexuales, reproductivas y sociales. En estos casos los anhelos de conservar ligas de carácter infantil con la madre son prominentes.

LA SEXUALIDAD Y SUS ALTERACIONES

El género es una característica biológica que divide a los animales y al hombre en dos grupos: masculino y femenino, machos y hembras.⁹ La reproducción en ellos es producto de la unión de individuos de género opuesto. Sin embargo, en algunos casos esta división genérica no es tan clara; de hecho, los estudios embriológicos y anatómicos de diversas especies indican la existencia de una etapa de bisexualidad en las primeras fases del desarrollo. La reproducción es una función necesaria para la continuidad de las especies asociada íntimamente con la sexualidad. Abordaremos el tema de las alteraciones de la sexualidad.

El *género* o *sexo* de una persona es una característica biológica que se define por varios criterios. Un sexo cromosómico, un sexo gonadal y un sexo genital (genitales internos y genitales externos). Se agrega un sexo hormonal que se ha diferenciado en dos etapas: prenatal y puberal. En el ser humano, además, se incluyen otros dos componentes: la identidad sexual y el papel sexual. La identidad sexual es la conciencia que el sujeto tiene de su género: sentirse hombre o mujer, y el papel sexual corresponde al sexo que socialmente se asigna al sujeto: la sociedad espera de él ciertas conductas. En cierto modo el papel sexual es la experiencia pública de la sexualidad, en tanto que la identidad es la experiencia subjetiva de ella.

La *orientación sexual* se relaciona con el género de la pareja con quien preferentemente se tiene actividad sexual: heterosexual, homosexual o bisexual. Algunos autores ponen el acento en la distinción entre preferencia y orientación sexual; el término preferencia se refiere a una elección consciente y voluntaria. La adquisición de la orientación sexual ha sido equiparada con la adquisición del lenguaje; se establece en el cerebro de un sujeto desde la etapa prenatal. La orientación sexual depende de experiencias posnatales, de la misma manera que el niño aprende el lenguaje que escucha.

Las *alteraciones de la sexualidad* se presentan en los distintos elementos que la conforman. Cuando no hay coincidencia entre los determinantes biológicos de la sexualidad, cromosomas, gónadas y genitales, se habla de estados intersexuales. La identidad sexual puede alterarse desde la infancia y estas alternativas se presentan en una línea continua que va desde cierta incomodidad por pertenecer a un género hasta el travestismo y el transexualismo. Las discrepancias entre el sexo biológico y el papel y la orientación sexual no necesariamente pertenecen al terreno de la psicopatología, sin embargo, es conveniente incluir en este capítulo la orientación homosexual por su significado para el bienestar de los individuos y sus repercusiones sociales.

En los animales la actividad sexual sigue pautas biológicas fijas; en el ser humano, como ya se ha mencionado, hay versatilidad. Factores afectivos y cognoscitivos influyen en la actividad sexual del hombre, lo cual explica en parte las disfunciones sexuales, es decir, las alteraciones de la respuesta sexual en alguna de sus fases.

Un área de interés en la sexualidad lo constituyen las perversiones sexuales o parafilias. El sujeto responde a objetos o situaciones sexuales que no son parte de las

pautas habituales.

Antes de referirnos a los diferentes problemas que plantea la sexualidad humana examinaremos brevemente los hechos establecidos acerca de la diferenciación sexual y el desarrollo psicosexual.

La diferenciación sexual

En las primeras etapas de su desarrollo el embrión de los mamíferos es potencialmente bisexual. A partir de ellas las gónadas se diferenciarán en ovarios y testículos. La diferenciación tiende a lo femenino a menos que intervengan hormonas masculinas, normalmente secretadas por los testículos del feto. Una de las hormonas masculinizantes es en realidad desfeminizante, la hormona inhibidora mulleriana, cuya vida media es breve y produce la atrofia de los conductos mullerianos, evitando que se transformen en útero y oviductos. La otra hormona, específicamente masculinizante, es la testosterona y sus metabolitos, que promueven la transformación de los conductos de Wolff en los conductos deferentes, la próstata y las vesículas seminales.

La diferenciación de los genitales internos es ambitípica; las estructuras femeninas y masculinas están presentes al principio, y después unas se desarrollan y las otras quedan sólo como vestigios. Por el contrario, la diferenciación de los genitales externos es unitípica: sólo existe un conjunto de estructuras que serán femeninas o masculinas. Por ejemplo, el clítoris y el pene son homólogos y también lo son el escroto y los labios mayores.

Los principios que se aplican al dimorfismo de los genitales se aplican también al dimorfismo del sexo en el cerebro. De acuerdo con evidencias recientes, el dimorfismo del cerebro es inducido hormonalmente y tiene lugar más tardíamente que el de los genitales.

Los estudios experimentales en animales indican que lo opuesto a la masculinización del cerebro no es la feminización sino la desmasculinización. Lo opuesto de la feminización es la desfeminización. La masculinización del cerebro puede llevarse a cabo sin que exista desfeminización y la feminización puede ocurrir sin desmasculinización. Por lo tanto, la diferenciación sexual del cerebro no es unitípica como la de los genitales externos, sino ambitípica como la de los genitales internos. La diferenciación ambitípica permite la coexistencia en el cerebro de núcleos y vías tanto masculinos como femeninos; estas estructuras cerebrales determinan conductas femeninas y masculinas.

Los efectos de las hormonas sobre la conducta sexual fueron las primeras evidencias de la inducción hormonal del dimorfismo sexual del cerebro. En 1940 Steinach demostró que la conducta de apareamiento de la cobaya se masculinizaba si prenatalmente se le exponía a la hormona masculina. Aunque inicialmente la importancia de este hallazgo pasó inadvertida, en la década de los setenta el dimorfismo sexual del cerebro hormonalmente inducido no sólo era una inferencia, sino algo que podía demostrarse al nivel neuroanatómico. Varios investigadores demostraron experimentalmente que las

regiones del hipotálamo que median la conducta de apareamiento son determinadas por influencias hormonales prenatales.

La manipulación hormonal prenatal en diferentes especies de mamíferos ha contribuido a una mejor comprensión de los determinantes de la conducta sexual. Las hormonas esteroides actuando en la vida prenatal pueden predeterminar la conducta de apareamiento en la vida adulta. La masculinización prenatal de ovejas hembras mediante la administración de testosterona o sus derivados ocasiona que en la vida adulta su conducta sexual sea típicamente masculina, y no sólo esto, sino que el resto de las ovejas, tanto machos como hembras, las tratan como si realmente fueran machos. Los vacunos, ovinos y cerdos son considerados “robots hormonales”; sus patrones de conducta sexual pueden predeterminarse mediante influencias hormonales prenatales. El caso de los primates es diferente; las hembras *Rhesus* masculinizadas nacen con pene y escroto vacío y durante la infancia su conducta tiende a ser masculina; sin embargo, a diferencia de las ovejas, su conducta sexual en la vida adulta es femenina.

Las influencias hormonales prenatales son influidas por las influencias sociales. En los primates la masculinización hormonal prenatal puede ocasionar conductas masculinas, si bien no las determina rígidamente. Por otra parte, aunque directamente no produce conductas femeninas, tampoco las impide. Los estímulos que se reciben en la etapa posnatal tienen tanta importancia como los efectos hormonales.

En el ser humano no es posible hacer experimentos con el efecto de las hormonas en el cerebro durante la vida intrauterina; sin embargo, en algunos síndromes clínicos es posible conocer las influencias hormonales prenatales y la historia hormonal subsecuente. La relación de estas condiciones hormonales con la conducta de los sujetos indica que en el ser humano el factor biológico no actúa independientemente de las condiciones de la crianza.

Antes de terminar, es importante mencionar que es posible que el cerebro sufra modificaciones debido a influencias hormonales ejercidas en forma inadvertida. Por ejemplo, cambios nutricionales o endocrinos provocados por medicamentos e incluso por estrés. En animales de experimentación se ha observado que los barbitúricos administrados a la madre pueden provocar desmasculinización en el producto que está gestando.

El desarrollo sexual

Además de las influencias biológicas la sexualidad de los primates está determinada por las influencias sociales a las que se ven expuestos durante su desarrollo.

Las conductas sexuales que con frecuencia se observan en los niños son una forma de ensayo, típica en el desarrollo de casi todas las especies de primates, y que se ha considerado un prerrequisito para la adquisición de conductas sexuales maduras en la vida adulta.

En los monos *Rhesus* el juego sexual de la infancia es un antecedente del desarrollo

sexual normal; son frecuentes los juegos de presentación y monta que, aunque al principio se hacen indistintamente, después las hembras hacen las presentaciones con mayor frecuencia y después casi exclusivamente, en tanto que los machos hacen la monta. Cuando estos primates se crían en aislamiento y no tienen contactos sociales no practican estos ensayos sexuales, y después de la pubertad tanto las hembras como los machos son incapaces de adoptar las posturas adecuadas para el acoplamiento, aun con una pareja gentil que tenga experiencia. Si el embarazo se induce en forma experimental la madre maltrata a su cría y no es raro que llegue a matarla. También en el chimpancé se ha observado que el aislamiento social se asocia con conductas sexuales atípicas.

Durante la infancia los seres humanos hacen también “ensayos sexuales” como parte de su actividad lúdica. Estos juegos no se han estudiado satisfactoriamente en nuestra cultura ya que las manifestaciones sexuales durante la infancia no están permitidas, y las prohibiciones para suprimir u ocultar el juego sexual son efectivas. En culturas primitivas en las que no operan estas prohibiciones se han observado estos ensayos sexuales. Por ejemplo, entre los aborígenes de Arnhem Land no se reprueban las manifestaciones sexuales en los niños, y es frecuente que en la guardería, durante la siesta, algún niño que duerme junto a una niña efectúe movimientos pélvicos, rítmicos, de acercamiento hacia ella, y que los niños mayores, de entre cinco y seis años, adopten posiciones explícitamente coitales. No es claro si los niños inventan estas posiciones o si las copian de los mayores, si bien la costumbre es que la actividad sexual de los jóvenes y adultos se lleve a cabo en privado, en la oscuridad.

Es interesante mencionar que la sexualidad no se inicia con el ensayo de los movimientos pélvicos y la posición del coito. La primera fase del desarrollo sexual es prenatal, ya que las primeras erecciones de los varones han sido observadas *in utero*. Después, se presentan durante el estado de vigilia o durante el sueño MOR. En las niñas, el equivalente de este fenómeno no se ha documentado.

La primera fase del desarrollo sexual posnatal es sensorial, específicamente táctil, y es parte de la conducta global del niño; el contacto de la piel al ser sostenido, abrazado, etc. El vínculo de la madre con el niño se establece desde las primeras horas después del nacimiento, parcialmente por la vista y principalmente por el tacto. Este vínculo es importante para el bienestar de la madre y del niño y es antecedente del vínculo romántico que más tarde se establece durante la adolescencia. Aparentemente el vínculo sensorial es esencial para el desarrollo del ser humano, continúa durante la lactancia, disminuye durante el destete, se mantiene durante la infancia y surge como vínculo erótico durante o después de la pubertad.

La teoría de Freud sobre la sexualidad infantil pasa por alto el vínculo táctil, probablemente porque coincide en el tiempo con el inicio de la fase que él denominó oral. La segunda fase que Freud propuso, la anal, no es exclusivamente sensorial. Corresponde a un periodo de aprendizaje en el que se establece la asociación entre el estímulo para defecar y la identificación de un lugar donde hacerlo. El logro es recompensado. La fase genital propuesta por Freud es el inicio de la sexualidad; el niño experimenta sensorialmente sus genitales.

La “fase edípica” propuesta por Freud no se relaciona únicamente con los genitales y el ensayo de lo que será la sexualidad del adulto. En ella ocurren dos procesos: la identificación con personas del mismo sexo y la complementación con el sexo opuesto. Ambos procesos se dan principalmente en la relación con los padres. En las niñas preescolares se observan con frecuencia, mas no regularmente, “actitudes de coqueteo” hacia el padre y de los niños con la madre. Estas actitudes son como un ensayo. Las diferencias en conducta sensual, sexual y erótica tienden a corresponder con las que se establecen socialmente. Es posible que si se impide el ensayo de estas diferencias biológicamente determinadas en el desarrollo sexual, esto tenga consecuencias y desempeñe un papel en el desarrollo de anomalías de la vida sexual, que se hacen notorias en la pubertad, cuando por efectos hormonales disminuye el umbral para las manifestaciones explícitas de la sexualidad.

Freud propuso una fase de latencia, pero hay numerosas observaciones de que durante esta etapa los niños continúan sus ensayos sexuales lúdicos. En culturas en las que está permitido, los niños expresan su sexualidad y ocasionalmente establecen vínculos románticos tempranos.

En la pubertad el juego sexual pierde sus características de ensayo y la sexualidad como tal empieza a manifestarse. Estos cambios tienen causas hormonales. Además de cambios corporales, los efectos hormonales causan la disminución del umbral para la expresión de la sexualidad en la imaginación, en los sueños, y finalmente en la práctica. La pubertad no determina lo que se va a expresar, sino que libera la expresión de lo que se estableció durante la infancia.

Desconocemos cuáles son los factores que favorecen la evolución más saludable de la sexualidad y también los que pueden tener efectos negativos. Es evidente que los factores nocivos no son necesariamente sexuales; la muerte de uno de los padres, de un hermano, etc., puede tener una influencia negativa. No hay datos para afirmar que las experiencias sexuales en la infancia no causan efectos adversos en el desarrollo psicosexual de los niños. Es de pensarse que estas experiencias influyen negativamente y que los efectos más nocivos dependen del contexto en el que se producen.

Podemos concluir que los seres humanos, al igual que otros primates, muestran una tendencia natural al ensayo sexual lúdico durante la infancia. Estas experiencias parecen ser un paso necesario para la conducta sexual normal en la adultez.

Las alteraciones de la sexualidad

La sexualidad de los humanos incluye diferentes elementos y está sujeta a desarrollo. En ciertas circunstancias pueden darse fijaciones y desviaciones. La nosología de las alteraciones de la sexualidad se ha revisado recientemente. Las clasificaciones actuales distinguen: 1) las alteraciones de la identidad; el sujeto se siente en mayor o menor grado inconforme con su género biológico; su inconformidad puede limitarse a sentir desagrado ante él o puede manifestarse como *travestismo* o alcanzar mayor severidad y llevarlo a

buscar la modificación quirúrgica u hormonal de sus genitales: transexualismo; 2) las disfunciones psicosexuales, problemas que se presentan durante la ejecución del acto sexual, y 3) las parafilias, en que la fuente primordial de gratificación sexual no es la relación sexual con una persona del otro sexo.

Trastornos de la identidad sexual

La identidad de género es la experiencia subjetiva del género al que se pertenece: sentirse hombre, sentirse mujer. La convicción de pertenecer a uno u otro sexo se establece entre los dos y tres años.

En la formación de la identidad sexual interviene la diferenciación biológica de los genitales internos y los externos, y del cerebro. El camino que siga esta diferenciación está determinado cromosómicamente e influido hormonalmente, si bien los factores sociales representados por los estímulos a los que el niño se ve expuesto durante su desarrollo empiezan a actuar desde el nacimiento. Los genitales externos indican a los padres que se trata de una niña o de un niño y esto da lugar a la asignación del papel femenino o masculino. A partir de esta asignación, las actitudes de los padres y en general la crianza del niño está determinada por el reconocimiento que se hace de su pertenencia a uno u otro género. Se piensa que este factor interviene en la formación de la identidad sexual en los humanos.

Un trastorno en la identidad sexual puede presentarse en la niñez. En la niña existe inconformidad por el hecho de pertenecer al género femenino y expresa frecuentemente su deseo de ser un niño o dice ser un niño. Además, rechaza la ropa que distingue al sexo femenino e insiste en emplear vestimenta y accesorios masculinos. En otras ocasiones el rechazo es directamente de la estructura anatómica femenina; este rechazo es evidente por la afirmación de que ella tiene o habrá de crecerle un pene, se niega a orinar sentada o afirma que no desea que le crezcan los senos ni tener menstruación. El niño expresa malestar por el hecho de serlo y afirma que desea ser niña. Sus conductas tienden a ser marcadamente femeninas, en sus juegos y en su inclinación a vestirse como niña. El rechazo a la estructura masculina se manifiesta por frases como que cuando crezca se convertirá en mujer: su pene o sus testículos no le gustan y quiere que desaparezcan.

En general ocurre que al final de la etapa preescolar las conductas que corresponden al sexo opuesto se atenúan. Después de la pubertad, algunos sujetos desarrollan una orientación homosexual y otros continúan con el trastorno de la identidad sexual en la vida adulta o como transexuales.

El adulto con trastorno de la identidad sexual rechaza el género al que pertenece. La persona tiende a usar ropa o accesorios del sexo opuesto sin el fin de excitarse sexualmente. Aun cuando biológicamente su género está bien definido, su orientación puede ser asexual, homosexual o heterosexual.

Los transexuales sufren a causa de sus estructuras anatómicas, femeninas o masculinas, y con frecuencia buscan medios hormonales o quirúrgicos para ser privados

de sus genitales y adquirir los del otro sexo. Tratados y con ropa apropiada son difícilmente distinguibles de los miembros del sexo opuesto. Es frecuente que los transexuales hayan presentado un trastorno de la identidad sexual en la infancia.

Disfunciones psicosexuales

En estos trastornos hay alteraciones de alguna de las etapas de la respuesta sexual. Generalmente se consideran en la respuesta sexual humana tres fases principales cuyas alteraciones tienen expresión clínica: el deseo, la excitación y el orgasmo. Algunos autores añaden una fase de meseta entre la excitación y el orgasmo y una fase de resolución después de éste.

La respuesta sexual se inicia con el deseo de tener actividad sexual; este deseo mueve al sujeto a la búsqueda de la experiencia sexual o a estar receptivo a ella. La fase de excitación se caracteriza, tanto en los hombres como en las mujeres, por la vasodilatación refleja de los vasos sanguíneos genitales; debido a las diferencias anatómicas masculinas y femeninas la expresión de esta vasodilatación es también diferente: en el hombre esta fase está definida por la erección del pene; en la mujer por la lubricación de los genitales. Estos cambios fisiológicos permitirán el acoplamiento de los genitales para la ejecución del acto sexual. El orgasmo es la fase en la cual se experimenta con mayor intensidad el placer sexual; la tensión se elimina y existen contracciones musculares perineales y genitales. En el hombre se produce la eyaculación con la emisión del semen originada por las contracciones de la próstata, las vesículas seminales y la uretra.

Cada una de estas fases puede inhibirse y dar lugar a disfunciones psicosexuales. Cuando de manera persistente no existe deseo para tener actividad sexual se habla de *inhibición del deseo*; en el trastorno por *aversión al sexo*, además de esta falta de deseo el sujeto experimenta repugnancia.

La fase de excitación puede alterarse tanto en el hombre como en la mujer. Las manifestaciones clínicas son diferentes, dependiendo de las características de la respuesta sexual. En la mujer hay incapacidad para lograr o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación de los genitales, además no tiene la sensación subjetiva de placer durante la actividad sexual. En el hombre el trastorno se expresa como impotencia, que consiste en no lograr o no mantener la erección.

La *disfunción orgásmica femenina* consiste en la ausencia o retraso del orgasmo. La mujer manifiesta deseos de actividad sexual, se excita, pero tiene dificultad para lograr el orgasmo. Algunas mujeres llegan a esta fase únicamente con la estimulación del clítoris. Ésta es una variante normal. El hombre que sufre *disfunción orgásmica* no tiene orgasmo o éste se retrasa a pesar de que la estimulación sexual es adecuada y tiene el deseo y la excitación sexual. En ocasiones esta disfunción se limita al orgasmo intravaginal, ya que manualmente, por la masturbación, el sujeto puede alcanzar el orgasmo.

La *eyaculación precoz* se presenta con una estimulación sexual mínima, antes, durante o inmediatamente después de la penetración, sin que la persona pueda evitarlo.

La erección se inicia y se mantiene por mecanismos reflejos o por estimulación psíquica. En ambos casos intervienen tanto el sistema simpático como el parasimpático, si bien el primero predomina en la erección psíquica.

La relación entre la respuesta sexual y la angustia es variable: la angustia puede asociarse con la respuesta sexual, inhibirla, o bien, al contrario, la respuesta sexual puede inhibir la angustia. Algunos hombres tienen erección en circunstancias amenazantes sin relación con aspectos eróticos. Puede ocurrir que la erección se asocie con angustia o con un sentimiento de culpa. La inhibición de la respuesta sexual por angustia ocurre en ciertos casos de impotencia, en los cuales la hiperactividad autónoma simpática sobrepasa el nivel óptimo para que se produzca la erección.

La impotencia puede ser muy selectiva y deberse a causas diversas. No es raro que un varón sea impotente solamente en ciertas circunstancias o con una mujer determinada.

La eyaculación también está bajo el dominio del sistema nervioso autónomo. Como hemos mencionado, puede presentarse en forma prematura, como un síntoma de hiperexcitabilidad sexual con erección adecuada, o en casos de hipoexcitabilidad con erección incompleta. La erección incompleta y la eyaculación precoz se asocian frecuentemente.

No hay que asumir que si un varón tiene erecciones satisfactorias en ciertas circunstancias mas no en otras el problema debe ser considerado como solamente psicológico. Del mismo modo que hay condiciones psicológicas óptimas, también las hay fisiológicas. Ambos aspectos deben valorarse en cada caso particular.

Una disfunción sexual es sentir dolor durante la actividad sexual. En la *dispareunia* hay dolor genital en la mujer antes, durante o después de la relación sexual. En el *vaginismo* hay espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito.

Aunque las disfunciones sexuales tienen causas diversas, un factor subyacente es la interferencia de la angustia con la expresión fisiológica de la sexualidad. Las diferentes disfunciones dependen de la fase en la cual la angustia hace su aparición. Los problemas en la fase del deseo se producen cuando la angustia se moviliza al inicio de la secuencia deseo-excitación-orgasmo. Los problemas en la fase de excitación son provocados por la angustia que aparece cuando la persona ya se encuentra excitada; algunos sujetos se angustian en cuanto tienen una erección, y la pierden inmediatamente. En los trastornos de la fase orgásmica, la angustia se presenta en el momento de la mayor excitación previa al orgasmo. Se sugiere que la fase en que aparece la angustia depende de su intensidad; cuando la ansiedad asociada con la actividad sexual es muy intensa, aparece desde el inicio de la respuesta sexual y se inhibe el deseo. Aparentemente en la inhibición del orgasmo la ansiedad es menos intensa y en las alteraciones de la excitación la angustia tiene un grado intermedio entre la intensa que inhibe el deseo y la moderada que inhibe el orgasmo.

Las parafilias

Las parafilias son las desviaciones conocidas como perversiones sexuales. El término se usa para referirse a cualquier práctica sexual que difiere de lo normal o cualquier medio anormal de alcanzar el orgasmo genital.

El término *parafilia* es el adecuado ya que alude a la desviación (*para*) y a lo que es atractivo para el sujeto (*philia*). Entre las parafilias se incluye: el exhibicionismo, el frotterismo, la paidofilia, el masoquismo y el sadismo sexual, el fetichismo, el travestismo, el voyerismo y otras. A excepción del masoquismo sexual, estas alteraciones casi nunca se encuentran en las mujeres.

La conducta sexual normal incluye elementos parafilicos. Por ejemplo, puede haber cierta actividad fetichista como parte del juego previo a la realización del acto sexual. En la parafilia, la actividad no es meramente un prelude electivo, sino que se ha vuelto un fin en sí mismo y es buscado en forma insistente, análoga a las compulsiones, pero que a diferencia de ellas causa placer y conduce al orgasmo.

El *exhibicionista* deriva placer sexual de la exposición de sus genitales a personas extrañas. El *fetichista* obtiene placer mediante el empleo de objetos inanimados; este objeto o fetiche es usualmente una parte del cuerpo o algún objeto perteneciente o asociado con el objeto amoroso al cual reemplaza el fetiche, y aunque puede haber actividad sexual con el objeto amoroso, la gratificación solamente es posible si el fetiche está presente o es por lo menos fantaseado durante la actividad sexual. También ocurre que el fetichista puede obtener gratificación del fetiche por sí mismo, en ausencia del objeto de amor. Los fetiches más comunes son: zapatos, pelo largo, aretes, ropa interior, pies, etcétera.

En la parafilia conocida como *frotterismo* el sujeto que la presenta deriva placer sexual del hecho de tocar y frotarse con una persona que no tiene advertencia de lo que ocurre. El frotamiento se efectúa en lugares públicos de los que el sujeto puede escapar cuando la víctima se da cuenta del hecho.

En la *paidofilia* la excitación sexual implica actividad sexual con niños prepúberes, de menos de 13 años.

El *masoquista sexual* necesita ser humillado, golpeado, atado o ser sometido a otros tipos de sufrimiento para obtener gratificación sexual.

El término *sadismo* deriva del nombre del marqués de Sade (1740-1814), escritor francés que describió a personas cuyo placer sexual dependía de infligir sufrimiento a la pareja. En el sadismo el orgasmo depende de torturar, maltratar, humillar o infligir dolor a la pareja.

El *fetichismo travestista* implica vestirse con ropa del otro sexo para obtener gratificación sexual. Se distingue el travestismo, que es una alteración de la identidad sexual, del fetichismo travestista, alteración en la preferencia del objeto sexual.

El *voyerista* se excita sexualmente de manera preferente o exclusiva observando a personas cuando están desnudas, en proceso de desnudarse o teniendo actividad sexual.

La homosexualidad

La homosexualidad es la selección exclusiva o preferida de una persona del mismo sexo como la fuente de excitación sexual genital y de gratificación, en la conducta explícita o en la fantasía. Cierta atracción erótica hacia miembros del mismo sexo es relativamente frecuente y no es considerada por sí misma como patológica. En las clasificaciones modernas se distingue la *homosexualidad egodistónica* como un patrón de atracción homosexual que se da en una persona que explícitamente no desea este tipo de atracción y es para él una fuente de perturbación. El término *lesbianismo* se emplea para referirse a la homosexualidad femenina.

Es importante mencionar que al hablar de preferencia del objeto sexual no nos referimos a una elección voluntaria, consciente. El homosexual no elige ser homosexual; su orientación la ha adquirido a través de un proceso semejante a la adquisición del lenguaje.

En la sociedad occidental la homosexualidad se ha considerado una condición patológica. Sin embargo, la visión que la sociedad tiene de la homosexualidad se ha modificado en los últimos años. En la primera clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana la homosexualidad se incluía en las alteraciones sociopáticas de la personalidad, es decir, como una desviación que implica “conductas patológicas”. En la segunda edición de esta clasificación (1968) la homosexualidad ya no fue incluida como alteración sociopática de la personalidad, pero se le continuó situando en el rubro de las desviaciones sexuales. En 1980 (tercera edición de la clasificación de la APA) la homosexualidad ya no aparece como un diagnóstico psiquiátrico, salvo cuando es egodistónica, es decir, cuando la orientación homosexual es causa de sufrimiento para el sujeto.¹⁰

La actividad homosexual ocurre en todas las culturas y en todos los estratos sociales. Kinsey¹¹ consigna que 4% de los varones en los Estados Unidos es exclusivamente homosexual toda su vida, desde la adolescencia. El 13% fue predominantemente homosexual por lo menos durante tres años entre los 16 y los 55, y 37% había tenido alguna experiencia homosexual con orgasmo. En las mujeres la encuesta mostró que de 1 a 3% de las solteras es exclusivamente homosexual, de 3 a 8% preferentemente homosexual y 13% de todas las mujeres ha tenido alguna experiencia de este tipo hasta tener orgasmo.¹² Las investigaciones en otros países han arrojado resultados similares. En general, se estima que de 6 a 10% de los varones y de 2 a 4% de las mujeres son exclusiva o preferentemente homosexuales.

El concepto de la participación predominante de los factores biológicos y su interacción con factores psicosociales en la génesis de la orientación sexual se funda en las observaciones del proceso de diferenciación sexual que hemos mencionado. Para Marmor,¹³ muchos de los problemas a que se enfrentan los homosexuales son producto de la homofobia, más que de la orientación sexual. De importancia central son la aceptación o no aceptación de su tendencia sexual y su capacidad de experimentar o no atracción por el objeto amoroso.

Si la orientación homosexual no es una condición patológica en sí misma, tampoco es necesariamente un objetivo de tratamiento médico. Marmor opina que la psicoterapia

puede ayudar a suprimir la conducta homosexual explícita o aumentar el potencial para la experiencia heterosexual en personas bisexuales, pero la orientación básica permanece en los sueños y en las fantasías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hartmann, E., "The 90-Minute Sleep-Dream Cycle", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 18 (1968), p. 280. Véase también M. Jouvet, "The States of Sleep", *Sci. Am.*, núm. 216 (1967), p. 61.
2. Hobson, J. A., *Sleep*, Scientific American Library, Nueva York, 1989.
3. Stunkard, A. J., T. I. A. Sorensen y C. Hanis, "An Adoption Study of Human Obesity", *N. Engl. J. Med.*, núm. 314 (1986), pp. 193-198.
4. Werkman, S. L. y E. S. Greenberg, "Personality and Interest Patterns in Obese Girls", *Psychosom. Med.*, núm. 29 (1967), pp. 72-80.
5. Stunkard, A. J., "Obesity", en H. I. Kaplan, A. M. Freudman y B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, Williams and Williams, Baltimore, 1985.
6. Bruch, H., *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Basic Books, Nueva York, 1973.
7. Goldblatt, P. B., M. E. Moore y A. J. Stunkard, "Social Factors in Obesity", *JAMA*, núm. 192 (1965), pp. 1039-1044.
8. Bliss, E. L., y C. H. H. Branch, *Anorexia Nervosa - Its History, Psychology and Biology*, Hoeber, Nueva York, 1960.
9. Mihalik, G. J., "Sexuality and Gender. An Evolutionary Perspective", *Psychiatr. Ann.*, núm. 18 (1988), pp. 40-42.
10. American Psychiatric Association, *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Mason, Barcelona, 1983. Véase también R. L. Spitzer, "The Diagnostic Status of Homosexuality en DSM-III", *Am. J. Psychiatry*, núm. 138 (1981), pp. 210-216.
11. Kinsey, A. C., W. B. Pomeroy y C. E. Martin, *Sexual Behavior in the Human Male*, WB Saunders Company, Filadelfia, 1948.
12. —, *Sexual Behavior in the Human Female*, WB Saunders Company, Filadelfia, 1953.
13. Marmor, J., "The Psychodynamic Approach to the Treatment of Sexual Problems", en M. Zales (ed.), *Eating, Sleeping, Sexuality. Treatment of Disorders in Basic Life Functions*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bancroft, J., "Hormones and Human Sexual Behavior", *J. Sex. Mental Ther.*, núm. 10 (1984), pp. 3-21.

El papel de las hormonas sexuales en la sexualidad masculina se ha aclarado en los últimos años: el papel que desempeñan en el deseo sexual, la eyaculación y la erección. En la mujer la sexualidad no tiene una relación directa con las hormonas. Se propone una mayor variabilidad genética y sensibilidad conductual a las hormonas en las mujeres.

Kaplan, H. S., *The Evaluation of Sexual Disorders. Psychological and Medical Aspects*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1983.

La autora integra y sistematiza los aspectos biológicos y psicológicos en el diagnóstico de las alteraciones sexuales. Esto permitirá al clínico la adecuada diferenciación de las causas médicas y psicológicas y formular un programa de tratamiento preciso y efectivo.

Nasser, M., "Eating Disorders: The Cultural Dimension", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, núm. 23 (1988), pp. 184-187.

Recientemente se ha iniciado el estudio del papel de los factores socioculturales en la patogénesis de las alteraciones de la conducta alimentaria, anorexia nervosa y bulimia. Se ha considerado que estos trastornos, descritos principalmente en Occidente, podrían atribuirse a la idealización de la delgadez en la cultura occidental. El autor revisa la epidemiología de la anorexia y la bulimia en culturas no occidentales; también examina el efecto de los cambios culturales en el peso corporal. Existen evidencias de que la identificación con normas occidentales con relación al peso corporal es seguida de un aumento en el riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria.

Ploog, D. W., y K. M. Perke, "Psychobiology of Anorexia Nervosa", *Psychol. Med.*, núm. 17 (1987), pp. 843-859.

El autor describe cuatro aspectos de la psicología de la anorexia nervosa: 1) la psicopatología subyacente a la motivación para el ayuno; 2) las consecuencias metabólicas y somáticas de la caquexia, incluyendo la morfología cerebral; 3) las anormalidades del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal y del eje gonadal, y 4) las posibles alteraciones del impulso del hambre, explicadas por la neuroetología y los mecanismos cerebrales de recompensa.

Zales, M. (ed.), *Eating, Sleeping, Sexuality. Treatment of Disorders in Basic Life Functions*, American College of Psychiatrists, Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

Los avances en la investigación y el tratamiento de trastornos como la anorexia nervosa, obesidad, insomnio y disfunciones sexuales son presentados por un grupo de expertos en las diferentes áreas. Ponen el acento en los aspectos emocionales y conductuales de estas alteraciones de las funciones básicas.

XII. LA ANGUSTIA Y LA DEPRESIÓN

Angustia, miedo, tensión y estrés.—La angustia existencial.—El sustrato biológico.—La angustia patológica: crisis de angustia, fobias, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo.—Causas.—Manejo terapéutico.—Depresión.—Incidencia y prevalencia.—Aspectos biológicos.—Causas.—Formas clínicas: depresión recurrente, trastorno bipolar, disritmia, ciclotimia, depresión enmascarada y equivalentes depresivos.—Manejo terapéutico de la depresión.

LA PRÁCTICA profesional del médico, su forma de relacionarse con los enfermos, sus percepciones de lo que es relevante, sus interpretaciones y también su conducta terapéutica están fuertemente influidas por el marco conceptual dentro del cual ha organizado sus conocimientos y sus experiencias. Si ese marco conceptual es solamente una yuxtaposición más o menos mecánica de los datos que aportan las ciencias biomédicas, es posible que ciertas manifestaciones que emergen de la totalidad integrada de la personalidad humana, como por ejemplo la angustia, no ocupen en su interés el lugar central que ameritan. Por otra parte, si el médico ve al hombre como una totalidad organizada, un ser que tiene conciencia de su libertad y de su vulnerabilidad, dotado de imaginación y obligado a encontrar sentido a su vida y a su muerte, la angustia emerge como algo que es central en su vida y que matiza su experiencia de estar enfermo.

LA ANGUSTIA

El tema de la angustia es central en la medicina, tanto si se le ve en sus aspectos humanos y universales como si se examinan sus aspectos patológicos específicos. Desde un punto de mira general la angustia puede definirse como una reacción global del organismo ante situaciones que percibe como amenazantes a su existencia y que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. La disposición a experimentar angustia es inherente a la condición humana.

Es necesario diferenciar la angustia de otros estados emocionales que en alguna forma están relacionados con ella y se le superponen. Uno de ellos es la tensión: la reacción inespecífica del organismo a la supresión de urgencias fisiológicas. *Estrés* es un concepto central en la medicina clínica que designa la respuesta del organismo ante demandas que lo acercan a los límites de su capacidad de adaptación. Fenomenológicamente, también es necesario distinguir entre angustia y *miedo*. Ambos tienen en común ser reacciones ante amenazas y ambos pueden desembocar en el pánico. En el miedo el sujeto percibe la situación amenazante en términos de sus recursos para contender con ella; el peligro es objetivo, localizable. En la angustia la amenaza no se percibe con claridad, es incierta y difusa. En su forma más pura el miedo está relacionado con el presente, en tanto que la angustia es una emoción prospectiva, es decir que, como la esperanza, está dirigida hacia el futuro. La persona que sufre angustia no puede identificar la fuente del peligro, de ahí que se sienta amenazada “por todos lados y por ninguno”. Por ello, la angustia es una emoción más envolvente que el miedo. Así, decimos “tengo” miedo, y nos inclinamos a

decir “estoy” angustiado. Puede decirse que la angustia es más disruptiva que el miedo porque, en tanto que éste conduce a acciones específicas, la angustia es paralizante. Cuando la angustia alcanza su máxima intensidad, lo que el sujeto experimenta ha sido descrito como “la disolución de sí mismo”. Si bien generalmente es posible distinguir entre la angustia y el miedo con base en la fenomenología, es necesario reconocer que en ciertos casos la distinción no es clara.

Como el dolor y el miedo, la angustia es un recurso de la especie para asegurar su supervivencia. En principio, el miedo y la angustia corresponden en el nivel fisiológico a la “reacción de alerta” del organismo que se apresta para no ser tomado por sorpresa. Dentro de ciertos límites la angustia y el miedo son fenómenos normales que facilitan las funciones cognitivas, promueven el aprendizaje y preparan a la persona para superar obstáculos y encontrar soluciones. Más allá de cierto punto, tanto el miedo como la angustia son estados desorganizadores y disruptivos que pueden dañar al organismo y anular su capacidad de adaptación. El que los organismos puedan dañarse y aun morir a causa de un exceso de sus propias defensas es una paradoja de la biología.

La angustia, como hemos dicho, es un fenómeno humano y tiene por lo tanto características propias. Sin embargo, como otros fenómenos humanos, tiene precursores en la escala zoológica. Por ejemplo, la angustia de los humanos ante la separación tiene antecedentes en la reacción de algunas aves y mamíferos cuando se les separa de sus crías. En condiciones naturales los animales superiores se mantienen alertas para identificar los peligros y están preparados para huir o atacar según su apreciación del peligro que acecha.

Angustia existencial

En un sentido la angustia es una compañera inseparable del hombre desde su nacimiento hasta su muerte; es inherente al crecimiento en tanto que crecer significa abandonar fuentes de seguridad para internarse en lo desconocido. La angustia es también un ingrediente en el proceso creativo del artista y del científico. Las personas varían en cuanto a su angustiabilidad; ser excesivamente angustiados o no serlo es rasgo de la personalidad.

Las circunstancias que rodean al hombre, es decir, el ámbito social y cultural en el que se desenvuelve su vida, pueden ser fuente de tensión y de estrés. Las cantidades de estrés que sufren los individuos dependen en algún grado de las condiciones propias de cada sociedad y de cada cultura. Por ejemplo, en las grandes ciudades las condiciones económicas, ecológicas y socioculturales generan mayor tensión en algunos sectores de la población.

Ante la angustia inherente a su condición humana las personas buscan seguridad. Cada sociedad, cada cultura responde a esta necesidad, proveyendo defensas contra la angustia que tiene sus fuentes en la existencia, en la forma de ideología, valores, diseños de vida, etc. En épocas estables, estas defensas son eficaces; pero en tiempos de cambio

acelerado y que transcurren bajo el signo del quebranto de las tradiciones, estos mecanismos culturales preconstruidos pierden poder, fallan, y como consecuencia, un número creciente de personas encuentra difícil contender con las tensiones que las circunstancias de su vida le generan.

El papel de las condiciones que prevalecen en una sociedad y en una cultura como fuentes de angustia existencial y determinantes de sus contenidos es evidente si comparamos la situación del hombre primitivo con la del hombre civilizado.

El hombre primitivo vive en un mundo poblado por demonios y por los espíritus errantes de sus muertos; no tiene ciencia, y por lo tanto no comprende al cosmos en términos naturales, ni tiene tecnología para defenderse de las fuerzas hostiles de la naturaleza; intenta atenuar su angustia refugiándose en el espíritu tribal, en el mito y en la magia. La imagen del “salvaje feliz” está muy alejada de la realidad.

En cuanto al conocimiento de la naturaleza los logros del hombre moderno son notables, pero ocurre que en el proceso de dominarla y explotarla el hombre se ha separado de ella y también de sí mismo. El hombre moderno que sojuzgó la Tierra y conquistó el espacio no sufre la angustia primal, no teme, como los antiguos mexicanos, que no salga el sol; pero ¿sufre menos angustia que sus antepasados primitivos? No parece ser así. Más bien, ocurre que su angustia tiene ahora fuentes distintas. Quienes hablan de la soledad del hombre moderno y de su sentimiento de futilidad tocan cuerdas sensibles. Generalmente se piensa que el hombre moderno carece de marcos de orientación y de devoción, es decir, de pensamientos filosóficos orientadores y de valores. La violencia irracional, el trabajo compulsivo, la drogadicción, algunas modalidades del alcoholismo, etc., pueden ser vistas como formas regresivas de contender con la angustia y también con el tedio que generan las condiciones de vida en las urbes modernas.

Cada individuo vive las contradicciones de la cultura en que se halla inmerso en forma personal. Es claro que la dotación genética, la biografía y las circunstancias de cada quien establecen diferencias. Por otra parte, cada época de la vida —infancia, adolescencia, climaterio y senectud— tiene también sus propias fuentes de angustia, y las instituciones como la familia, la escuela, el ámbito de trabajo la atenúan o la agravan. La angustia de una persona está relacionada con su vulnerabilidad y su capacidad de contender con situaciones que le son adversas.

¿Aumenta la angustia en virtud de las condiciones de la vida moderna, particularmente de la vida en las grandes urbes? Sí, en cuanto a que las condiciones de vida moderna afectan la certidumbre y generan en muchas personas sentimientos de insignificancia y soledad.

La angustia existencial, la que es inherente a la condición del hombre, debe distinguirse de la *angustia patológica*. ¿Cuándo es patológica la angustia? Consideramos que es patológica por su intensidad, su persistencia o recurrencia o su aparición súbita sin relación con situaciones amenazantes externas o internas. La angustia patológica debe ser distinguida de la angustia existencial.

En la angustia patológica la experiencia de quien la sufre es de una calidad distinta de

la angustia que cualquier ser humano experimenta normalmente más de una vez en la vida, en situaciones que percibe amenazantes para su integración personal.

Freud distinguió entre angustia como “señal de alarma” y angustia “desencadenada”. Consideró que la primera es normal y sólo la última es patológica. Explicó la angustia como respuesta a la percepción de un peligro generado por fuerzas instintuales reprimidas que amenazan irrumpir en la conciencia y alterar el equilibrio de la personalidad. Más tarde Freud modificó su punto de vista acerca de la relación entre angustia y represión, y pensó que la angustia no es resultado sino causa de la represión; es reprimido aquello que genera angustia. Freud postuló que la primera experiencia de angustia que tiene el niño es la angustia de la separación, la que experimenta al quedarse solo, en la oscuridad o con personas extrañas. Dado que la angustia prepara al individuo para atacar o huir, Freud sugirió que la persona neurótica, ante un peligro interno, pone en juego mecanismos mentales defensivos que son sustitutos de la fuga o de la retirada.

Distinguió tres manifestaciones clínicas principales de la angustia: la *angustia libre*, “flotante”, a la cual consideró un ingrediente central en la neurosis de angustia. Una segunda forma de angustia hace su aparición divorciada de cualquier determinante, en la forma de una descarga o crisis. Una tercera forma es la *angustia fóbica*, es decir, la angustia ligada con un objeto o situación particular, que tiene un carácter defensivo. Así, la *agorafobia* es una defensa que permite evitar el objeto o situación peligrosa. La evitación es una estrategia que eventualmente resulta en una restricción cada vez mayor de actividades, dado que la generalización es muy común en las fobias. Primero la angustia es descargada por una señal, y después, ante otras señales relacionadas con la señal inicial. En la persona que sufre angustia anticipatoria, ésta es desencadenada por una señal. En contraste, en la angustia crónica la persona ha asociado su angustia con un amplio margen de señales ambientales.

El sustrato biológico

Fisiológicamente la angustia, independientemente de sus causas, es un estado de “despertamiento” que si alcanza suficiente intensidad se expresa somáticamente por síntomas como palpitaciones, disnea, sequedad de la boca, sensación de constricción en el pecho, mareos, rubor, aumento de volumen del pulso en los dedos, temblor, sudores, etc. Algunas de estas expresiones fisiológicas de la angustia pueden ser estimadas en forma directa, por ejemplo, registrando la conducción eléctrica en la piel de la palma de la mano, midiendo la secreción de saliva o el diámetro de la pupila. En la angustia severa se registran cambios en el electroencefalograma. Estos cambios consisten en aumento de la actividad beta y disminución del ritmo alfa. Sin embargo, ni los cambios fisiológicos ni los electroencefalográficos que también se presentan son específicos.

El *despertamiento* es un proceso fisiológico subyacente a todos los estados emocionales intensos, como el pánico, la cólera y la excitación sexual, que ocurren en respuesta a estímulos externos o internos, como son ciertas ideas, recuerdos y fantasías. Uno puede hacer inferencias acerca de cuál es la emoción de que se trata por la conducta explícita del sujeto y por el relato que nos hace de su experiencia. En la preparación para la fuga y para el ataque las diferencias fisiológicas son pocas y no son muy claras. Por ejemplo, el aumento de la frecuencia del pulso es más notable en el miedo que en la angustia, en tanto que el aumento de la presión sistólica es más notable en la cólera.

Las áreas del cerebro relacionadas con la angustia son conocidas. Las implicadas más directamente son las amígdalas de los lóbulos temporales. Se piensa que la angustia se

produce cuando la excitación en estas áreas alcanza un nivel crítico. Si se estimula el núcleo amigdalino de un animal se suscitan en él reacciones de miedo o de cólera.

Con la angustia se correlacionan la activación del sistema que forma la médula suprarrenal y el sistema nervioso simpático, el aumento de epinefrina en la sangre y la elevación de los niveles séricos de cortisol, colesterol, ácidos grasos y ácido úrico. En la cadena de reacciones que son parte de la angustia también están implicados el laberinto del oído y sus conexiones centrales con el sistema reticular, de ahí la sensación de inestabilidad o de mareo que tan frecuentemente experimenta la persona angustiada.

Los ataques de pánico son experimentados como estados subjetivos agudos de temor de morir, enloquecer o perder la conciencia, que se acompañan de “tormentas” de actividad del sistema nervioso autónomo: palpitaciones, dificultad para respirar, dolor precordial, parestesias, sudoración, etc. La región cerebral que parece estar implicada en estas descargas es el *locus coeruleus*. Este núcleo, localizado en las protuberancias, es el centro de la actividad noradrenérgica en el sistema nervioso central. Se ha observado que los agentes farmacológicos que producen un aumento en la frecuencia de descarga de este núcleo son capaces de inducir estados de pánico, por ejemplo, la yohimbina (antagonista alfa 2 adrenérgico). En cambio, la clonidina, que es un agonista alfa 2, disminuye la frecuencia de la descarga del *locus coeruleus* y tiene un efecto antipánico. La administración crónica de medicamentos como la imipramina reduce el recambio de norepinefrina central, así como la frecuencia de la descarga del *locus coeruleus*, y es por ahora el medicamento de elección para el tratamiento de pacientes con este trastorno.

El sustrato anatómico de la ansiedad generalizada parece ser diferente al de los estados de pánico. El sistema límbico ha sido señalado como el sustrato anatómico de la ansiedad generalizada, específicamente el área del hipocampo. Las benzodiacepinas son útiles para el tratamiento de esta forma de ansiedad. Es conveniente recordar que el sistema límbico es una zona rica en receptores para benzodiacepinas.

Los aspectos biológicos del trastorno obsesivo-compulsivo están llamando la atención de los investigadores. Los resultados de estudios neuroquímicos, psicofarmacológicos y neurológicos han encontrado una disfunción del sistema nervioso central que con frecuencia incluye “signos neurológicos blandos”, alteraciones inespecíficas motrices o sensoriales, anormalidades de la coordinación y movimientos involuntarios que sugieren una alteración de los ganglios basales. Esto es consistente con los hallazgos de la tomografía por emisión de positrones, con la que se ha encontrado alterado el metabolismo de esta región del cerebro. La serotonina parece ser el neurotransmisor involucrado en el trastorno obsesivo-compulsivo, y los fármacos que bloquean la recaptura de serotonina como la clomipramina han demostrado ser eficaces en este trastorno de ansiedad.

Los estudios de Schachter contribuyeron a esclarecer la distinción entre el aspecto cognitivo de una emoción y el despertamiento fisiológico. Este investigador inyectó dosis pequeñas de adrenalina a varios sujetos que ignoraban cuál era el efecto esperado. En tanto que unos experimentaron angustia, otros experimentaron euforia o cólera, de acuerdo con las señales que les dieron otros sujetos que simulaban experimentar tales estados. Los experimentos de Schachter sugieren que, cuando el despertamiento es intenso, el contenido de la emoción está dado por el factor discernido. A grandes rasgos puede decirse que la apreciación cognitiva de los estímulos ocurre en la corteza cerebral, en tanto que el despertamiento es función de la formación reticular.

La angustia patológica: formas clínicas

Ya hemos indicado que la angustia es patológica por su forma de presentación, su intensidad, su persistencia o su recurrencia inmotivadas. Aproximadamente de 2 a 5% de la población general presenta durante alguna época de su vida un trastorno caracterizado por angustia. Estos porcentajes han permanecido constantes, como se desprende de las revisiones de Marks y Lader¹ en 1973, de Marks² en 1986 y de Weissman³ en 1988. De 7 a 16% de todos los pacientes psiquiátricos ha tenido alguna forma de angustia patológica y 3% sufre fobias. Aproximadamente 10% de los pacientes que consultan a los cardiólogos sólo sufre angustia.

En la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud se describen los siguientes cuadros clínicos caracterizados por angustia patológica: las crisis de angustia o estados de pánico, los trastornos fóbicos, la angustia generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y las reacciones provocadas por situaciones estresantes.

Las crisis de angustia o “estados de pánico” son *episodios de angustia paroxística*, de aparición súbita en ausencia de motivos identificables. Generalmente ocurre que una persona hasta entonces más o menos estable presenta inesperadamente ese estado sobrecogedor durante el cual teme morir, enloquecer o perder la conciencia. Este estado se acompaña de una variedad de síntomas somáticos, particularmente cardiovasculares y respiratorios. Se calcula que de 0.4 a 1% de la población presenta este trastorno.

Una *fobia* es angustia localizada que se suscita en presencia de un objeto, actividad o situación, que en sí mismo es inocuo, pero que para la persona simboliza algo realmente temible. El sujeto reconoce que su temor no es ni proporcionado ni razonable, pero ignora su causa y no puede evitarlo. Las fobias son síntomas frecuentes en la persona que ha sufrido ataques de pánico. En ocasiones fobias y obsesiones se presentan juntas. Por ejemplo, en la neurosis obsesiva, uno de los síntomas más comunes es el miedo irracional a lo sucio y a la contaminación.

La más común de las fobias es la *agorafobia*; la frecuencia con que se presenta es de aproximadamente 2.7 a 5.8 por ciento. Generalmente comienza en la segunda o tercera década de la vida y casi siempre es precedida por ataques de pánico. Lo que aterra al enfermo es la posibilidad de encontrarse en una situación en la que necesite ayuda y no la pueda obtener. El trastorno puede ser episódico o persistir aun por años.

Otra fobia común es la *fobia social*. El enfermo que la sufre experimenta angustia cuando se encuentra en situaciones sociales específicas que teme no poder manejar. Por ello trata de evitarlas. Teme hablar en público, comer en público, escribir en presencia de otros, usar lavatorios públicos, sonrojarse, etc. Su aprehensión es que otros descubran su incapacidad y sufrir por ello humillación y vergüenza.

Otro grupo de fobias, específicas y aisladas, se manifiesta por ansiedad y evitación de objetos o situaciones, como animales, insectos, lugares altos, lugares pequeños y cerrados, la vista de sangre, inyecciones, dentistas, hospitales, etcétera.

La *ansiedad generalizada* se caracteriza por la persistencia del ánimo ansioso y porque éste no se restringe a objetos o circunstancias ambientales particulares. En

algunas formas de alcoholismo la angustia subyacente es el punto de partida del problema. Entre las personas que abusan del alcohol es conveniente distinguir a un grupo de personas cuyo consumo de bebidas embriagantes tiene una relación directa con su necesidad de atenuar estados de angustia o depresión, ya sean persistentes o episódicos, de otros cuya reacción al alcohol los inclina a ingerirlo en forma compulsiva.

En el trastorno obsesivo-compulsivo la angustia se manifiesta por medio de pensamientos (obsesiones) o conductas (compulsiones) que son repetitivas, molestas y que el sujeto reconoce como ilógicas y sin sentido, pero no puede resistirse a ellas. Este trastorno se presenta con una frecuencia de 1 a 2% de la población. Los síntomas pueden interferir en el funcionamiento social y ocupacional. En casi la tercera parte de estos pacientes el trastorno se inició antes de los 15 años y hay casos de inicio tan temprano como los tres años de edad.

Clínicamente, el trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia se parece al del adulto y en ambos casos es probable que la enfermedad tenga un curso crónico. Los síntomas consisten principalmente en rituales de comprobación o de limpieza y pensamientos obsesivos. Los individuos con rituales de limpieza evitan tener contacto con los objetos que creen contaminantes. Los rituales de comprobación se concentran en sentimientos de haber hecho algo malo o equivocado. Es usual que pregunten a otros y demanden que se les reasegure. Si alguien comparte la responsabilidad actúan asegurándose que llevan a cabo una acción correctamente, que no han dañado a nadie en el proceso o no han hecho algo que dañará en el futuro. Virtualmente todos los individuos con rituales de limpieza y de comprobación tienen pensamientos obsesivos. Sin embargo, hay algunos que solamente tienen obsesiones.

En una persona la angustia excesiva puede no ser muy evidente porque la ocultan las defensas que ha erigido para contender con ella. Su presencia puede ser inferida porque la persona sufre inhibiciones, no se siente libre y elude situaciones que teme puedan suscitarle angustia. El precio que paga por evitar la angustia es elevado en términos del sacrificio de su espontaneidad y autonomía.

La forma de angustia más frecuentemente observada en la práctica médica ocurre como *un componente del cuadro sintomático de las depresiones endógenas*. Algunos autores se inclinan a atenuar la distinción entre la depresión y la angustia, que ciertamente es necesaria en la clínica, aun cuando los fármacos inhibidores de la monoaminooxidasa y los tricíclicos son eficaces tanto en el tratamiento de la depresión como en el tratamiento de los ataques de pánico y de otros estados de angustia. Las enfermedades depresivas generalmente pueden ser diferenciadas clínicamente de los estados de angustia. El concepto dicotómico de los desórdenes afectivos se ajusta más a las observaciones que el concepto antiguo de la continuidad. En efecto, con base en consideraciones de orden genético, epidemiológico y clínico, es necesario distinguir entre depresión, que, como hemos mencionado, con frecuencia se acompaña de angustia, y otras formas de angustia patológica: ataques de pánico o crisis de angustia, estados fóbicos, angustia generalizada, etcétera.

Causas de la angustia patológica

Las causas de la angustia patológica son en parte desconocidas. Es un error común, aun entre profesionales de la salud mental, pensar que trastornos de expresión predominantemente psicológica como la angustia o la depresión deben tener necesariamente causas psicológicas y que éstas son conflictos cuyos orígenes se remontan a la infancia. Ciertamente los conflictos psicológicos actuales que una persona sufre le generan angustia y las experiencias infantiles dejan huella, pero muchos estados de angustia y de pánico se presentan sin que pueda relacionárseles con un conflicto psicológico ya sea actual o pasado. Por otra parte, la angustia es una experiencia tan irracional que es natural que quien la sufre intente darle una explicación razonable y también esté dispuesto a aceptar las explicaciones que el médico le ofrece, sean psicológicas o fisiológicas.

Se asume, sin que esté satisfactoriamente probado, que la activación de conflictos latentes, generados en eventos desafortunados de la infancia por circunstancias generales o específicas, desempeña un papel importante en la angustia de enfermos neuróticos. Del mismo modo, es necesario señalar que, si bien un eslabón en la cadena de eventos que conduce a la angustia puede ser una situación actual o imaginada de amenaza grave, la angustia patológica puede originarse en causas que no son psicológicas, aun cuando sus contenidos puedan ser comprensibles simbólicamente. Los mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos que son el sustrato de la angustia pueden ser activados en condiciones patológicas como el hipertiroidismo, la epilepsia, los estados postraumáticos, las intoxicaciones con sustancias estimulantes y alucinantes, etc. Recientemente se han identificado diferencias funcionales entre ambas regiones temporales en enfermos que sufren crisis de pánico.

Hemos dicho que la angustia patológica es un componente en los estados depresivos endógenos, y debemos agregar que también está presente en forma abierta o encubierta en otros desórdenes psiquiátricos, además del trastorno obsesivo-compulsivo: la hipocondriasis, la histeria, los estados paranoides, el alcoholismo y la adicción a drogas. Es claro que el término “neurosis de angustia” y su explicación psicogenética han perdido el lugar que tuvieron en el pasado.

Papel de la herencia

En tres estudios de familias de pacientes “neuróticos” se encontró que alrededor de 15% de los padres y hermanos de personas con trastornos de angustia estaba afectado en forma semejante. Los estudios clínicos de gemelos apoyan estas observaciones. En el estudio de Slater y Shields⁴ se encontró que 50% de los gemelos monocigotos con diagnóstico de neurosis de angustia tenía el mismo diagnóstico, y cerca de 65% mostró “rasgos” de angustia. En los gemelos dicigotos la concordancia para la neurosis de angustia fue solamente de 4 por ciento. Una historia familiar positiva fue menos notable

en los pares discordantes que en los concordantes. Los estudios de mellizos coinciden en que los pares monocigotos muestran grandes semejanzas en cuanto a angustia fóbica u obsesiva. Los datos obtenidos a partir de gemelos criados aparte apuntan también en la dirección de un componente genético importante, pero hay bases para atribuir un papel al medio ambiente y a la experiencia.

La angustia en la infancia

Las experiencias que pueden considerarse antecedentes de la angustia de los adultos pueden remontarse a la relación del niño con su madre. Por un tiempo insólitamente prolongado el niño permanece dependiente de su madre, quien lo ampara y le da seguridad o bien le trasmite su propia angustia y lo desampara. En este caso el niño sufre angustia.

En los niños pequeños la angustia se expresa como un desorden fisiológico global, aunque una función, por ejemplo, la digestiva, puede estar más alterada que otras. La angustia que puede experimentar un niño al encontrarse solo o con un extraño alcanza su máxima intensidad a los ocho meses de edad. La angustia de separación alcanza su máxima intensidad a los 16 meses.

La angustia del niño, o el síntoma a través del cual se expresa, y la de la madre forman un sistema circular. La angustia impide a una madre percibir objetivamente las necesidades del niño y responder a ellas en forma apropiada. La frustración de las necesidades del niño lo hace más vulnerable a las amenazas externas e internas.

El temperamento y la personalidad influyen en la intensidad de la angustia que una persona experimenta en respuesta a la tensión psicosocial y en el grado y formas en las cuales es expresada. Algunos rasgos de la personalidad, como la tendencia a las preocupaciones excesivas, la rigidez, el perfeccionismo, la hipersensibilidad y el sentimiento exagerado de responsabilidad, predisponen a la angustia.

Los estudios en sobrevivientes de campos de concentración han mostrado que aproximadamente dos terceras partes de ellos sufren angustia crónica sin relación con su vida actual. Aparentemente la frustración y la angustia sostenidas durante mucho tiempo dejaron en ellos huellas persistentes.

Manejo terapéutico

El manejo terapéutico del enfermo que sufre angustia patológica tiene dos aspectos: psicoterapia y fármacos. Ante una persona que sufre angustia se deben precisar su forma clínica, sus contenidos, los posibles eventos desencadenantes y las circunstancias en que se desenvuelve su vida familiar, laboral y social. El manejo eficaz de las crisis de angustia y de los estados de angustia generalizada requiere, como primer paso, atenuar la incertidumbre del enfermo, ofreciéndole una explicación comprensible de su sufrimiento, persuadiéndolo de que sus anticipaciones catastróficas son infundadas y que se cuenta

con recursos para controlar el trastorno. Apoyo y esclarecimiento son los ingredientes psicológicos esenciales en la intervención del médico. Los medicamentos tranquilizantes están indicados porque, cuando la angustia es severa, constituye una experiencia que si se prolonga puede resultar intolerable. El examen médico cuidadoso, incluyendo los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para descartar o confirmar trastornos como el hipertiroidismo, no debe posponerse, pero una vez que se ha completado el examen no debe repetirse solamente porque el paciente así lo desee. Si la angustia es un componente de la depresión, ésta debe ser reconocida y tratada en su propio derecho mediante medicamentos antidepresivos, ya que los tranquilizantes no modifican el fondo de los estados depresivos. En el manejo de estados crónicos de angustia, la psicoterapia dinámica esclarecedora y el adiestramiento del enfermo en la relajación muscular pueden ser una ayuda eficaz.

Las formulaciones psicodinámicas son guías que ayudan a comprender la experiencia del paciente. Por ejemplo, una persona siente angustia y le tiemblan las manos cuando alguien la mira. Es claro que debe investigarse qué es lo que teme que los demás pueden ver en ella. En las fobias a las tormentas o a los temblores, también es necesario ayudar al paciente a desentrañar el sentido simbólico de sus síntomas. Comprender no es sinónimo de dejar de tener, pero es un paso en la dirección correcta. Eventualmente, el paciente fóbico debe enfrentar las situaciones u objetos temidos por él, ya sea directamente en la vida real o previa desensibilización en la fantasía, y adquirir una imagen coherente de sus conflictos centrales y sus implicaciones. El énfasis que se ponga en el pasado varía de un caso a otro de acuerdo con las circunstancias.

En las fobias monosintomáticas, relativamente infrecuentes, el tratamiento de elección puede ser la desensibilización sistemática, la cual consiste en ayudar al paciente a experimentar los estímulos fóbicos imaginados en un estado de relajación muscular inducido. Wolpe parte del hecho de que la angustia es una respuesta etiológicamente relacionada con niveles elevados de despertamiento y de tensión muscular. Postula que la relajación y la desensibilización conducen a la disminución de la angustia por un proceso de inhibición recíproca.

Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) han sido empleados en el tratamiento de lo que se describe como estados depresivos atípicos que se acompañan de fobias y sentimientos de irrealidad y en pacientes que sufren síntomas severos de angustia y fobias. Los medicamentos mencionados y los tricíclicos, como la imipramina y sus derivados, actúan eficazmente en los estados de pánico y también en otras formas clínicas de la angustia patológica. Hoy en día, es un hecho reconocido por los psiquiatras clínicos que una proporción importante de estados de angustia, de ataques de pánico y de estados fóbicos puede ser manejada con éxito mediante una psicoterapia de apoyo y esclarecimiento con objetivos y tiempo limitados y la ayuda de fármacos. El uso de los inhibidores de la MAO requiere conocer a fondo su farmacología, especialmente sus sinergias y sus incompatibilidades con algunos alimentos, como los que contienen tiramina, y con otros fármacos que contienen epinefrina o sus análogos y derivados. Los nuevos IMAO sin efecto tiramínico están en estudio. El uso de los tricíclicos combinados

con tranquilizantes del tipo de las benzodiazepinas es un tratamiento farmacológico al alcance del médico general. El éxito del tratamiento está influido poderosamente por la calidad del manejo psicoterapéutico.

Un avance importante en el tratamiento de los ataques de pánico ha sido el uso de drogas antidepresivas, ya sea que tales ataques ocurran o no sobre el trasfondo de una enfermedad depresiva. Los “estados de pánico” que tienden a verse como una entidad definida son muy resistentes a la intervención psicoterapéutica que no se acompaña de los fármacos apropiados. En ocasiones un trastorno fóbico secundario persiste después de que las crisis de pánico han cesado.

Los fármacos indicados para el tratamiento inicial de la ansiedad generalizada son las benzodiazepinas. Estas sustancias actúan sobre el cerebro aumentando las propiedades inhibitorias del ácido gama-aminobutírico al unirse a receptores específicos en áreas corticales y límbicas. Cuando la benzodiazepina se une a su receptor, se facilita la transmisión gabaérgica y aumenta el transporte de ion cloro por medio de la membrana neuronal, con la consecuencia de una disminución en la excitabilidad de la neurona por hiperpolarización de su membrana. Esta acción se ejerce en las regiones del cerebro implicadas en la expresión emocional como el hipocampo y la amígdala. Otras sustancias con propiedades sedantes e hipnóticas, como los barbitúricos y el alcohol, tienen una acción similar.

El tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es difícil cuando no es acompañante de la depresión. Un desarrollo reciente más promisorio es el uso de clorimipramina, un antidepresivo tricíclico usado ya por más de 15 años en Europa, Canadá y algunos países de Latinoamérica, y recientemente aceptado en los Estados Unidos. La clorimipramina es también eficaz en el tratamiento de la depresión. Su acción se atribuye al bloqueo de la recaptación del neurotransmisor serotonina en el cerebro. Otros antidepresivos nuevos como la fluoxetina, que tienen también la propiedad de incrementar los efectos de la serotonina en el cerebro, son también útiles en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

Terminaré recordando que en la prehistoria el médico emerge como aquel que responde a tres necesidades humanas básicas: mitigar el dolor, prolongar la vida y calmar la angustia. Esta última sigue siendo una de las funciones primordiales del médico.

LA DEPRESIÓN

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aún suficientemente reconocida, no obstante que es una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en la clínica y posiblemente la fuente más importante de sufrimiento humano.⁵

¿Qué es la depresión? El término genérico *depresión* se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos.⁶ Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.

Como una aproximación práctica y descriptiva al tema, y antes de abordar el estudio

de las diversas formas clínicas y entidades nosológicas, como la enfermedad maniaco-depresiva, la melancolía involutiva, la depresión endógena, la depresión reactiva y la disritmia, podemos hablar de “un síndrome general de depresión”.

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la *esfera afectiva*, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la *esfera cognitiva* están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche. En la *esfera somática* son muy frecuentes la pérdida del apetito, la baja de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño, que característicamente consiste en su interrupción prematura. El enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en la esfera somática. La presencia de síntomas de la constelación neurótica, como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como las psicosis depresivas, hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismas y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a los que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.

Hemos dicho que el núcleo de la depresión es el *abatimiento del humor*. Conviene aclarar que el término “humor” es muy antiguo; se remonta a la teoría galénica de los temperamentos en la que la melancolía se atribuía a la “bilis negra”. El humor es una disposición del ánimo difusa que tiende a prevalecer; contrasta con las emociones porque éstas son afectos transitorios suscitados por eventos específicos, que tienden a limitarse. Por otra parte, la depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo del carácter. La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir, independiente de eventos externos.

Incidencia y prevalencia

La depresión es el más común de los trastornos psicopatológicos que el médico ve en la consulta y en las salas de los hospitales. El 48% de 1 000 estudiantes que consultaron en el servicio de salud mental de nuestra Facultad de Medicina sufría depresión en grados diversos. En 1971, Lehman,⁷ revisando un material epidemiológico abundante, llegó a las

siguientes cifras: 3 a 4% de la población mundial, es decir, una de cada 25 personas, padece depresión; solamente una de cinco recibe tratamiento médico, y una de cada 50 es hospitalizada. Según este autor uno de cada 200 enfermos deprimidos se suicida y 50% de todos los suicidas sufre depresión. Para la OMS hay en el mundo 100 millones de personas deprimidas. Dada su prevalencia podemos decir que *el reconocimiento de este estado por el médico influye en la clase de medicina que practica.*

¿Ha aumentado la depresión? Los datos epidemiológicos indican que no han aumentado las formas endógenas recurrentes ni las que son una fase de la enfermedad maniaco-depresiva, pero aparentemente las formas “reactivas” sí se registran actualmente con mayor frecuencia, particularmente en las áreas urbanas. Sin embargo, la depresión en sus distintas formas ocurre en ambos sexos, en todas las edades, en todas las sociedades y en todas las culturas, aunque en proporciones variables.

Es interesante observar que bajo influencias sociales y culturales ciertas enfermedades, como la histeria, tienden a desaparecer, en tanto que otras, tal sería el caso de la depresión y algunos desórdenes psicofisiológicos, tienden a aumentar. Decir que la depresión ha aumentado no está justificado, ya que es difícil eliminar factores de error como los cambios en los criterios del diagnóstico debidos a un mejor conocimiento del problema y a la mejoría de la asistencia médica de la población.

La influencia de la cultura en la depresión se expresa en el hecho de que personas de pensamiento simplista al sufrir depresión expresan su sufrimiento en términos de síntomas físicos, porque tienen dificultad para describir sus estados subjetivos. Asimismo, ocurre que algunas personas sofisticadas formulan su depresión en términos de “enfermedad física”, ya que esta última tiene mayor aceptación social.

Aspectos biológicos

En los últimos 20 años ha habido un notorio avance en el conocimiento de la depresión. Dicho avance ha ocurrido en todas las áreas: la bioquímica, la fisiología, la genética y la epidemiología.

En el área de la bioquímica el avance más importante es el conocimiento de que la perturbación del humor está relacionada con la producción y utilización de las aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central: catecolaminas (norepinefrina y dopamina) e indolaminas (serotonina). Aún se discute acerca del papel relativo de unas y de otras. Los datos experimentales que apuntan en la dirección señalada se ven reforzados por la acción terapéutica de los compuestos tricíclicos y de los inhibidores de la MAO. Puede decirse que el papel de los neurohumores en los trastornos de la afectividad está establecido y tiene consecuencias terapéuticas importantes.⁸

El desarrollo de la psicofarmacología, uno de cuyos capítulos principales es el tratamiento de los trastornos del humor, ha sido el principal estímulo para el refinamiento en los métodos para cuantificar y objetivar aspectos subjetivos de la depresión, mediante

escalas, haciendo estos datos científicamente más manejables. Registrar con mayor objetividad los estados depresivos ha permitido mejorar notablemente los estudios clínicos y epidemiológicos. Por otra parte, la inducción de “depresión” en animales, particularmente perros y monos, tanto por medios químicos como por técnicas conductuales, es un avance en el campo de la psicología experimental.

Un hecho neurofisiológico significativo relacionado con el tema es la identificación en el cerebro de “centros de recompensa” y “centros de castigo” relacionados con estados de placer y sufrimiento. Los componentes viscerales y el estado de “alertamiento cerebral”, que es parte de la depresión, apuntan a la participación en ella del complejo hipotalámico. Esta participación se ha visto apoyada por los resultados de los estudios que asocian el estado de depresión y las “hormonas del estrés”. Una hormona hipotalámica libera corticotropina, que actúa sobre la corteza de las glándulas suprarrenales y estimula la liberación de cortisol en los humanos y corticosterona en la rata. Se sabe de tiempo atrás que este sistema hipotálamo-pituitario-adrenal es activado por el estrés.

El estudio de la liberación de corticotropina tiene particular interés en la depresión, porque el estrés es un factor precipitante de depresión en individuos vulnerables y porque aproximadamente 50% de los pacientes deprimidos tiene hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal.

Los “modelos animales” de trastornos humanos son muy útiles para el estudio de los procesos fisiológicos implicados. Algunos de estos modelos se han usado en el desarrollo de nuevos fármacos.

Los modelos animales de depresión sólo son aproximaciones que llenan algunos de los criterios para el diagnóstico de depresión humana. Uno de estos modelos es el inducido por estrés. El animal bajo estrés y en condiciones de no poder controlar la situación disminuye el consumo de agua y de alimentos, pierde peso corporal, disminuye su agresividad y su conducta sexual, pierde sueño o, más específicamente, despierta muy temprano en la mañana. Es un hecho establecido que síntomas similares se encuentran en personas que sufren depresiones mantenidas en condiciones estresantes de las que no pueden escapar.

Se ha tratado de construir en modelos animales la privación maternal temprana, como un homólogo de los efectos fisiológicos de la privación maternal en los humanos. Se ha observado que como consecuencia de separar a las ratitas de sus madres ocurren cambios metabólicos aun cuando se les nutre adecuadamente. El factor crítico fue la pérdida de la interacción con la madre. En estos casos los procesos de crecimiento se detienen. Por otra parte, también se ha encontrado que acariciar a las ratas es importante para mantener activas sus respuestas bioquímicas, que están significativamente implicadas en el proceso de crecimiento.

Causas

El principal avance en la *genética* de la depresión es el deslinde, con base en su forma de transmisión, de dos formas de depresión genéticamente diferentes: la depresión bipolar y la depresión monopolar. Las depresiones monopolares se expresan en formas más variables y con frecuencia son más leves o suelen estar “enmascaradas”. En tanto que las

formas monopolares se transmiten por un mecanismo multigénico, algunas bipolares se transmiten por un gen autosómico ligado al cromosoma X.

Una causa predisponente de depresión es genética. Se considera que la herencia desempeña un papel más decisivo en las formas bipolares que en las monopolares. Por otra parte, se postulan causas predisponentes que operan en la infancia. Estas influencias se apoyan principalmente en las observaciones directas de Spitz⁹ y Bowlby¹⁰ en niños. El primero describió una “depresión anaclítica” en niños severamente privados de contacto maternal durante los primeros meses de su vida; un estado de indiferencia y marasmo que puede conducir a la muerte.

En los humanos dos tipos de rasgos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas, y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás.

La “pérdida de un objeto de amor”, o dicho en otra forma, la ruptura de “ligas de apego”, precede a la iniciación de estados depresivos, particularmente de la forma monopolar. Ambos conceptos, el de la pérdida de un objeto psicológicamente importante y la interrupción de una liga importante, son equivalentes. Los “objetos” son personas, posesiones, posiciones, adhesiones, expectativas, etc. La relación entre situaciones adversas de la vida y la iniciación de procesos morbosos es un hecho del mayor interés, no sólo en lo que se refiere a la depresión.

La pérdida de un ser querido, del poder, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo hace a algunos perder su sentido de la vida y en personas predispuestas se desencadena la depresión. Sin embargo, muchas depresiones están en realidad objetivamente inmotivadas y su atribución a causas triviales no es sino un intento de encontrarles una explicación psicológica plausible. En ocasiones es sumamente difícil, sin tomar en cuenta la biografía y los antecedentes personales y familiares, distinguir entre una depresión endógena, es decir, que se genera en la interioridad del organismo, y una depresión reactiva, es decir, que aparece en relación con situaciones adversas de la vida. Dado que el sustrato bioquímico de las depresiones, ya sean endógenas o reactivas, parece ser el mismo, y que ambas responden satisfactoriamente a los mismos tratamientos, cualquiera que sea su causa, en cierto grado la distinción pierde importancia. Más significativa es la distinción que se hace en términos de la severidad del cuadro: depresión mayor o menor.

Formas clínicas

La Organización Mundial de la Salud distingue entre los siguientes trastornos del estado de ánimo: episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, depresión recurrente y trastorno persistente del estado de ánimo. El término depresión sólo se emplea para referirse a un padecimiento que ameritará tratamiento. Es necesario distinguir entre un *episodio depresivo* aislado y un *trastorno depresivo recurrente*, o *depresión unipolar*. Se considera que de 15 a 30% de la población general del mundo habrá de experimentar

algún episodio depresivo en el curso de su vida. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) de la OMS se diferencia la depresión, de acuerdo con la severidad de los síntomas, en leve, moderada o severa; se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañen. La prevalencia de depresión unipolar se ha estimado en alrededor de 15 por ciento.

La *forma bipolar* de trastorno afectivo incluye, además de episodios depresivos, episodios de elación, euforia e incluso manía. Este trastorno ha sido extensamente estudiado desde el punto de vista bioquímico, genético, etc. Su prevalencia oscila entre 0.3 y 1.2% de la población general.

Se distinguen otros trastornos del humor que son estados más persistentes. El término *ciclotimia* se refiere a una inestabilidad del afecto que incluye numerosos periodos de depresión y elación, leves y de corta duración cada uno de ellos.

En la *distimia*, que algunos autores identifican como “depresión neurótica”, el afecto está abatido, pero no en forma suficientemente severa para considerarlo un trastorno depresivo. Durante días o semanas los pacientes se sienten bien; sin embargo, la mayor parte del tiempo están cansados, abatidos y no disfrutan; se quejan, duermen mal y se sienten inadecuados, pero son capaces de responder a las demandas de su vida diaria.

Depresión enmascarada y equivalentes depresivos

Una observación clínica reiterada es la relación entre desórdenes recurrentes del afecto y síntomas corporales aislados. El término *equivalentes depresivos* se deriva de la observación clínica de que en ocasiones algunos síntomas somáticos se presentan “en sustitución” de un episodio depresivo en forma cíclica y recurrente.¹¹ Otro término relacionado con el anterior, pero no idéntico, es el de *depresión enmascarada*, que expresa la observación de que síntomas, tanto somáticos como mentales, y algunos desórdenes de la personalidad y de la conducta hacen relieve, de modo que el fondo depresivo del trastorno queda oculto y no es reconocido por el médico, el enfermo o por ambos.

Con frecuencia, el hecho relevante es el no reconocimiento de un cuadro depresivo que en realidad es el trastorno principal, porque un síntoma o un hallazgo clínico desvía la atención en una dirección equivocada. El término “equivalentes depresivos” recuerda al de “equivalentes epilépticos” que los clínicos franceses introdujeron a finales del siglo pasado.

En el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, Da Fonseca¹² estudió a los cogemelos y familiares de enfermos deprimidos y encontró que con insospechada frecuencia sufren síntomas somáticos diversos de ocurrencia cíclica. La hipótesis es que la misma predisposición genética a la depresión puede expresarse en otras formas a nivel psicológico, orgánico o social.

En la esfera somática, los síntomas más comúnmente descritos son: cefaleas, neuralgias faciales, dolores vertebrales regionales, desórdenes subjetivos del equilibrio y

otros trastornos psicofisiológicos en otros aparatos y sistemas.

Entre los síntomas que pueden *enmascarar* la depresión son prominentes los trastornos del sueño y del apetito a que hemos hecho referencia. En los niños la depresión se enmascara con fobias escolares y desórdenes digestivos. En los viejos se presentan cuadros de “seudodemencia” que son reversibles, tienen un fondo esencialmente depresivo y ceden con el tratamiento antidepressivo. La depresión también suele enmascararse con cambios conductuales que dan origen a problemas conyugales, laborales, alcoholismo, drogadicción y propensión a sufrir accidentes. La conducta desordenada en adolescentes y jóvenes puede también encubrir depresión.

Las más de las veces, la depresión enmascarada es solamente depresión no identificada. El examen cuidadoso del estado afectivo permite descubrir síntomas depresivos mitigados, como desinterés por ver a la gente, fatigabilidad, pesimismo, sentimientos de futilidad, tendencia a agigantar problemas pequeños, interrupción prematura del sueño, cambios circadianos en el humor, pérdida de peso, etc., que responden satisfactoriamente al tratamiento antidepressivo. También ocurre con alguna frecuencia que el médico tienda a desviar la atención del enfermo hacia síntomas somáticos que son irrelevantes. El diagnóstico se refuerza por el resultado del tratamiento farmacológico y lo confirma la recurrencia de los síntomas después de su interrupción prematura.

El diagnóstico

¿Cómo se hace el diagnóstico de la depresión? El diagnóstico descansa esencialmente en la comunicación por el enfermo de su experiencia subjetiva y en la observación de su conducta explícita. Los datos biográficos personales y familiares que se recogen complementan esta información. Aún no se cuenta con datos de laboratorio o gabinete suficientemente sensibles que permitan hacer el diagnóstico, pero la disforia inmotivada o desproporcionada que persiste y representa un cambio negativo en relación con el humor habitual que una persona reconoce como propio, las alteraciones del sueño, la pérdida de peso, las fluctuaciones diurnas y la tendencia a la recurrencia son suficientes para establecer el diagnóstico de depresión mayor, que un tratamiento acertado confirma las más de las veces.

La distinción entre los diferentes tipos de trastornos depresivos que ya se han mencionado se basa en las características del cuadro y en la historia personal y familiar, y generalmente no ofrece dificultades.

Pensamos que el médico no especialista puede hacer el diagnóstico de síndrome de depresión siempre y cuando lo tenga presente y explore sistemáticamente el estado afectivo de sus enfermos. Sin pretender simplificar demasiado el problema, se puede decir que la identificación de la depresión permite al médico hacer un manejo exitoso del episodio actual en una proporción elevada de casos. Una gran cantidad de casos, tal vez 30%, es refractaria al tratamiento y ponen a prueba la experiencia del clínico.

El manejo del enfermo deprimido

Es común que la persona que sufre depresión acuda primero a la consulta del médico general. Si el médico no omite la exploración sistemática del humor y es capaz de reconocer las características del cuadro puede plantearse la siguiente pregunta: ¿Debe tratar él mismo al enfermo o debe referirlo a un especialista? El enfermo debe ser puesto en manos de un especialista siempre que hay *riesgo de suicidio*, cuando el enfermo presenta síntomas o conducta psicóticos, como las ideas delirantes, y cuando no se tenga una respuesta satisfactoria al tratamiento. A nuestro juicio, aproximadamente 60% de todos los casos puede ser tratado por un médico general razonablemente capacitado.

En la depresión la alteración afectiva que constituye el desorden primario y la alteración cognitiva que lo acompaña están en relación recíproca. El marco cognitivo del enfermo, basado en su propia devaluación y la devaluación del mundo, y su talante ansioso y desesperanzado se nutren el uno al otro.

Freud comparó la melancolía con el duelo que sigue a la pérdida de un ser querido. Indudablemente existen relaciones y semejanzas entre el duelo patológico y la depresión, particularmente las formas melancólicas que concentraron el interés de Freud. En último término la pérdida de un objeto querido nos empobrece y reduce nuestro sentimiento de autoestima. Los intentos de defensa y reparación tienden a la recuperación del equilibrio: las autoacusaciones, la devaluación personal, las actitudes hipocondriacas y las actitudes paranoides dan sentido a lo que racionalmente no lo tiene, culpándose a uno mismo, al propio cuerpo o a los demás. El sufrimiento es tan *inmenso* que el enfermo está impotente ante él, y *necesita ayuda*.

El manejo correcto del enfermo se basa en la comprensión de la naturaleza del trastorno, el manejo efectivo de la relación con el paciente y el uso adecuado de los medicamentos específicos.

Ciertas medidas generales son importantes: *a)* evitar exámenes y consultas innecesarias, *b)* ayudar al enfermo a aceptar su impotencia y pérdida de libertad como algo reversible y a mantener viva su esperanza, *c)* explicarle la naturaleza del problema poniendo el acento en su carácter transitorio y en la eficacia de los recursos terapéuticos, *d)* inquirir en cada entrevista acerca de los matices de su experiencia como algo individualizado, *e)* lograr la cooperación de los familiares y hacer que asuman su responsabilidad en caso de que haya riesgo de suicidio, *f)* eliminar en lo posible las cargas y tensiones innecesarias, *g)* evitar que el enfermo, en tanto que esté deprimido, haga cambios radicales en su vida, *h)* verlo periódicamente hasta su total recuperación, y estar accesible para que pueda consultar sus dudas e indecisiones, mostrarle que no importa cuán sombrío vea su futuro, hay una luz al final del túnel. Muchos fracasos en el tratamiento de enfermos depresivos correctamente identificados se explican por errores en las dosis de los medicamentos, generalmente usados en forma insuficiente, por la interrupción prematura del tratamiento, que en general debe prolongarse por seis u ocho meses y en algunos casos por varios años, y por el descuido o el manejo impropio de la psicoterapia que, como hemos dicho, es esencial.

Manejo farmacológico

Como ya se ha mencionado, uno de los avances fundamentales, tanto en el conocimiento de las bases biológicas de los procesos mentales como en el tratamiento de sus alteraciones, ha sido el desarrollo de los medicamentos antidepresivos.¹³ Éstos modifican la actividad de las neuronas que emplean como neurotransmisores a las monoaminas, norepinefrina y serotonina.

La mayoría de los antidepresivos pertenece a dos grandes familias: la de los inhibidores de la monoaminoxidasa y la de los tricíclicos. Los inhibidores de la MAO aumentan la cantidad de monoaminas al bloquear la acción de la MAO, enzima que las desintegra. Los antidepresivos tricíclicos parecen actuar aumentando la disponibilidad de monoaminas en la sinapsis; también se ha sugerido que estos medicamentos aumentan la sensibilidad de las células que usan monoaminas.

El litio es un agente terapéutico en la manía y en algunas formas de depresión, y tiene también acciones profilácticas. El estudio de los mecanismos de acción del litio se ha enfocado en el efecto sobre los neurotransmisores implicados en la acción de las drogas antidepresivas y que se estima que desempeñan un papel en la patofisiología del trastorno afectivo. La capacidad del litio para afectar los fosfoinosítoles del sistema estimulado por las aminas neurotransmisoras ha conducido a la hipótesis de que la acción del litio se relaciona con la interferencia en el ciclo del PI. El ciclo del PI es un sistema de segundo mensajero que es mediador en las acciones de numerosas hormonas y neurotransmisores.

Ciertas formas de depresión son favorablemente afectadas cuando los sujetos se exponen a la luz brillante.¹⁴ El estudio de la biología de la luz y de los ritmos circadianos ha probado ser una rica fuente de información.

En 1980 se reconoció un tipo de depresión estacional. Los enfermos comienzan a sufrir una baja en el humor en octubre o noviembre, cuando los días se hacen más cortos. Durante el invierno estas personas se sienten tristes, fatigadas, con baja energía. En algunos casos el cuadro es severo. Conforme los días se hacen más largos, en marzo y abril, estos enfermos recuperan energía y hasta se tornan alegres y entusiastas. Se ha tratado a estos pacientes extendiendo artificialmente la duración del día con una luz brillante, y algunos tienen en pocos días una mejoría notable, y en algunos casos una hora o dos de luz brillante al día son suficientes para eliminar los síntomas. En pocos años este tratamiento natural, que tiene aplicación en un número limitado de casos, ha sido visto con interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marks, I. M., y M. Lader, "Anxiety States (Anxiety Neurosis), a Review", *J. Nerv. Ment. Dis.*, núm. 156 (1973), pp. 3-18.
2. Marks, I. M., "Epidemiology of Anxiety", *Soc. Psychiatry*, núm. 21 (1986), pp. 167-171.

3. Weissman, M. M., "The Epidemiology of Panic Disorder and Agoraphobia", en A. J. Frances y R. E. Hales (eds.), *Review of Psychiatry*, vol. 7. American Psychiatric Press, Washington, 1988. Véase también M. M. Weissman, "The Epidemiology of Anxiety Disorders: Rates, Risks and Familiar Patterns", *J. Psychiat. Res.*, núm. 22 (1988), pp. 99-114.
4. Slater, E., y J. Shields, "Genetical Aspects of Anxiety", en M. H. Lader (ed.), *Studies of Anxiety*, Royal Medical Psychological Association, Londres, 1969.
5. —, "The Spectrum of Mood Disorders", *J. Clin. Psychiatry*, núm. 51 (supl.) (1990), pp. 62-64.
6. Farmer, A., y P. McGuffin, "The Classification of the Depressions. Contemporary Confusion Revisited", *Br. J. Psychiatry*, núm. 155 (1989), pp. 437-443.
7. Lehman, H. E., "Epidemiology of Depressive Disorders", en R. R. Fieve (ed.), *Depression in the 70*, Excerpta Médica, 1971.
8. Schatzberg, A. F., J. A. Samson, K. L. Bloomingdale, P. J. Orsulak, B. Gerson, P. P. Kizuka, J. O. Cole y J. J. Shilkraut, "Toward a Biochemical Classification of Depressive Disorders", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 46 (1989), pp. 260-268.
9. Spitz, R., *El primer año de vida del niño*, FCE, México, 1977.
10. Bowlby, J., *El vínculo afectivo*, Paidós, Buenos Aires, 1976.
11. López-Ibor, Jr., *Los equivalentes depresivos*, Paz Montalvo, Madrid, 1972.
12. Da Fonseca, A. F., "Affective Equivalents", *Br. J. Psychiatry*, 1963.
13. Young, R., "Pharmacological Treatment of Depression", *Psychiatr. Ann.*, núm. 20 (1990), pp. 102-107.
14. Sack, R. L., A. J. Lewy, D. M. White, C. M. Singer, M. J. Fireman y R. Vandiver, "Morning vs. Evening Light Treatment for Winter Depression", *Arch. Gen. Psychiatry*, núm. 47 (1990), pp. 343-351. Véase también F. Winton, T. Com, L. W. Huson, C. Framey, J. Arendt y S. A. Checkley, "Effects of Light Treatment upon Mood and Melatonin in Patients with Seasonal Affective Disorder", *Psychol. Med.*, núm. 19 (1989), pp. 585-590.

LECTURAS RECOMENDADAS

Baldessarini, R., *Biomedical Aspects of Depression*, American Psychiatric Press, Washington, 1983.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común. El riesgo de padecer este trastorno alguna vez en la vida es superior a uno en 10. La teoría y el tratamiento de la enfermedad depresiva y maniaca se han revolucionado desde el desarrollo de la psicofarmacología moderna en los años cincuenta. El autor hace una revisión de los avances en el diagnóstico clínico y descriptivo de los pacientes deprimidos. Esto ha promovido un tratamiento más racional y efectivo. La comprensión del mecanismo de acción de los antidepresivos, incluyendo aquellos considerados atípicos, abre nuevas perspectivas al desarrollo de medicamentos con menos efectos colaterales adversos.

Davis, J. M., y J. W. Maas, *The Affective Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, 1983.

Se presentan los desarrollos recientes en la patogénesis, bioquímica y tratamiento de los trastornos afectivos. En la primera parte se revisan la sintomatología, etiología y epidemiología de estos trastornos. En la segunda, el manejo clínico y psicofarmacológico de los pacientes deprimidos. Es un excelente compendio de trabajos realizados por expertos en el campo.

Den Boer, J. A., H. G. M. Westenberg y W. M. A. Verhoeven, "Biological Aspects of Panic Anxiety", *Psychiatr. Ann.*, núm. 20 (1990), pp. 494-502.

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de las crisis de angustia y su efecto en la recaptura de monoaminas (serotonina y noradrenalina) han dado lugar al surgimiento de las teorías de la patogénesis de este trastorno. De acuerdo con la primera, el *locus coeruleus*, el principal núcleo noradrenérgico del cerebro, estará involucrado en la angustia. De acuerdo con la segunda, la disfunción de los sistemas serotoninérgicos sería la responsable de este trastorno.

Klerman, G. L., "The Current Age of Youthful Melancholia. Evidence for Increase in Depression among Adolescents and Young Adults", *Br. J. Psychiatry*, núm. 152 (1988), pp. 4-14.

Desde la década de los setenta se ha observado un incremento en la prevalencia de depresión en adolescentes y adultos jóvenes. Con metodología estadística actual, el autor revisa estudios familiares y epidemiológicos. Es notorio que los nacidos después de la segunda Guerra Mundial presentan un aumento en las tasas de depresión y otras enfermedades relacionadas, incluyendo el abuso de fármacos y el alcoholismo. Se comentan las interacciones genes-ambiente.

López-Ibor Aliño, J. J., *Los equivalentes depresivos*, Paz Montalvo, España, 1992.

La investigación clínica, desde el punto de vista humano y médico, se ocupa del hombre enfermo, aclarando descriptiva y fenomenológicamente los cuadros cada vez mejor diferenciados nosológicamente. Basado en su experiencia clínica el autor aborda la relación entre la depresión y la patología psicósomática. De esta forma la psiquiatría actual puede ayudar en la investigación de diversas enfermedades somáticas.

Paykel, E. S., "Treatment of Depression. The Relevance of Research for Clinical Practice", *Br. J. Psychiatry*, núm. 155 (1989), pp. 754-763.

Uno de los puntos centrales de este trabajo es: dada la cantidad de tratamientos antidepresivos de que se dispone, ¿cuál debe seleccionarse para qué tipo de pacientes? A partir de este planteamiento, el autor revisa los diferentes tratamientos ilustrando cómo la investigación terapéutica ha influido en la práctica clínica.

Roth, M., R. Noyes y G. D. Burrows, *Handbook of Anxiety*, vol. 1, Elsevier Science Publishers, Ámsterdam, 1988.

Este primer volumen está dedicado a los aspectos biológicos, clínicos y culturales de la ansiedad. Los editores reúnen trabajos de los investigadores más destacados en el estudio de la ansiedad, se abordan las bases hereditarias, de desarrollo y psicodinámicas, la relación de la ansiedad en la niñez y la vida adulta y las bases neurobioquímicas. También se revisan los avances en cuanto a clasificación, diagnóstico y tratamiento de la ansiedad.

Stavrakaki, C., y B. Vargo, "The Relationship of Anxiety and Depression: A Review of the Literature", *Br. J. Psychiatry*, núm. 149 (1986), pp. 7-16.

La relación entre la ansiedad y la depresión ha sido muy controvertida. Las autoras revisan la investigación de los últimos 15 años desde tres modelos conceptuales: 1) la ansiedad y la depresión son diferentes cuantitativamente, 2) difieren cualitativamente y 3) la combinación de ambas difiere cuantitativa y cualitativamente de la ansiedad y depresión puras. Para esta clasificación se toman en cuenta los aspectos fenomenológicos y la evolución, pronóstico y respuesta al tratamiento.

XIII. ABUSO DE SUSTANCIAS Y ADICCIONES

Alcoholismo.—Farmacología.—Aspectos psicológicos.—Comorbilidad y psicopatología, complicaciones.—Problemas relacionados con el abuso del alcohol.—Abuso y dependencia de otras sustancias psicoactivas.—Opiáceos.—Cocaína.—Cannabis.—Depresores centrales.—Estimulantes.—Alucinógenos.—Nicotina.—Los jóvenes y las drogas.—Algunos aspectos del problema en México.

LOS PROBLEMAS relacionados con el abuso de sustancias que modifican la conciencia, el humor y la conducta tienen en los países tantos rostros como corresponde a la diversidad de sustancias y a la diversidad social, económica y cultural de las colectividades y grupos humanos que hacen uso de ellas. Algo que puede decirse es que, aun en los países que en materia de salud tienen otras prioridades, estos problemas constituyen un motivo de creciente preocupación pública debido a su alto costo social, a su imbricación con otros problemas médicos y a la impotencia relativa de los gobiernos y de las comunidades para contender exitosamente con ellos.

Hasta épocas recientes se habían separado en forma tajante los problemas relacionados con las drogas y los relacionados con el abuso del alcohol. Los conceptos de abuso y dependencia ofrecen la posibilidad de tratarlos conjuntamente y trasladar información útil de uno a otro campo. Se considera que existe abuso de una sustancia cuando, debido a la autoadministración de la misma, el sujeto tiene problemas serios y sufre daños e incapacidades. Inicialmente la distinción entre dos formas de dependencia: la psíquica y la física, fue bien aceptada y su uso se generalizó. Sin embargo, esta distinción dualista, que tiene algunas ventajas prácticas, no ha sido satisfactoria para muchos investigadores. Considerando los aspectos descriptivos del término, se han incluido en la dependencia tanto fenómenos que habían sido reconocidos como biológicos: la tolerancia y el síndrome de abstinencia, como fenómenos psicológicos: la falta de control en la ingesta de la sustancia, su búsqueda compulsiva y su uso continuado a pesar de los efectos adversos en la vida del sujeto.

Además, la inclusión del etil-alcohol en el grupo de sustancias que pueden causar dependencia ha favorecido el interés en el estudio de los daños que causa en la salud, el empleo y la familia, y en su papel en los accidentes, la violencia y los actos delictivos.

Ocurre que nuestros conocimientos acerca de la naturaleza íntima de los fenómenos que son cruciales en la toxicomanía y en el alcoholismo son aún insuficientes. Hay puntos de vista encontrados acerca del papel que desempeñan en los problemas la droga misma, la herencia y la personalidad de los usuarios, etc., y acerca del peso relativo de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Los problemas se complican por la relación entre el abuso de drogas, incluyendo el alcohol, y varias condiciones psicopatológicas con las que concurre en la clínica.

ALCOHOLISMO

Hasta épocas recientes el abuso del alcohol fue visto, aun por personas relativamente ilustradas, como una degeneración moral. En estas circunstancias, ver al alcoholismo como una enfermedad representó un avance porque favoreció el interés de los médicos en el examen objetivo de los problemas, contribuyó a abrir el tema a la investigación y en diversos países suscitó acciones asistenciales y medidas preventivas.

El alcoholismo es un padecimiento de curso crónico, sujeto a recaídas, de graves consecuencias personales, familiares y sociales. Muchas personas ingieren alcohol, algunas tienen problemas con él y relativamente pocas desarrollan dependencia. Estas últimas son alcohólicas.

Alcohólica es la persona que no tiene control sobre la ingestión de alcohol y no es capaz de abstenerse de beber o de detenerse cuando bebe, aun antes de estar intoxicada.

Causas

El alcohol tranquiliza, da placer, desinhibe y facilita la comunicación y la socialización. El alcohol es causa contingente del alcoholismo, ya que la preferencia por el alcohol como droga adictiva es asunto de disponibilidad y de aceptación social.

Es conveniente distinguir entre las causas de la ingestión excesiva de alcohol y las causas de la dependencia, que sólo algunos llegan a desarrollar. En efecto, hay personas que desde un principio son incapaces de manejar el alcohol, otras pierden el control al cabo del tiempo, más lentamente si beben vino que si ingieren bebidas destiladas. Una vez adquirida la dependencia del alcohol, tiende a persistir aun cuando se interrumpa su consumo por varios años.

En el abuso del alcohol y el alcoholismo hay factores sociales y culturales. Los grupos sociales varían en sus actitudes hacia el uso y el abuso del alcohol. De cualquier modo, los países gastan más en beber alcohol que en la educación y el cuidado de la salud.

Se atribuye a las experiencias infantiles un papel causal en el alcoholismo. Sin duda la infancia se perpetúa en la gente mediante sus rasgos de carácter, y ciertos rasgos de carácter favorecen el alcoholismo. Se dice que las madres de los alcohólicos son más frecuentemente madres sobreprotectoras, indulgentes o bien frías y rechazantes. Sin embargo, es difícil asegurar que las experiencias infantiles de los alcohólicos sean diferentes de las de quienes no lo son.

La herencia parece desempeñar un papel en la proclividad al alcoholismo; más de 50% de los padres de un alcohólico,¹ 30% de los hermanos, 6% de las madres y 3% de las hermanas son alcohólicos.

Farmacología

El alcohol etílico comparte algunas propiedades con la glucosa, un alimento energético productor de calorías, y el éter, un anestésico. En concentraciones compatibles con la

vida, los únicos tejidos afectados por el alcohol son el tejido nervioso y el hepático.

En la ingestión aguda la depresión de la formación reticular del tallo cerebral y el aumento de la excitación de la corteza cerebral explican los cambios en el estado mental que son característicos de la embriaguez. El efecto embriagante del alcohol depende de la velocidad de su ingestión y de su eliminación. El hígado solamente puede manejar una onza en una hora.

La acción del alcohol sobre el tejido nervioso es directa. Hay interferencia con la oxidación de la glucosa. La corteza del lóbulo frontal, de cuya función dependen la voluntad, el juicio y las inhibiciones, es la región cerebral más afectada.

Al cabo de años de uso reiterado, el alcohol produce alteraciones bioeléctricas corticales que inicialmente son reversibles, pero que después ya no lo son. El daño cerebral puede ocurrir en personas que beben socialmente pero lo hacen en forma excesiva. El daño en estos casos coincide con la pérdida del control sobre la ingestión.

En el alcoholismo hay cambios bioquímicos y neurofisiológicos que posiblemente son el sustrato de la dependencia física, a los cuales se suman causas sociales y psicopatológicas. El paso de la categoría de bebedor excesivo a enfermo alcohólico suele ser gradual.

Algunos alcohólicos crónicos unas horas después de la ingestión pueden presentar el síndrome de abstinencia: ansiedad, abatimiento del humor, sudoración profusa, temblor, etc. En general los síntomas severos de abstinencia indican un alcoholismo avanzado.

El cuadro puede acompañarse de alucinaciones y ocasionalmente de crisis convulsivas de gran mal, fiebre y anormalidades electrolíticas y síntomas de una enfermedad orgánica coexistente. En animales, se puede producir experimentalmente dependencia fisiológica.

Es necesario distinguir entre bebedor normal, bebedor problema y alcohólico. El bebedor problema ingiere alcohol en exceso y le causa problemas, pero puede abstenerse de hacerlo, puede detenerse cuando ha comenzado a beber y no sufre dependencia del alcohol. El alcohólico en cambio no puede evitar beber o no puede suspender la ingestión del alcohol una vez que la ha iniciado. Una vez establecido el patrón de la pérdida de control permanece por el resto de la vida, si bien es posible abstenerse de beber en forma radical y permanente.

Algunos alcohólicos presentan ciclos de ingestión precedidos por desazón íntima que les permite anticipar por horas o días el peligro de comenzar a beber compulsivamente. Estas *crisis dipsománicas* dependen de un mecanismo endógeno insuficientemente conocido que permanece latente y opera después de que se ha bebido en exceso por tiempo prolongado.

Algunos alcohólicos tienen desde un principio incapacidad para abstenerse. En otros la pérdida sólo ocurre después de una ingestión excesiva y sostenida por años.

El alcoholismo en su forma más común es un proceso evolutivo que se inicia con la ingestión moderada, continúa con la excesiva y se sigue de ahí a las formas patológicas. En otros casos las formas patológicas se anuncian desde el principio.

Consideraciones psicológicas

¿Es el alcoholismo un síntoma o una enfermedad? Un punto de vista es que el alcoholismo es un conjunto de síntomas cuyas raíces se encuentran en diversos trastornos de la personalidad subyacentes. Otro punto de vista es que el alcoholismo es una enfermedad con una matriz patológica, causas específicas y un curso evolutivo definido.

¿Predisponen ciertos tipos de personalidad al alcoholismo? Los alcohólicos son un grupo heterogéneo, que incluye tanto a personas relativamente razonables y estables que al paso de los años se vuelven alcohólicas como a personas inestables, inseguras e inmaduras.

Ciertamente, entre los alcohólicos hay una proporción elevada de personas que tienen problemas psicopatológicos: neuróticos, psicóticos limítrofes, deprimidos recurrentes o crónicos, personas tímidas, introvertidas, con problemas sexuales, o personas que sufren ansiedad y fobias, personalidades obsesivas, etc. Sin embargo, en ciertas personas la reacción patológica al alcohol es el fenómeno primario.

En algunas personas la ingestión de alcohol cumple una función reguladora del humor. En otras, la incapacidad para tolerar frustraciones parece ser un elemento central. En otros casos, una tendencia autopunitiva utiliza alcohol como instrumento para satisfacerla.

Como se ve, estas explicaciones no son específicas, sino más bien similares a las que se dan para explicar otros problemas mentales. En efecto, hay datos para pensar que el alcoholismo es un canal terminal común que sirve para drenar diversas tensiones que no tienen una etiología específica. Tampoco hay datos suficientes para pensar que hay un tipo especial de carácter que predispone al alcoholismo, si bien el carácter matiza siempre el problema individual.

Las tendencias depresivas son frecuentes en los alcohólicos y tienden en algunas personas a generar y a perpetuar el abuso. Muchos alcohólicos se estiman poco a sí mismos, son pasivos y exageradamente sensibles. También ocurre que muchos alcohólicos son rebeldes ante la autoridad, tienen problemas en la esfera sexual y son hostiles. Estos rasgos son a veces un resultado del alcoholismo. Con el tiempo, el alcoholismo nivela a quienes lo sufren. Los alcohólicos crónicos son más parecidos entre sí que quienes se inician en el consumo excesivo del alcohol.

La *negación*, la *racionalización* y la *proyección de la culpa en los demás* son defensas psicológicas comunes en los alcohólicos. El sujeto abandona sus responsabilidades y se conduce en forma cada vez más dependiente y regresiva. Se siente solo, culpable y atemorizado cuando está sobrio. En verdad necesita ayuda.

¿Por qué bebe el alcohólico? Es necesario distinguir entre las causas de la ingestión exagerada de alcohol, que son sociales y psicológicas, y las causas de la dependencia del alcohol, que son además fisiológicas y orgánicas.

En términos psicológicos podemos decir que hay dos grandes motivos para abusar del

alcohol: uno es poder expresar impulsos objetables, y el otro, dar la espalda a la realidad dolorosa.

Alcoholismo, comorbilidad y psicopatología

En un número importante de casos subyacentes al abuso del alcohol hay condiciones patológicas que son más visibles cuando la persona está sobria. Una de ellas es la depresión ya sea monopolar, bipolar o crónica. Es frecuente que la depresión sea “enmascarada” por el alcoholismo. Es interesante que la “cruda” de algunos alcohólicos tiene caracteres de una depresión aguda de corta duración. Ciertamente que no todos los alcohólicos son personas deprimidas, pero la asociación es suficientemente frecuente para que deba tenerse siempre presente en el diagnóstico y en el manejo terapéutico.

El alcoholismo y algunos rasgos de la esquizofrenia tienden a asociarse. Algunos alcohólicos son personas esquizoides a quienes falta un “impulso vital”. Sin duda, algunos alcohólicos sufren formas limítrofes o apagadas de esquizofrenia. No es casual que la alucinosis alcohólica y la esquizofrenia tengan como elemento común las alucinaciones auditivas que ocurren con un sensorio claro.

También la epilepsia y el alcoholismo suelen constituir problemas relacionados. El alcoholismo puede a la larga causar convulsiones, y en general los epilépticos reaccionan mal a la ingestión de alcohol y más frecuentemente que otros alcohólicos sufren episodios amnésicos y explosividad incontrolable. Personas que sufren patología del lóbulo temporal sufren distimias que pueden conducirlos al abuso del alcohol.

Complicaciones

La cirrosis hepática, la polineuropatía, el síndrome cerebral crónico y la psicosis de Korsakoff son complicaciones que resultan de la forma de vida del alcohólico, el descuido en la alimentación y la acción tóxica. En la polineuropatía hay deficiencia en tiamina, y una atrofia del lóbulo frontal o del mesencéfalo puede resultar de las deficiencias vitamínicas en el alcoholismo.

El alcoholismo exalta la vertiente paranoide de la personalidad, de ahí que los celos sin base en la realidad sean un problema frecuente en alcohólicos inveterados.

El *delirium tremens* se desencadena por la suspensión súbita de alcohol, un traumatismo o un padecimiento febril. El temblor, la agitación y las alucinaciones visuales son sus elementos clínicos principales. En la alucinosis alcohólica el enfermo sufre alucinaciones auditivas en tanto que su conciencia se mantiene clara. La embriaguez patológica es la aparición de episodios de amnesia por un lapso durante la ingestión; indica, cuando se inicia en bebedores crónicos, daño cerebral incipiente.

La *psicosis de Korsakoff* es generalmente secuela de un ataque de delirium o de alucinosis. Sus síntomas son pérdida de la memoria para hechos recientes, confabulaciones para llenar las lagunas amnésicas y polineuropatía.

Problemas relacionados con el abuso del alcohol

No obstante el avance que ha significado ver al alcoholismo no como un vicio sino como una enfermedad, la investigación científica ha puesto de manifiesto las limitaciones de este concepto. La principal de ellas es que se dejan a un lado los aspectos tal vez más significativos del fenómeno: el abuso del alcohol por personas que, no siendo alcohólicas, cuando lo ingieren lo hacen en formas, cantidades y situaciones que conllevan riesgos graves para ellas mismas y para los demás. De hecho, la proporción de personas dependientes del alcohol, es decir, alcohólicas, es pequeña si se compara con la de personas que sufren y hacen sufrir a otras las consecuencias de su abuso. Ciertamente, como ya se mencionó, muchos alcohólicos están enfermos, pero sus enfermedades son más bien consecuencia del uso excesivo del alcohol, que su causa.

A partir de 1960 el consumo de alcohol *per cápita* ha aumentado en diversos países en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. Cabe mencionar que la ingestión de alcohol en las mujeres embarazadas se ha asociado a un *síndrome alcohólico fetal*, consistente en alteraciones del crecimiento y de la morfogénesis en el producto. Los rasgos característicos de este síndrome en más de 80% de los casos son: retraso mental leve a moderado, microcefalia, coordinación motora deficiente, hipotonía, irritabilidad, talla y peso disminuidos. En estos neonatos las aberturas palpebrales son pequeñas y existe retrognatía. La incidencia de este síndrome en mujeres alcohólicas es de 10 a 20% de su descendencia.

En 1975, y nuevamente en 1980, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud dio la voz de alarma y reconoció que los problemas relacionados con el abuso de bebidas embriagantes representa uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo.² Ciertamente lo es en nuestro país.

Los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en México

Si hablamos del abuso de sustancias, el abuso de bebidas alcohólicas es el principal problema del país.³ En 1986 el consumo *per cápita* para la población de más de 15 años fue de 61 litros de bebidas embriagantes y de 4.2 litros de etanol.

Para 1989 el consumo *per cápita* en esta población aumentó a 72.1 litros de bebida y en términos de etanol pasó a 4.7 litros en el mismo periodo. Esto significa un incremento en el consumo de 500 ml de alcohol puro por habitante. Este incremento en la disponibilidad ocasiona inevitablemente el de los problemas relacionados.

El tipo de bebidas que se consumen ha tenido variaciones. En tanto que aumenta el consumo de brandy, ron y vino de uva, el de pulque disminuye en forma considerable.

La investigación de algunos de los problemas relacionados con el abuso del alcohol confirma su severidad. En efecto, en nuestro país dicho abuso del alcohol se relaciona con graves problemas médicos y sociales. La cirrosis hepática es una de las primeras 10 causas de muerte en la población general y ocupa el primer lugar en ese rubro entre la

población masculina de 35 a 54 años de edad. Las estadísticas indican que los accidentes automovilísticos en los que el conductor estaba ebrio aumentaron de 8% en 1968 a 14% en 1987. Los crímenes que se cometen bajo la influencia del alcohol es de 21% en presuntos delincuentes y 17% en personas condenadas judicialmente; 49% de las personas que fueron condenadas judicialmente por homicidios había ingerido bebidas alcohólicas antes del crimen.

En 1980 en 24% de los suicidios registrados se habían reportado problemas con el consumo de alcohol, y 38% de los suicidas tenía más de 10 mg de alcohol por litro de sangre.⁴ Una encuesta llevada a cabo en un hospital general público en 1986 mostró que 10% de los casos atendidos en el servicio de urgencias, 4% de los pacientes internados y 3% de los pacientes atendidos en consulta externa eran bebedores excesivos.⁵ Se definió como consumo excesivo la ingestión de 12 copas o más por ocasión de consumo, una o más veces por semana. Otro estudio mostró que 19% de los casos atendidos en hospitales de urgencias por problemas médicos mostraba síntomas de dependencia del alcohol. En el Instituto Nacional de la Nutrición⁶ se encontró, en una muestra de pacientes internados y de consulta externa, que 30% de los hombres y 15% de las mujeres eran bebedores excesivos. El 17% del total de la muestra era dependiente.

En la Ciudad de México se ha estimado que 21% de los casos atendidos por traumatismos en hospitales de urgencias tiene lecturas positivas de alcohol en sangre, y en Acapulco, Guerrero, la proporción de casos positivos alcanzó 22 por ciento.

Estudios transculturales, llevados a cabo en México y en los Estados Unidos,⁷ han puesto de manifiesto que en nuestro país es elevado el número de personas que llegan a salas de urgencia por traumatismos con niveles positivos de alcohol en la sangre. La proporción fue de 20.9 por ciento. En los casos de urgencias médicas, el índice de niveles positivos de alcohol en la sangre fue de 3.2 por ciento.

La tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol tiene relación con la forma en que se consume y las normas y actitudes sociales en cuanto a su consumo.

En nuestro país hay una proporción elevada de abstemios. La Encuesta Nacional de Adicciones⁸ indica que en la población urbana de 18 a 65 años 27% de los varones y 63% de la población femenina no consumieron alcohol en los 12 meses previos al estudio. Pero el índice de personas que abusan del alcohol es elevado; el consumo consuetudinario es de 14.2% en la población masculina y de 0.6% en la femenina. Los datos indican que el alcohol disponible es consumido por una pequeña proporción de individuos y que es frecuente que las ocasiones de consumo lo sean también de embriaguez.

Manejo terapéutico

El tratamiento del alcoholismo abarca tres aspectos: el de la intoxicación aguda, el de la adicción y el de la psicopatología subyacente. Las mejores posibilidades terapéuticas requieren la identificación de casos incipientes.

En los casos avanzados es infrecuente que la incapacidad de control sea superada con la ayuda de medios psicológicos. Para la mayoría de alcohólicos el dilema es abstinencia radical y permanente o evolución inmanejable.

El paso inicial es lograr que el enfermo acepte que ya es o está en el camino de ser alcohólico, lo cual requiere superar el sistema de defensas psicológicas que el sujeto erige y que son semejantes a las del comedor compulsivo. Por otra parte, dado que el alcoholismo está engranado en el estilo de vida, con frecuencia es el único camino que la persona contempla para poder continuar funcionando en alguna forma.

La angustia, la culpa, la depresión, la minusvalía, el sentimiento de desamparo y el rechazo social que experimentan los enfermos deben ser tomados en cuenta por el médico en su manejo de estas personas. El enfermo necesita apoyo para enfrentarse a sus dos enemigos principales: la apetencia del alcohol y las presiones sociales. Si acepta la realidad y contempla la posibilidad de vivir sin alcohol y comprende las causas externas e internas de su ingestión compulsiva es posible su rehabilitación. El carácter y la biografía del enfermo deben ser revisados con el fin de ayudarlo a planear su vida futura sin alcohol.

Es frecuente que el alcohólico provenga de un hogar perturbado, pero aún es más frecuente que perturbe el suyo. El estudio de la configuración de la familia del alcohólico es un aspecto central en la comprensión y el manejo del problema. Es necesario identificar los factores que modulan y perpetúan la ingestión.

¿Es la mujer del alcohólico una víctima inocente, como ocurre en muchos casos, o es una persona que consciente o inconscientemente contribuye al alcoholismo de su esposo? ¿Es una persona que ha seleccionado como compañero a un alcohólico por alentar fantasías omnipotentes de redimirlo? La mayoría de las esposas de los alcohólicos es víctima, pero otras son mujeres frías, que en forma abierta o sutil castigan a sus maridos y fomentan su pasividad y su impotencia ante el alcohol.

Como ya hemos señalado, la identificación oportuna de la persona en proceso de llegar a ser dependiente del alcohol es la tarea preventiva principal.

Ocurre que la relación del médico con el enfermo alcohólico es frágil, entre otras cosas porque los alcohólicos son susceptibles al rechazo. Sus demandas con frecuencia son exageradas y no toleran las críticas.

La psicoterapia en grupos y particularmente los grupos de autoayuda son adecuados a las necesidades de muchos alcohólicos. La organización internacional "Alcohólicos Anónimos" provee un enfoque que es simple y muy útil.⁹ Hay más de 12 500 capítulos de esta organización en 90 países. En ella cientos de miles de enfermos han sido rehabilitados parcial o totalmente. El enfoque es casi religioso, y el énfasis se pone en la voluntad. En las sesiones del grupo la persona analiza con franqueza su problema y trata de prescindir de sus racionalizaciones, proyecciones y negaciones. La angustia y la culpa individual se reducen al ser compartidas con otros. La decisión de perseverar y de levantarse cuando se cae se fortalece. El ejemplo es contagioso.

El disulfiram y el metronidazol son fármacos auxiliares en el manejo de algunos de

estos pacientes. Tienen limitaciones, pero deben ser considerados por el médico en su plan terapéutico.

Enfermos mayores de 50 años que han caído en la dependencia del alcohol, después de muchos años de ingestión excesiva habitual, tienen mejor pronóstico que sujetos jóvenes que han desarrollado dependencia tempranamente. En general, las mujeres tienen mejor pronóstico que los varones.

Enfermos sin casa, sin familia y sin empleo tienen mal pronóstico. A veces se obtienen buenos resultados con enfermos que aceptan el tratamiento bajo presión, pero es deseable iniciar el tratamiento cuando el enfermo acepta la intervención del médico estando sobrio.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Además del alcohol, droga de la que con más frecuencia se abusa en nuestro medio, hay ocho tipos de sustancias cuyo consumo puede conducir a la dependencia: opiáceos, cocaína, marihuana, depresores centrales sedantes e hipnóticos, drogas simpaticomiméticas, alucinógenos, sustancias inhalables y nicotina.

Una persona puede tornarse dependiente de más de una droga en forma simultánea o sucesiva. Las combinaciones, más que por preferencias individuales, ocurren en ciertos grupos como consecuencia de la disponibilidad de las sustancias.

Es necesario distinguir entre quienes alguna vez *experimentan* con una droga susceptible de causar dependencia, los *consumidores ocasionales* y los *usuarios habituales*, y también es necesario distinguir entre estos últimos y los adictos o farmacodependientes, término que debe aplicarse solamente a aquellos cuya vida ha llegado a girar en torno de la obtención y el consumo de una droga, de modo que su actividad en otros campos se ve muy restringida.

El término *droga* se refiere a cualquier sustancia que introducida en el organismo modifica alguna de sus funciones. En el sentido popular, la palabra *droga* da idea de peligro, vicio y delito, pero es un término neutral en cuanto a que puede referirse tanto a sustancias que restauran la salud como a otras que por su naturaleza o forma de consumo causan problemas individuales y sociales. El término *drogas psicoactivas* se refiere a drogas que actúan primariamente sobre la mente y modifican el estado afectivo, la conciencia o la conducta. Hay muchas sustancias cuyo uso causa efectos similares cuando se les consume en cantidades elevadas. Las alteraciones de la conciencia, particularmente la confusión mental, son en estos casos un elemento común.

Conviene distinguir entre tres clases de drogas psicoactivas:

1) Drogas psicoactivas que tienen *efectos terapéuticos importantes* y no inducen dependencia ni son drogas de abuso, como las fenotiazinas y las butirofenonas, que tienen notables acciones antipsicóticas, los derivados tricíclicos y los inhibidores de la MAO, cuyos efectos antidepresivos son de gran valor en la clínica.

2) Drogas psicoactivas que tienen efectos terapéuticos pero que son capaces de

generar dependencia y son objeto de abuso y tráfico ilícito, como los opiáceos, particularmente la morfina, la heroína, los barbitúricos y algunas anfetaminas.

3) Drogas psicoactivas que no tienen aplicación médica y son primariamente *drogas de abuso*, como la cocaína, la marihuana, la lisergamida, la psilocibina, la mescalina y los solventes inhalables. Las drogas de origen vegetal han sido usadas por siglos en distintas culturas y sólo en tiempos recientes su consumo se ha extendido en la cultura occidental, particularmente entre los jóvenes.

No se conoce aún un mecanismo neural común de la dependencia de las drogas, pero es importante mencionar que la estimulación de ciertas áreas del cerebro, como la región del fascículo medio del cerebro anterior, suscita en animales de experimentación, monos y ratas, una compulsión a la autoestimulación reiterada, es decir, una especie de “adicción sin droga”. En el cerebro del hombre han sido identificados centros de recompensa o de placer. Más recientemente se han descubierto sustancias análogas de la morfina, llamadas endorfinas, para las cuales hay en la superficie de las neuronas receptores específicos.

Si bien hay elementos comunes tanto biológicos como psicológicos y sociales en la dependencia, distintas drogas causan distintos tipos de dependencia que es conveniente distinguir.

Opiáceos

El opio es el jugo coagulado de la cápsula inmadura de la planta de la adormidera (*Papaver somniferum*), que crece en climas templados y subtropicales.

Las propiedades del opio, tanto médicas como causantes de abuso, se encuentran en sus principales constituyentes: la morfina y la codeína. Estos alcaloides, junto con las sustancias morfínicas de origen sintético, han ido ocupando en la terapéutica el lugar, antes prominente, del opio. Éste es ahora una materia cruda para la manufactura lícita de morfina, codeína y sus derivados, y también para la producción ilegal de *heroína*, droga que crea, a través del mundo, los problemas de tráfico y dependencia más graves. Fue la preocupación causada por el abuso de opio y de los opioides lo que dio lugar a los primeros tratados internacionales para el control de narcóticos.

El opio contiene 10% de morfina, su principio activo más importante. Esta sustancia puede ser extraída ya sea del opio o directamente de la “paja” de la adormidera (las cápsulas secas y las partes altas de los tallos de la planta), cuyo procesamiento y lo abultado del material crudo hacen muy difíciles las transacciones ilícitas. Una fracción significativa de las necesidades médicas de morfina en el mundo se satisface con la obtenida por el procesamiento de la paja del opio. La morfina es aún el analgésico clásico y tal vez el más efectivo para el alivio del dolor severo, si bien compite con una variedad de narcóticos sintéticos que se supone que tienen menor propensión a crear dependencia.

La dependencia de la morfina y otras drogas con efectos parecidos tiene las siguientes características: síntomas fisiológicos severos, uso compulsivo y tolerancia creciente.

Al nivel fisiológico la dependencia se desarrolla tempranamente y su intensidad aumenta en relación con el aumento de la dosis. Después de la supresión, la dependencia se manifiesta por la aparición de un *síndrome de abstinencia* con características propias que ocurre a las pocas horas de la última dosis, alcanza su máxima intensidad dentro de las 24 o 48 horas y cede espontáneamente. Los signos y síntomas de abstinencia incluyen: dilatación de la pupila, inquietud, insomnio, dolores corporales generalizados, bostezos, catarro nasal, enrojecimiento de los ojos, lagrimeo, sudoración, “carne de gallina”, diarrea, náuseas y vómito. El síndrome de abstinencia desaparece después de la readministración de morfina o de drogas de tipo morfínico, lo cual explica la tendencia poderosa a repetir su uso y al establecimiento de una compulsión a continuar autoadministrándose la droga. El desarrollo de tolerancia ocurre rápidamente. De ahí la necesidad de aumentar la dosis con el objeto de mantener sus efectos al nivel inicial.

La heroína, diacetilmorfina, se obtiene de la morfina por un proceso químico simple. Dado que genera rápidamente dependencia es ávidamente requerida por sus adictos, quienes se la inyectan por vía intravenosa. La transmisión del virus causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) frecuentemente es resultado del contagio por el uso de una misma aguja por varias personas. Debido a sus efectos y a la facilidad para su manufactura y tráfico clandestinos, la heroína es causa de problemas sociales y de salud pública muy graves. Menos frecuentemente, la heroína se inhala o se fuma, ya sea sola o mezclada con tabaco. Las variaciones en el contenido efectivo de la droga en los productos que se obtienen en la calle y su adulteración con otras sustancias crean riesgos adicionales de enfermedad y de muerte a causa de envenenamiento por una dosis excesiva. La mayoría de los países ha prohibido la manufactura legal de la heroína, a la cual se le ha remplazado con otros analgésicos, de tal manera que sólo subsiste su consumo ilegal.

Los derivados de la morfina se le parecen mucho en cuanto a su utilidad terapéutica, pero comparten su propiedad de producir dependencia y por ello también están sujetos a control internacional y nacional. Entre los derivados, la codeína o metilmorfina conserva un lugar legítimo en la medicina debido a su efectividad como supresor de la tos, su ligero poder analgésico y su potencial adictivo comparativamente bajo. Para satisfacer la gran demanda legal de codeína, más de 0.9% de la producción lícita de morfina del mundo es convertida en codeína, lo cual explica la contradicción entre la disminución del uso terapéutico de la morfina como analgésico y el aumento de su producción legítima.

Desde la década de 1930 se desarrollaron analgésicos con efectos parecidos a los de la morfina. El paso original fue la síntesis de la *petidina* y de la *metadona* a partir de sustancias que no tienen relación estructural directa con ninguno de los constituyentes del opio. El incentivo era obtener un analgésico fuerte pero no adictivo. El número de analgésicos sintéticos desarrollados y bajo control internacional excede con mucho al de las drogas naturales bajo control. Pocos de ellos han entrado en el mercado ilícito dado que su manufactura es difícil. Sin embargo, hay cierto tráfico ilícito de estas sustancias. El grupo sintético de narcóticos, del cual el *demerol* es un ejemplo, lo forman sustancias que, en varios grados, tienen los efectos deseables e indeseables de la morfina. Ninguno

de ellos ha sido satisfactorio, de ahí que continúe la búsqueda del analgésico ideal, que tenga los efectos benéficos de la morfina y carezca de propiedades generadoras de dependencia.

Cocaína

El arbusto de la coca (*Erythroxylum*) es un arbusto cultivado en la región occidental montañosa de Sudamérica. Su principal ingrediente activo es la cocaína, un alcaloide que puede extraerse de sus hojas mediante un proceso químico simple. Por varios siglos, las hojas de coca han sido mascadas por la población andina para combatir la sensación de hambre y superar la fatiga y el agotamiento causados por la vida en las altitudes. El consumo de coca en estas regiones por masticación de las hojas está determinado por factores económicos y sociales engranados en las condiciones de vida de la población indígena.

La cocaína es una droga estimulante, capaz de inducir excitación eufórica y experiencias alucinatorias. Su uso por inhalación rara vez conduce a la dependencia. El sentimiento de aumento de la fuerza muscular y de la claridad mental hace que el usuario sobrestime sus propias capacidades. Esto, junto con delirios paranoides y alucinaciones auditivas, visuales y táctiles, puede hacer del sujeto que está bajo su efecto un individuo peligroso, susceptible de cometer actos antisociales. Los métodos de administración preferidos son la inhalación y la inyección. Para contrarrestar la sobreexcitación es frecuente que los usuarios se autoadministren en forma alterna o simultánea drogas depresoras. La cocaína no causa un síndrome de abstinencia característico cuando se le retira súbitamente. La necesidad de su administración repetida a intervalos cortos se debe a su rápida destrucción en el organismo, pero no al desarrollo de verdadera tolerancia. Cuando se mascan las hojas, la cocaína es muy lentamente absorbida en el cuerpo en pequeñas cantidades y no produce los cambios peligrosos que resultan de la inyección o inhalación de cocaína pura. En los últimos años, en los países productores de coca se ha extendido el hábito de fumar la “pasta de coca”, un producto intermedio en la manufactura de la cocaína, que es una mezcla impura de sulfatos de cocaína y de otros alcaloides, los cuales se mezclan con tabaco o marihuana. La pasta de coca tiene un alto potencial para inducir dependencia psíquica, psicopatología y envenenamiento por sobredosis.¹⁰

Las sales de cocaína libre de bases son mucho más potentes que la sustancia de la que proceden, y su uso con fines recreativos mediante inhalación causa efectos adversos más graves.

El uso médico legítimo de la cocaína como anestésico local es ahora muy limitado puesto que puede ser remplazada, excepto con propósitos muy especiales, por anestésicos locales sintéticos, no adictivos.

Cannabis

La planta *Cannabis sativa* crece silvestre o se le cultiva en climas templados y tropicales. Por tres milenios en África y en Asia la gente ha usado cannabis, fumándola, mezclada a menudo con tabaco. Fumar cannabis es una práctica que se ha extendido por todo el mundo.

En el lenguaje común la designación mariguana o hachís incluye a una variedad de preparaciones de cannabis conocidas bajo diversos nombres vernáculos.

Su componente psicoactivo principal es el delta-tetrahidrocannabinol (THC), que se concentra en la resina. Las preparaciones de las hojas de cannabis mezcladas con la flor de las puntas son las que comúnmente son llamadas *mariguana*. Estas preparaciones son menos potentes que el material resinoso, al que se llama hachís. En el mercado ilícito la forma más activa de la droga es el aceite de cannabis, que tiene un contenido de aproximadamente 60% de tetrahidrocannabinoles.

Fumadas, la cannabis y sus preparaciones producen síntomas que dependen de la dosis, de la personalidad y de las expectativas del usuario, así como de la situación ambiental. Los efectos de las dosis bajas o moderadas incluyen hilaridad, locuacidad y euforia, cambios en la percepción del tiempo y del espacio, alteración del juicio y de la memoria, incremento de la sensibilidad visual y auditiva, conjuntivitis y bronquitis. Con dosis altas se presentan ilusiones, delirios, confusión, despersonalización, alucinaciones y algunas veces un episodio psicótico. Hay datos para pensar que el uso prolongado y regular de cantidades elevadas de cannabis puede afectar las funciones psicomotoras, cognitivas y endocrinas, reducir la inmunidad y hacer descender la resistencia a las infecciones. A mayor abundamiento, la cannabis contiene sustancias capaces de causar daño en el sistema respiratorio.

El uso reiterado de la cannabis conduce a una dependencia psicológica moderada y suscita la búsqueda de la droga. Los usuarios habituales desarrollan tolerancia para sus efectos subjetivos. La transición del abuso de cannabis al de drogas más peligrosas es una consecuencia de la asociación del consumidor con las fuentes de abastecimiento ilícito, más que un efecto inherente de la cannabis. Sin duda, el abuso crónico de esta droga y de sus preparaciones tiene efectos adversos en la salud.

Depresores centrales

De este grupo, los principales fármacos que inducen abuso y dependencia son los barbitúricos, que han sido usados en todo el mundo primariamente por prescripción médica, si bien desde el advenimiento de las benzodiazepinas su uso tiende a desaparecer. En algunos países los barbitúricos se obtienen principalmente en el mercado ilícito.

Estos fármacos contienen ácido barbitúrico o malonilurea. De acuerdo con la duración de su acción, los barbitúricos se clasifican en: de acción prolongada, de ocho a 12 horas, como el fenobarbital; de acción corta o media, de cuatro a seis horas, como el pentobarbital, y de acción ultracorta, como los anestésicos intravenosos, entre los que se

encuentra el tiopental. Para usos no médicos se prefiere a los barbitúricos de acción corta o media, como el secobarbital y el pentobarbital, en tanto que los de acción larga, como el fenobarbital, rara vez son drogas de abuso y conservan su utilidad en el tratamiento de la epilepsia.

La intoxicación con barbitúricos es similar a la producida por alcohol. La interrupción brusca del uso crónico en dosis elevadas provoca un síndrome de abstinencia que puede ser severo. Con los barbitúricos de acción corta los síntomas de abstinencia comienzan al cabo de un día. Estos síntomas son diferentes de los que causa la suspensión de la morfina. El síndrome, que alcanza su máxima intensidad pocos días más tarde y cede lentamente, incluye: angustia, insomnio, hiperactividad, calambres musculares, debilidad, mareos, náusea y vómito, distorsión de la percepción visual, convulsiones de tipo epiléptico y *delirium tremens* como en el alcoholismo, y algunas veces un episodio psicótico con conducta paranoide y alucinaciones. El desenlace puede ser fatal si la suspensión de las drogas de tipo barbitúrico no se lleva a cabo en forma gradual bajo supervisión médica.

Todos los agentes sedantes e hipnóticos que producen sedación de tipo barbitúrico y alivian la angustia pueden producir dependencia. Esto ha sido confirmado para los sedantes no barbitúricos, como son la glutetimida, el metiprilón y el meprobamato.

Estimulantes

La anfetamina es el fármaco prototipo de esta clase y el primero de una serie de agentes similares cuyas acciones analépticas y estimulantes fueron descritas desde 1933. La anfetamina y sus congéneres tienen ciertos rasgos químicos y farmacológicos en común con las aminas biogénicas, como la adrenalina. Las anfetaminas están relacionadas farmacológicamente con la cocaína y se le asemejan en la elevación del humor y la eliminación de la fatiga y el hambre. Debido a la fuerte propensión a causar dependencia, la utilización legítima de las anfetaminas no está justificada y ya no se les usa en el manejo de la obesidad; sin embargo, conservan alguna utilidad en el tratamiento de la narcolepsia y de los síndromes hiperquinéticos de los niños. Se abusa de las anfetaminas por sus efectos euforizantes y en casos de obesidad por sus efectos anorexógenos.

La dependencia se desarrolla rápidamente y se perpetúa. En tanto que aumenta la tolerancia a los efectos deseados, las dosis también se incrementan y eventualmente se alcanza un nivel que puede exceder en cientos de veces a la dosis inicial. Después de semanas de uso continuo puede ocurrir una psicosis tóxica.

El síndrome tóxico inducido por la anfetamina está caracterizado por cambios conductuales profundos y episodios psicóticos con alucinaciones auditivas, visuales y táctiles, sentimientos de pánico, disposición agresiva y la inclinación a cometer actos antisociales. La psicosis anfetamínica es resultado de una intoxicación directa y no es una expresión de dependencia física. Esta psicosis es difícil de distinguir de la psicosis esquizofrénica cuando el médico desconoce los antecedentes.

Algunos consumidores como los conductores de camiones son más propensos a los accidentes de tránsito debido a sentimientos de excitación y a crisis súbitas de fatiga. Cuando las anfetaminas se usan para contrarrestar los efectos del alcohol o de los sedantes, o viceversa, el riesgo a la dependencia en ambos tipos de drogas aumenta. En las áreas urbanas de algunos países en desarrollo el tráfico ilícito de las anfetaminas tiende a aumentar.

Alucinógenos

El prototipo del grupo químico de sustancias alucinógenas (indolalquetaminas, feniletilamina, etc.) es la etildietilamina del ácido lisérgico (LSD). Las drogas de este tipo producen cambios mentales profundos: distorsión de las percepciones sensoriales con alucinaciones visuales y auditivas vívidas, cambios en el sentimiento de identidad, delirios, reacciones paranoides, euforia, ansiedad o depresión. En algunos grupos sociales se buscan sus efectos con el objeto de “ampliar la conciencia” y experimentar un “estado místico”. Un peligro es que el extrañamiento mental y la alteración del juicio conduzcan a reacciones de pánico y ocasionen accidentes. La dependencia psicológica que causan estas sustancias no es muy intensa, pero su uso en periodos cortos origina cierta tolerancia. La dependencia física no está implicada en las recurrencias. *Flash back* es el término que se usa para referirse a un fenómeno que reproduce algunas de las alteraciones sensoriales después de semanas y aun meses de la última vez que se usó LSD.

Algunos alucinógenos son usados por grupos indígenas en ceremonias religiosas o de curación. Por ejemplo la mescalina, que es químicamente una feniletilamina y un derivado de la anfetamina, es el principio activo del peyote (*Lophophora williamsii*), un cactus que crece silvestre en ciertas partes de México y en la parte sur y occidental de los Estados Unidos. Las alucinaciones inducidas por la mescalina se caracterizan por una imaginería vívida coloreada. Bajo su influencia los objetos son transformados fantasmagóricamente en su color, forma y realidad, y el “viajero” puede experimentar reacciones de pánico. Rápidamente se desarrolla tolerancia con su uso continuo, tolerancia que es cruzada con el LSD y la psilocibina. La mescalina no es fisiológicamente adictiva y no se presentan síntomas de abstinencia.

Las sustancias alucinógenas causan una exaltación de la advertencia del ingreso sensorial, acompañada de una disminución del control sobre lo que se experimenta. Entre ellas hay que mencionar a la psilocina y a su congénere la psilocibina, que se encuentran en el hongo *Psilocybe mexicana*. Otros componentes alucinantes son la triptamina, la dimetil triptamina (DMT) y la dietil triptamina (DET), que son los principios activos en la preparación alucinogénica de la mimosa *Piptademie peregrina*, que se consume en la región del Orinoco. Las sustancias alucinógenas no tienen aplicación terapéutica reconocida y están sujetas a estrechas medidas de control previstas por la Convención Internacional de 1981.

La *fenciclidina* es un alucinógeno miembro de la familia de las ciclohexilaminas. En el mercado ilícito se le conoce como “polvo de ángel”. Es una droga peligrosa, como lo indica su prestigio callejero de “tranquilizadora de elefantes”. Inicialmente se introdujo como anestésico general disociativo en veterinaria. Sus efectos colaterales peligrosos descartaron su uso terapéutico en los seres humanos. El abuso de la fenciclidina causa marcada dependencia psicológica. Una simple dosis, usualmente fumada con tabaco, puede provocar una psicosis tóxica que se acompaña de confusión mental, delirios y conducta violenta. A lo impredecible de sus efectos se agrega su frecuente adulteración con otros alucinógenos. Su elaboración clandestina no es difícil y su abuso se ha extendido en Norteamérica.

Nicotina

El principio activo más importante del tabaco es la nicotina. Su consumo principal es por medio de la inhalación del humo del cigarrillo. Es una de las drogas adictivas más poderosas, no obstante que no posee efectos notables en el humor o la conciencia.

El empleo del tabaco actualmente es considerado un grave problema de salud pública. En los Estados Unidos, más de 350 000 muertes prematuras por año se relacionan con el uso de tabaco; se le asocia con cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfisema pulmonar.

La suspensión de nicotina produce un síndrome de abstinencia caracterizado por la necesidad imperiosa de fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito con el subsecuente aumento de peso. Estos síntomas se inician aproximadamente a las 24 horas de la reducción o la suspensión de la práctica. La dependencia a la nicotina es menos intensa cuando su consumo se hace fumando pipa o puros o cuando se mastica tabaco. Entre los fumadores jóvenes la proporción entre hombres y mujeres tiende a hacerse similar.

Los jóvenes y las drogas

Hay una creciente inclinación de los jóvenes, predominantemente de los jóvenes de la clase media urbana y de grupos marginados, al empleo abusivo de sustancias, especialmente de marihuana, solventes inhalables, estimulantes y sedantes.

En términos generales el fenómeno se ha relacionado con el proceso acelerado de cambio social, el crecimiento de la población urbana a expensas de la rural, el hacinamiento en grandes centros urbanos y el aflojamiento de las ligas familiares.

Las drogas se han vuelto importantes en la vida de muchos jóvenes porque les facilitan establecer ligas de solidaridad con los de su grupo de edad, para expresar su desafío a la autoridad y a las convenciones sociales y satisfacer sus anhelos exaltados de aventura. Los más afectados son los jóvenes entre los 13 y los 19 años de edad, si bien

el consumo de las drogas “duras”, particularmente la cocaína, ocurre más frecuentemente en adultos jóvenes.

A partir de 1965 la marihuana ha sido la droga más popular, aunque en los dos últimos años la inhalación de solventes, cemento, tñner, etc., tiende a aumentar en algunos países, incluyendo el nuestro. También ha aumentado la tendencia a usar dos o más drogas, siendo una de ellas el alcohol, y el uso combinado de los barbitúricos y las anfetaminas. El empleo de la lisergamida (LSD) ha disminuido notablemente.

La iniciación en el uso de las drogas ocurre por contacto con sujetos proselitistas y con traficantes. El consumo es favorecido por el “contagio social”, el fácil acceso a las drogas y una actitud prevalente entre los jóvenes a exaltar sus virtudes, desdeñar sus peligros y rodearlas de una aureola que suscita la curiosidad y las convierte en un símbolo de los anhelos de emancipación, rebeldía y omnipotencia, característicos de los adolescentes.

Los motivos que más frecuentemente reconocen los jóvenes que las consumen en forma repetida son: evadirse del tedio, defenderse de la angustia, facilitar la sociabilidad, intensificar las relaciones humanas, procurarse sensaciones y emociones placenteras y experimentar nuevos estados de conciencia. Algunos aseguran que lo que buscan es aumentar su sensibilidad artística o incrementar sus capacidades creativas. Los móviles anteriores no explican por qué sólo algunos de los muchos jóvenes que tienen contacto con las drogas se vuelven consumidores frecuentes, y sólo una proporción de ellos se tornan usuarios habituales y eventualmente farmacodependientes.

Si bien en muchos jóvenes que consumen drogas es posible identificar alteraciones y desviaciones psicopatológicas previas, la proclividad a la adicción no depende de un trastorno específico de la personalidad. Tener acceso a las drogas y la voluntad de experimentar sus efectos fomentada por otros jóvenes parecen ser causas suficientes en una proporción de casos.

Por otra parte la aceptación de los valores familiares y sociales y el temor a las consecuencias adversas protege a muchos jóvenes, cuya vida se desenvuelve en ambientes propicios al consumo de drogas.

Entre los usuarios habituales predominan: *a)* sujetos inseguros, ansiosos, influenciables, incapaces de mantener relaciones estables con otras personas; *b)* individuos impulsivos, ávidos de experimentar sensaciones intensas e incapaces de posponer satisfacciones inmediatas; *c)* jóvenes desorientados, con sentimientos de futilidad y desconfianza, y una actitud retadora y hostil, que oscila entre la desesperanza y el cinismo manipulador, *d)* y personas que sufren primariamente alguna forma de *psicopatología*: alteraciones del lóbulo temporal, estados de ansiedad, depresión distímica, trastornos psicopáticos o psicóticos; lo mismo que sujetos que padecen formas latentes o limítrofes de esquizofrenia.

Algunas desviaciones de la personalidad influyen en la inclinación a usar drogas y en la propensión a depender de ellas, y también son causa de diferencias en los efectos, que a veces son inesperados y aun paradójicos. Lo que la persona espera experimentar y el ambiente psicológico y social en que ocurre el consumo modifican hasta un cierto punto

los efectos.

Histórica y culturalmente la rebeldía de los adolescentes y de los jóvenes es una característica normal. Sin embargo, las formas de su expresión y la violencia implicada dependen de condiciones sociales específicas.

En las familias de clase media el cambio de una orientación patriarcal autoritaria a una orientación indulgente y sin autoridad es una condición frecuente. Por otra parte, es un hecho que los adultos no han tomado en cuenta ni real ni simbólicamente las necesidades de los jóvenes, con la consecuencia de que la incomunicación entre las generaciones es cada vez mayor y se les deja atendidos a sus propios recursos.

La actitud rebelde de muchos jóvenes más que un modo de pensar es un modo de vivir. Desafortunadamente, el anhelo de “autenticidad” y el intento de escapar de una vida rutinaria, empobrecida y enajenada les hace caer en formas de vida que son más enajenantes.

En ciertas subculturas juveniles, las drogas, particularmente la marihuana, los solventes volátiles y el alcohol, desempeñan un papel central. El peligro es que estos jóvenes que rechazan las prescripciones convencionales de la sociedad y están en contra del trabajo, el aseo y los tabúes sexuales se deslicen hacia actividades predelictivas y delictivas en el seno de grupos que incorporan a aquellos que la sociedad convencional rechaza.

¿Son peligrosas las drogas? Muchos jóvenes las usan esporádicamente y pocos desarrollan dependencia o sufren daños permanentes. Quienes tienen condiciones o tendencias patológicas previas están más expuestos. Algunos hechos establecidos son: que las anfetaminas pueden causar psicosis, que la marihuana inhalada en dosis altas es alucinante y que los usuarios habituales sufren merma en su interés y baja en su rendimiento escolar. La creencia de que la marihuana aumenta la capacidad creativa es ilusoria. Un peligro real es que el uso de una droga “suave” sea un primer paso para el abuso de otras drogas que, como la cocaína, la heroína y algunos estimulantes, son ciertamente más peligrosas.

Algunos aspectos del problema en México

En México el consumo de drogas “duras” como la heroína y la cocaína no ha alcanzado proporciones importantes. El problema principal es la inhalación de sustancias volátiles y el consumo de marihuana y de estimulantes. Sin embargo, no hay que perder de vista la experiencia de otros países. Oferta y demanda son las dos caras del mismo problema y el consumo de cualquier droga adictiva, incluyendo las más peligrosas, puede adquirir características epidémicas. Por otra parte, el narcotráfico es una empresa que no reconoce fronteras.

En nuestro medio la *inhalación de solventes* es motivo de particular preocupación, debido a que afecta principalmente a niños y a personas muy jóvenes, sin hogar y sin escuela. Investigadores nacionales han reportado efectos físicos y psicológicos severos

con la práctica de inhalar solventes; inevitablemente se asocia con deserción escolar y no pocas veces con conducta delictiva. La gran disponibilidad de sustancias como tiner, cementos, barnices, disolventes, etc., usados ampliamente en la industria y en el hogar, hace difícil su restricción, no obstante que se cuenta con una reglamentación para prevenir su abuso.

Si bien la población más afectada es la de nivel socioeconómico bajo, se ha observado que la tendencia del consumo se extiende a otros niveles socioeconómicos. Un grupo en riesgo lo forman jóvenes que por su ocupación están expuestos a la inhalación de solventes: barnizadores, aprendices en talleres mecánicos, etcétera.

Estudios realizados desde 1978, tanto mediante encuestas en hogares (12 a 18 años)¹¹ como en los planteles educativos (14 a 18 años),¹² muestran un orden de prevalencia en el que el primer lugar es ocupado por los solventes y la marihuana. En la Encuesta Nacional de Salud de 1988, en el capítulo sobre adicciones, se puso de manifiesto que a nivel nacional el consumo de marihuana ocupa el primer lugar.

La prevalencia del consumo de heroína es muy baja. Es más frecuente en las ciudades de la zona fronteriza del norte.

El uso de cocaína es un poco más elevado que el de heroína y tiende a aumentar. La prevalencia en los jóvenes es muy baja y su uso se ha limitado a grupos minoritarios de niveles socioeconómicos altos. En otros países su uso ha aumentado en forma alarmante, y puede preverse que en nuestro medio alcanzará mayores proporciones.

Si excluimos el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos son con la marihuana y los solventes las sustancias de abuso cuyo consumo es mayor en nuestro país. La prevalencia media observada en la población de 14 años y a través de encuestas de hogares fue de 1% para las anfetaminas y 0.9% para los barbitúricos. En estudiantes de nivel medio y medio superior se identificaron cifras de 1.3% y 3.8% respectivamente, y en estudiantes universitarios de 2.3% y 4.8 por ciento.

Al lado de las anfetaminas y los barbitúricos, las benzodiazepinas son las drogas con utilidad médica que se consumen con más frecuencia. Sin embargo, las benzodiazepinas son sustancias muy útiles en la práctica clínica y en general poco peligrosas, si se les usa con prudencia.

La investigación epidemiológica del abuso de fármacos se basa en estudios en jóvenes y en hogares y registro de casos que permiten identificar el consumo de sustancias nuevas y el aumento o disminución en el consumo de las ya conocidas.

Prevención, tratamiento y rehabilitación

La prevención en relación con el fenómeno del abuso de sustancias y la farmacodependencia abarca dos clases de medidas, unas orientadas al control de la oferta y otras que inciden sobre la demanda.

En relación con el control de la oferta y la disponibilidad, conviene mencionar que México ha suscrito los

tratados internacionales relacionados con el control de drogas: el Convenio Único sobre Estupefacientes en 1967 y el Convenio de Sustancias Psicotrópicas en 1977. Los objetivos de estos convenios son controlar la producción, comercialización y exportación de estupefacientes, alucinógenos, estimulantes y tranquilizantes susceptibles de causar la necesidad compulsiva de consumirlos. Estos convenios proponen a los países signatarios medidas ya contempladas en nuestra Ley General de Salud y en el Reglamento sobre Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

La ley establece que una persona que posea pequeñas cantidades de sustancias psicotrópicas o narcóticos para su uso personal no debe ser considerada como delincuente, sino ser puesta a disposición de las autoridades sanitarias para que se proceda a su tratamiento y rehabilitación. Los Centros de Integración Juvenil son un organismo privado con apoyo estatal que aborda problemas de prevención y rehabilitación en diversas ciudades del país.

En lo que se refiere al control de la demanda, se han diseñado y desarrollado programas que tienen por objeto la capacitación de personal médico y paramédico en la detección y la atención de los pacientes. También se llevan a cabo programas educativos para maestros y padres de familia, con el fin de orientarlos en la identificación, manejo y canalización de personas farmacodependientes.

En resumen, en México la marihuana es la sustancia de abuso más popular entre los jóvenes y en cierto modo la más benigna, si bien, como hemos mencionado, la inhalación de sustancias volátiles tiende a rebasarla. Las anfetaminas le siguen en frecuencia de uso y son más peligrosas. El consumo de la lisérgamida y otros alucinantes es más grave aún, pero menos frecuente y tiende a decrecer. El abuso de la heroína se ha limitado a las ciudades fronterizas del norte y es el mayor peligro potencial. La cocaína se comienza a usar con fines recreativos entre adultos jóvenes de clases ilustradas. Su consumo entre nosotros no es aún un problema grave, pero las tendencias mundiales y nuevas formas de administración que la hacen más adictiva señalan la necesidad de no perder de vista el riesgo que representa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schukitt, M. A., "Genetics and the Risk for Alcoholism", *JAMA*, núm. 254 (1985), pp. 2614-2617.
2. Moser, J., *Prevention of Alcohol Related Problems*, World Health Organization, Addiction Research Foundation, Canadá, 1980.
3. Campillo, C., y M. E. Medina-Mora, "La epidemiología del uso de drogas en México", *Salud Mental*, núm. 2 (1979), pp. 10-18. Véase también C. Campillo, R. Díaz y M. Romero, *Mexican Report of the WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Phase II*, WHO Division of Mental Health, Ginebra, 1987; J. R. de la Fuente y C. Campillo, "Alcoholism and Drug Abuse in Mexico", en B. Routledge, y E. K. Fulton (eds.), *International Collaboration. Problems and Opportunities*, WHO-ARF-Books, Toronto, 1978, y M. E. Medina-Mora, M. L. Rascón, B. M. R. Otero y E. Gutiérrez, "Patrones de consumo de alcohol en México", en J. Gilbert (ed.), *Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective*, Los Ángeles, 1988.
4. Terroba, G., M. T. Saltijeral y R. del Corral, "El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida", *Salud Púb. Méx.*, núm. 28 (1986), pp. 489-494.
5. Rosovsky, H., G. García, J. L. López y A. Narváez, "El papel del consumo de alcohol en urgencias médicas y

- traumáticas”, en *Memorias de la IV Reunión de Investigación*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988.
6. De la Fuente, J. R., y D. Kershenobich, “Detección oportuna del paciente alcohólico y de sus alteraciones hepáticas”, *Salud Mental*, núm. 10 (4) (1978), pp. 76-80.
 7. Caetano, R., y M. E. Medina-Mora, *Immigration, Acculturation and Alcohol Use: A Comparison between People of Mexican Descent in Mexico and the U.S.*, Alcohol Research Group, Ref. 46, 1985.
 8. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, 1988.
 9. Tournier, R. E., “Alcoholics Anonymous as Treatment and as Ideology”, *J. Stud. Alcohol*, núm. 40 (1979), pp. 230-239.
 10. Polin, W., “The Danger of Cocaine”, *JAMA*, núm. 254 (1985), p. 98.
 11. Medina-Mora, M. E., “Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana (encuesta de hogares)”, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, núm. 4 (1978), pp. 111-115.
 12. Castro, M. E., y M. Valencia, “Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar”, *Salud Púb. Méx.*, núm. 20 (1978), pp. 585-590.

LECTURAS RECOMENDADAS

Coid, J., “Alcoholism and Violence”, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 9 (1982), pp. 1-13.

La relación entre alcoholismo y conducta violenta es compleja. El autor hace una revisión de varios estudios sociológicos y psicológicos. Éstos sugieren la existencia de un subgrupo con trastornos de la personalidad que predisponen tanto al alcoholismo como a la conducta violenta. La intensidad de su violencia los distingue de otros sujetos violentos; su pronóstico desfavorable los distingue de otros alcohólicos.

De la Fuente, R., y M. E. Medina-Mora, “Las adicciones en México”, *Salud Mental*, núm. 10 (2) (1987), pp. 3-21.

Los autores revisan el panorama de las adicciones en México. En un primer artículo abordan el abuso del alcohol y los problemas relacionados. Toman en cuenta tanto la oferta (la industria de las bebidas alcohólicas) como la demanda. En el segundo artículo hacen un diagnóstico del problema de la farmacodependencia en nuestro país, utilizando información de investigaciones ya publicadas, y proponen estrategias de prevención.

Frances, R. J., “Update on Alcohol and Drug Disorder Treatment”, *J. Clin. Psychiatry*, núm. 49 (supl.) (1988), pp. 13-17.

Los autores hacen una revisión de las nuevas tendencias en el tratamiento del abuso de alcohol y drogas psicoactivas. Incluyen temas como la detoxificación, farmacoterapia, tratamientos conductuales psicodinámicamente orientados, terapia familiar y terapia de grupo.

XIV. LA AGRESIVIDAD EN LA CONDUCTA Y EN LA PATOLOGÍA HUMANAS

Los múltiples rostros de la agresividad.—Reacciones explosivas en personas con lesiones cerebrales.—La agresividad en algunos trastornos mentales y en los trastornos psicofisiológicos.—Autoafirmación y destructividad.—El punto de vista instintivista y el punto de vista conductista.—Biofilia y necrofilia.—Las bases biológicas y sociales de la destructividad humana.—Suicidio y tendencias autodestructivas: Aspectos epidemiológicos y sociales.—Psicología del suicidio.—Conductas autodestructivas.—Suicidio y patología mental.—Consideraciones acerca de la prevención y el manejo del suicidio y parasuicidio.

EN LA vida individual y social la agresividad se muestra a cada paso con múltiples rostros. Puede ser física o verbal, deliberada o impulsiva. Puede desplazarse o permanecer inhibida. Puede verse al exterior o estar dirigida contra la propia persona.

Cólera, enojo, hostilidad, odio, resentimiento, crueldad, violencia, sadismo, masoquismo y destructividad son términos referentes a distintas formas y niveles de expresión de la agresividad.

El papel que la agresividad desempeña en la patología humana ha recibido relativamente escasa atención. Sin embargo, la agresividad en su forma de acciones violentas o en formas sutiles e indirectas desempeña un papel importante en una variedad de condiciones patológicas. La conducta de niños que han sufrido encefalitis con lesiones en los ganglios basales, el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal del tallo cerebral se caracteriza por una tendencia extrema a la violencia. También la conducta de algunos enfermos que sufren epilepsia del lóbulo temporal, la cual se relaciona con alteraciones en el sistema límbico, se caracteriza por explosiones de agresividad.

Es frecuente que enfermos que sufren lesiones cerebrales que afectan la corteza orbitaria del lóbulo frontal y la parte anterior del hipotálamo presenten cambios en la personalidad. Entre estos cambios, la agresividad es prominente. Algunas de las secuelas indeseables de la lobotomía prefrontal practicada hace algunas décadas fueron la impulsividad y la propensión a la violencia.

La hostilidad destructiva es un ingrediente común en enfermedades y trastornos mentales sin lesiones macroscópicas subyacentes. Así, el odio que albergan las *personalidades paranoides* es profundo. Atribuyendo actos agresivos a los demás, el enfermo se siente libre para convertirse en agresor, atribuyendo entonces a sus actos un carácter defensivo. El delirio paranoide se comprende en términos de la proyección de impulsos agresivos y de la incapacidad de la persona para sujetar sus fantasías a la prueba de la realidad.

Los impulsos agresivos son contenido habitual en las ideas obsesivas y en los actos compulsivos. Algunos enfermos *obsesivo-compulsivos* experimentan en forma recurrente impulsos a hacer daño a los demás. Paradójicamente, estos impulsos están dirigidos hacia las personas más cercanas y queridas, y el enfermo las experimenta como algo ajeno a él y en contradicción con sus deseos. La explicación psicodinámica es que el enfermo realmente tiene esos impulsos y por ello sufre y toma medidas para no convertirlos en

acciones. El impulso separado del deseo consciente y reprimido pugna aún por su reconocimiento y su descarga.

Al lado de estos enfermos que temen herir a los demás hay otros que viven continuamente preocupados de que a sus seres queridos les ocurran accidentes particularmente crueles y sangrientos. Se angustian por no poder prevenir esas desgracias. En algunos casos se mezclan los temores fóbicos y las obsesiones agresivas.

En *enfermos esquizofrénicos*, particularmente de la variedad catatónica, la agresividad puede explotar en forma peligrosa. La tensión agresiva parece acumularse hasta alcanzar el umbral en el cual se produce la descarga. Estos enfermos han perdido el control de sus impulsos, de manera semejante a lo que ocurre a algunos lesionados cerebrales y enfermos epilépticos.

La hostilidad inexpresada es un elemento que ha sido identificado en *dolores psicogénicos*. Algunos dolores crónicos intolerables están relacionados con impulsos agresivos no reconocidos o bloqueados en su expresión.

La conducta autodestructiva es muy visible en las *depressiones severas*. El enfermo se reprocha, se devalúa y se ataca a sí mismo, y todo puede culminar con su autodestrucción.

Hay personas cuyas vidas están dominadas por el *masoquismo moral*. Llevan su abnegación y su ascetismo al extremo. Actúan en contra de sus intereses, se agreden veladamente y cometen errores en forma reiterada que los conducen al fracaso y a la infelicidad. Esta tendencia puede coexistir en la misma persona con la tendencia sádica a humillar y a hacer sufrir. En algunos casos la necesidad de sufrir o hacer sufrir condiciona su capacidad para el goce sexual.

Si bien hay delincuentes que expresan su agresividad libremente, sin que sus actos violentos les despierten sentimientos de culpa, otros, sin advertirlo, buscan la oportunidad de expiar su culpabilidad cometiendo errores o imprudencias que conducen a su detención.

Algunos *psicópatas* no parecen estar dotados de un potencial agresivo mayor que el de otras personas. Su defecto consiste en una deficiencia de los mecanismos que normalmente inhiben, modulan o posponen la descarga agresiva. Su reducida capacidad para tolerar frustraciones les hace actuar en forma violenta en una variedad de circunstancias en las cuales la violencia es innecesaria.

EFFECTOS DE LA AGRESIVIDAD SOBRE EL ORGANISMO

Los fisiólogos han aportado datos experimentales del mayor interés. Un animal al cual se le provoca cólera al mismo tiempo que se le impide descargarla sufre un aumento del tono de la musculatura lisa y de la estriada y, como consecuencia, perturbaciones circulatorias como el aumento de la tensión arterial y otros cambios endocrinos y metabólicos. Se ha establecido que personas que viven en situaciones frustrantes y cuya hostilidad se ve impedida en su expresión por obstáculos externos o internos sufren como

consecuencia alteraciones fisiológicas en distintos órganos y sistemas.

La relación de la agresividad inexpresada con el síndrome de hipertensión arterial y con otros síntomas somáticos, como la jaqueca hemicránea, ha sido propuesta, si bien no ha sido demostrada satisfactoriamente.

Algunos *hipertensos* son sujetos que durante años alientan rencores y pensamientos agresivos sin manifestarlos. Su ideación hostil, que en buena parte permanece inadvertida, constituye una tensión interna que mantiene a su organismo física y psíquicamente preparado para ejecutar actos agresivos que nunca lleva a cabo. Eventualmente, en presencia de otros factores se establece la hipertensión esencial, que es una parte de la pauta fisiológica normal de la cólera y la tensión hostil.

En algunas formas de *artritis*, otro sector de la pauta fisiológica de la hostilidad, el aumento del tono en el sistema muscular es activado en forma persistente y más allá de sus límites fisiológicos. El daño articular es en parte su consecuencia a largo plazo. En ambos tipos de problemas la proclividad genética es necesaria.

En la *jaqueca hemicránea*, la supresión de hostilidad que se genera en exceso desempeña un papel desencadenante. A menudo las crisis se despiertan por una situación en la cual el enfermo se encoleriza y no muestra su cólera al exterior. Se postula que la emoción que no es aliviada hace uso de los mecanismos vasomotores particularmente inestables de los enfermos jaquecosos.

En los casos anteriores la agresividad puede ser principalmente inconsciente y no se expresa en presencia de provocaciones externas.

Puede decirse que lo que tiene importancia patogénica no es la simple supresión voluntaria de la descarga del impulso agresivo o su alivio en formas indirectas, simbólicas o sutiles, comprensibles en términos de adaptación a principios realistas y morales, sino su bloqueo involuntario mediante la represión y la puesta en juego de mecanismos de defensa auxiliares. El término *alexitimia* se refiere a una incapacidad que algunas personas tienen para experimentar emociones. A esta condición se le considera un factor común inespecífico presente en varios trastornos psicofisiológicos.

El examen de las constelaciones patológicas a que nos hemos referido, y en las cuales la agresividad desempeña un papel importante, pone de manifiesto que la agresividad es un proceso complejo cuyos elementos —el impulso, las fantasías y la expresión— son disociables.

La agresividad y la angustia están relacionadas. En efecto, el miedo y la angustia pueden desencadenar agresividad en el hombre. Un hecho comúnmente observado es que ante situaciones de frustración o de amenaza el hombre puede reaccionar con violencia o con temor, pero también ocurre que desde niños tememos las consecuencias de nuestra cólera y sentimos angustia ante las consecuencias del daño que quisiéramos infligir a otros. Es también una observación que personas dominadas por la angustia o el miedo son particularmente propensas a las agresiones violentas.

LA AGRESIVIDAD COMO RASGO DE LA PERSONALIDAD

La agresividad de algunas personas está engranada en su carácter. Como hemos mencionado, algunas personas son incapaces de expresar enojo o de exteriorizar agresividad en ninguna forma y ni siquiera pueden experimentarla en privado. Son personas suaves que se salen de su camino para ayudar a otros. Lo que superficialmente podría parecer solamente bondad es una forma de compensar impulsos agresivos. Puede ocurrir también que sufran una distorsión inconsciente de su sentido de autoafirmación. Tratan sus impulsos autoafirmativos como si fueran destructivos y los reprimen o suprimen para evitar el castigo y la pérdida de amor.

Hay dos modos principales como la agresividad se organiza en el carácter de los seres humanos. Una es la *autoafirmación* que se muestra como valentía, espíritu de aventura y creación; es agresividad en el sentido de necesidad de acción, de acometer los obstáculos, en contraste con la tendencia a ceder, a someterse, a retirarse ante los impedimentos. La autoafirmación es un modo de ser productivo que no implica negar a los demás; por el contrario, la persona autoafirmativa encuentra satisfacción en respetar y ayudar a otros a afirmarse a sí mismos. Aunque pugne por alcanzar sus metas con decisión y se defiende cuando sus valores y sus derechos son puestos en peligro, no se ensaña con sus rivales vencidos. Nunca destruye por destruir. Si tal cosa ocurre es accidental; es, en el peor de los casos, “un exceso de legítima defensa”.

En contraste, dice Fromm,¹ la *destruictividad* que orienta la conducta de algunas personas poco tiene que ver con la agresividad que es autoafirmación. Para las personas destructivas es más fácil detestar que amar, destruir que construir. La destructividad es una forma perversa de autoafirmación. Algo en el carácter de la persona destructiva lo impulsa a sembrar el sufrimiento a su alrededor aun sin percatarse de ello. Es cruel no tanto en respuesta a situaciones actuales que pueden ser meros pretextos para expresar el odio que alberga en su interior, sino como consecuencia de una necesidad irracional de destruir.

LAS BASES BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA AGRESIVIDAD EN LOS HUMANOS

¿Cuáles son las fuentes de la agresividad en los seres humanos? Las observaciones psiquiátricas y psicoanalíticas, datos derivados de la sociología, del estudio de la conducta animal, de la antropología y de las investigaciones experimentales, arrojan alguna luz sobre este problema.

¿Están los humanos dotados como condición inherente a su naturaleza de una fuerza instintiva, es decir, no condicionada, que impulsa a agredir y que debe ser satisfecha? ¿Es la agresividad algo innato o bien algo aprendido? ¿Es un producto de la naturaleza o de la sociedad?

El debate en torno de este problema se ha establecido entre una concepción instintivista y una concepción ambientalista de la conducta humana. La primera sostiene que la conducta de los hombres es esencialmente conducta instintiva, filogenéticamente

determinada y sostiene que las tendencias agresivas son básicamente respuestas no aprendidas a ciertos estímulos. La concepción ambientalista sostiene que la conducta humana está esencialmente determinada ontogenéticamente y en buena parte es aprendida. Desde este punto de vista la conducta agresiva tiene que ser elucidada por estímulos que se originan fuera del organismo.

Las implicaciones de ambas posiciones extremas son claras: si los seres humanos están constantemente movidos a agredir, la agresividad no se podría reducir sustancialmente mediante la eliminación de los estímulos externos capaces de evocarla, y la civilización y el orden moral deberían basarse en último término en la fuerza. Si, por otra parte, la agresividad representa una reacción, una respuesta a los estados de frustración, la supresión o la reducción de las frustraciones atenuaría las reacciones agresivas.

Las observaciones de los etólogos y las de los investigadores en el campo de la psicología animal coinciden en ciertos hechos relativos a la conducta agresiva en los animales. Estas observaciones contribuyen a la mejor comprensión de la agresividad en los seres humanos, si bien llevan consigo el peligro de las traspolaciones injustificadas si se pierde de vista que la agresividad humana es “distintivamente humana”.

Ciertamente la agresividad es un componente básico de la conducta y tanto los animales como los seres humanos pueden actuar agresivamente en situaciones apropiadas y ambos poseen universalmente en el cerebro una organización neural, que es el equipo necesario tanto para el despertar de la agresividad como para su expresión violenta y que es puesto en juego por estímulos externos o internos.

Como hemos señalado, las lesiones en áreas delimitadas del cerebro o su estimulación experimental inducen al desarrollo de docilidad o ferocidad en animales de laboratorio. Estas investigaciones, complementadas y refinadas por las de otros autores, han establecido el hecho de que en las regiones subcorticales del cerebro hay un mecanismo innato para la conducta agresiva que está situado caudalmente en el sistema límbico, sobre el cual las partes situadas por delante y la corteza cerebral ejercen una acción inhibitoria. El estudio de la conducta anormalmente agresiva en seres humanos que sufren alteraciones orgánicas del cerebro lleva a conclusiones similares.

La capacidad de reaccionar agresivamente y con violencia es algo necesario para la preservación del individuo en el mundo peligroso que habita, y por ello tiene su asiento en una organización neural específica. Pero el conocimiento de esa organización no nos aclara si la agresividad es un instinto natural e innato, como ha propuesto Lorenz,² entre otros, o un mecanismo construido en el curso de la evolución para asegurar la supervivencia de la especie en situaciones extremas. Tampoco nos aclara el grado en que está influida por el aprendizaje.

Al final de su vida Freud³ concibió a los seres humanos como dotados genéticamente de una cantidad dada de energía, de naturaleza destructiva en el sentido más amplio, que inevitablemente debe expresarse en una u otra forma. Esta energía está en un principio invertida en la propia persona. En el curso del desarrollo se vierte sobre objetos externos, y si es bloqueada en su manifestación directa externa, busca expresarse indirectamente.

Si su expresión externa se ve impedida del todo, retorna sobre el individuo mismo y puede destruirlo. En el curso del desarrollo individual la conducta al servicio de la destructividad se hace más variada y eficiente. La destructividad sólo se ve atenuada por su mezcla con el amor.

El punto de vista de Freud es que las agresiones se generan en una fuente interna de energía siempre activa y en busca de avenidas de expresión y que los estímulos externos desempeñan un papel secundario.

Un punto de vista diametralmente opuesto al de Freud fue expresado en 1939 por Dollard y sus colaboradores.⁴ Este psicólogo postuló que la agresividad no es una cantidad de energía genéticamente determinada en busca de expresión, sino un producto colateral de la frustración, la respuesta invariable a ella. Si la agresividad es universal es porque la frustración de pulsiones básicas en los humanos es también universal. Según este autor no hay una pulsión destructiva primaria. La tendencia a actuar agresivamente varía con la cantidad de frustración.

Actualmente son pocos los autores que se adhieren a la hipótesis de Freud sobre el origen de la conducta agresiva en un *instinto tánico*, es decir un instinto de muerte, aunque pocos negarían que el haber atribuido a la destructividad irracional un papel fundamental en la conducta humana representó un avance en sus teorías.

El concepto de un *instinto de muerte* ha sido generalmente rechazado porque la observación clínica no permite pensar que la destructividad sea parte fija de la conducta humana, ni que la alternativa para los humanos sea, como Freud pensó, destruir a los demás o destruirse a sí mismos. Por otra parte, los biólogos no consideran necesario postular un instinto de muerte para explicar la progresión inevitable de los seres vivos hacia la muerte, dado que por su propia naturaleza la vida es un proceso que conduce a la muerte.

En su obra *El corazón del hombre*, Erich Fromm⁵ distingue entre la agresividad que directa o indirectamente está al servicio de la vida y otras formas malignas que caracterizan al impotente y al débil y al que es incapaz de crear y de vivir autónomamente.

Abordando el problema desde el punto de vista de un humanismo dialéctico, Fromm ve en la polaridad vida-muerte los principios fundamentales que orientan la conducta de los seres humanos. Orientación biofílica y orientación necrofílica de la personalidad total son posibilidades abiertas al momento del nacimiento, y el predominio de una u otra depende principalmente de las experiencias del niño en los primeros años. La persona *biofílica* ama la vida y el goce. La persona *necrofílica* carece del goce de vivir; ama la muerte y la destrucción.

Puesto que preservar la vida es una cualidad inherente a los organismos vivos, la necrofilia es una tendencia antibiológica, es decir, una verdadera perversión. Vida y muerte son la polaridad fundamental, pero no se trata, como Freud pensó, de una dualidad entre dos instintos biológicos inherentes, sino de la oposición entre la tendencia primordial a permanecer vivo y su contradicción.

La sociedad civilizada obliga a los hombres a refrenar sus agresiones a lo largo de su vida. Sólo los autoriza a expresarlas en situaciones especiales de defensa, en forma simbólica o ritual, en las competencias deportivas y anónimamente en las guerras y revoluciones. De ahí que los seres humanos cuando agreden encuentren necesario justificarse. Por otra parte, la sociedad y la cultura son fuentes de displacer y de frustraciones. En el grado en que no satisfacen las necesidades básicas de los humanos, generan agresividad. Las sociedades y las culturas varían en cuanto a su poder para suscitar agresiones y en cuanto a la eficacia de los controles que ejercen sobre los individuos para evitar su expresión.

Puede decirse que, aun cuando las diferencias transculturales son importantes, no hay comunidades sin violencia. Los pequeños conglomerados que los antropólogos exhiben como ejemplos de comunidades sin violencia, los arapech de Nueva Guinea y los pigmeos del Congo, serían en todo caso excepciones que confirman la regla. En algunas sociedades la expresión cruda de la violencia es en buena medida sustituida por otras formas más sutiles y ritualizadas. En algunos grupos sociales y en situaciones extremas en cualquier sociedad, la violencia no sólo es aceptada sino que es altamente valorada y los crímenes son considerados actos meritorios. Tal es la experiencia histórica de las consecuencias de algunas ideologías. El terrorismo y la tortura son también formas de violencia institucionalizada en algunos grupos humanos con base en diferencias étnicas, ideológicas, geopolíticas, etcétera.

Sartre, en la que puede considerarse su obra principal en teoría social, *Critique de la raison dialectique*, concede una gran importancia a la violencia. Acepta la teoría de Thomas Hobbes de que en estado natural los hombres están en guerra unos con otros y sugiere que esto puede explicarse por la escasez. La escasez hace enemigos a los hombres. En tanto que persista la escasez, violencia y contraviolencia (el mal) son irremediables.

Cuando las fuentes de la violencia colectiva se trazan a sus orígenes se ha encontrado que el problema se genera en situaciones sociales, unas de ellas muy comunes, y otras, derivadas de circunstancias económicas, sociales y culturales particulares.

Las condiciones sociales que generan agresividad son aquellas que crean o mantienen la desorganización e ineficacia de las instituciones, limitan las oportunidades de sectores importantes de la población para desarrollar armónicamente sus vidas y capacidades y los privan de la oportunidad de participar real y significativamente en la sociedad. Dañan así su dignidad, su fe en los valores establecidos y su esperanza de lograr cambios sustanciales por medios pacíficos.

En estas circunstancias, en las que la frustración y la desesperanza son denominadores comunes, nada tiene de extraño que la violencia por mucho tiempo contenida se vierta al exterior en la forma de acciones colectivas, en el curso de las cuales los individuos transfieren al grupo los controles de su conducta, en tanto que los responsables de mantener el sistema, las autoridades de cualquier orden, se convierten en el blanco de las agresiones.

Fromm ha señalado que la violencia explosiva en áreas diversas del mundo occidental

es un síntoma de la desintegración de los sistemas prevalentes, cuyas contradicciones internas los han tornado ineficaces para satisfacer las necesidades humanas, y advierte que para evitar el colapso total se requieren cambios radicales y que no basta la simple atenuación superficial de algunos problemas.

El estudio de la agresividad humana muestra que no es ni una corriente interna continua o fatalmente recurrente de impulsos, ni una pulsión perentoria como el hambre, la sed y el sexo. Sólo se suscita en circunstancias específicas y su descarga puede ser reiteradamente inhibida. La variedad de formas en que se le puede reducir, intensificar, distorsionar, canalizar e inhibir en el curso del vivir sugiere que es un proceso flexible, susceptible de ser alterado por causas biológicas y ampliamente abierto al aprendizaje.

¿No ocurre también que en la personalidad humana existe una no-violencia primitiva, una tendencia a cuidar la vida y el bienestar de los demás? Esta bondad y esta tendencia a ayudarse es tan prevalente en la vida individual y social como la tendencia a violentar y dañar y no puede ser vista como secundaria.

La observación clínica y los estudios biográficos ponen de manifiesto que las personalidades más destructivas se organizan en una atmósfera de malos tratos, frustraciones y *desamparo*. La destructividad parece tener en ellas el carácter de un profundo resentimiento. También se ha observado que algunos sujetos que de niños tuvieron pocas frustraciones y fueron consentidos en demasía cuando llegan a ser mayores están poco capacitados para contender con las adversidades de la vida, para afirmarse y para defenderse ante los ataques de los demás.

Al parecer, todo depende de la cantidad y de la calidad de esas frustraciones. Si las frustraciones que el niño cerebralmente sano experimenta no sobrepasan su capacidad para tolerarlas, su agresividad se estructura naturalmente, es decir, esencialmente como una tendencia afirmativa que hace a la persona capaz de acometer los obstáculos que encuentra en su camino y defenderse cuando es necesario.

En grados variables, los niños son amparados y también desamparados; de ahí que la madre, el primer objeto del amor, sea también el primer objeto de la hostilidad del niño, que quisiera agredirla porque lo hace sufrir, pero como necesita de ella para sobrevivir, se ve obligado a reprimir sus impulsos agresivos.

Es muy defendible el punto de vista de que en la relación transaccional del niño con una madre que no ampara, que frustra y obstaculiza, que le hace generar demasiada agresividad y que también le impide su expresión, se encuentre el origen de la destructividad y de otras distorsiones de la agresividad que se manifiestan en el curso de la vida de ciertas personas.

Cada frustración o amenaza es interpretada por el niño. La interpretación y la anticipación que hace de sus consecuencias varían en diferentes circunstancias. La propensión de los humanos a sentirse potentes o vulnerables y la puesta en juego de los diversos dinamismos para lidiar con la angustia y la agresividad se establecen desde la infancia y pueden tener expresión en la patología humana a niveles psíquicos, somáticos y conductuales.

TENDENCIAS AUTODESTRUCTIVAS: SUICIDIO

El tema del suicidio nos interesa y nos atemoriza y preferimos no hablar de él porque la mayoría de los hombres amamos la vida y quisiéramos conservarla. Tal vez el “pecado original” del hombre no es otro que el deseo de vivir para siempre.

Me referiré a la psicología y a la psicopatología del suicidio activo, un acto específicamente humano, personal, pero también un acto social, en tanto que tiene raíces en la sociedad y afecta siempre a los demás: a la familia y a la comunidad.

No hay que perder de vista que las actitudes ante la muerte varían con la edad y las circunstancias. La noción que acerca de la muerte tienen los niños difiere de la de los adultos. Hasta cierta edad, ocho o 10 años, los niños no piensan que la muerte sea algo permanente y definitivo. Freud escribió sobre la tendencia poderosa de los seres humanos a negar la muerte y aseguró que ni los jóvenes ni los adultos pueden imaginarse muertos.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada día de 1 000 a 2 000 personas se quitan la vida, y admite que estas cifras, que son elevadas, representan solamente una parte de los casos.⁶ Las tasas de suicidio registrado varían de un país a otro; es paradójico que en los países donde se hacen los esfuerzos más exitosos para prolongar la vida se contemple un ascenso sorprendente de las tasas de suicidio; tanto de los intentos como de los suicidios consumados. En varios países de Occidente el suicidio ocupa del tercero al octavo lugar como causa de muerte. Se ha calculado que por cada suicidio consumado hay de seis a ocho intentos. En los Estados Unidos se calcula que cada año más de 200 000 personas intentan suicidarse y que de ellas lo logran de 20 000 a 35 000. Estas cifras coinciden con las observadas en otras regiones del mundo.

En los países de la Comunidad Económica Europea se ha calculado que cada año 35 000 personas se quitan la vida. Sin embargo, en el área del suicidio las estadísticas son engañosas porque un número muy elevado de casos no son registrados como tales.

Las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los viejos. Sin embargo, 12% de todos los suicidios ocurre en personas de entre 20 y 24 años, y es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. El suicidio es poco frecuente entre los niños menores de 10 años; entre los 10 y los 14 años la tasa es pequeña, pero se ha triplicado en los últimos 20 años. Entre los varones de 15 a 19 años el suicidio ha aumentado en 35% en los últimos 24 años. Los suicidios fallidos son tres veces más frecuentes en las mujeres, pero los suicidios consumados son tres veces más comunes entre los varones.

En una reunión de la Asociación Americana de Suicidología se dijo que, si continúa la tendencia actual, cuando las personas que ahora tienen 15 años sean octogenarias, la tasa de suicidio habrá subido a 130 por 100 000, más de tres veces la tasa nacional. En Hungría, el país que tiene el registro más alto de suicidio en el mundo, la tasa fue de 45 por 100 000 habitantes en 1980.

En nuestro país las tasas de suicidio son comparativamente bajas. Del orden de 1.6 por 100 000, cifra que contrasta con la tasa de homicidio, que es muy elevada: 17 por

Aspectos sociales

Las estadísticas dan una idea de la extensión del fenómeno, pero no nos informan de los procesos que predisponen y conducen a él.

El suicidio es un fenómeno que debe examinarse no sólo desde un punto de vista personal, sino desde un punto de vista social: una acción que ocurre en oposición a las creencias y normas de comportamiento sostenidas por la sociedad. Salvo excepciones, el suicidio es una conducta desviada.

Algo que el sociólogo Durkheim propuso en 1897 tiene aún validez: “una nación que se encuentra en proceso activo de cambio tiene tasas de suicidio elevadas, mientras que una nación que se mantiene estática tiene tasas de suicidio comparativamente bajas”. En efecto, hay datos para afirmar que el peso de las condiciones que generan frustraciones básicas a los miembros de una sociedad hace crecer la prevalencia del suicidio. En sociedades activas, donde las expectativas, la competencia y el miedo al fracaso son mayores, las tasas son más elevadas. Tal ocurre en los Estados tecnológicamente avanzados y prósperos como Alemania, Francia y Suiza. Lo opuesto ocurre en países menos avanzados como Guatemala y Malta.

Aparentemente las tasas de suicidio están relacionadas con las *actitudes hacia el suicidio* prevalecientes en distintas sociedades y culturas. Hungría, un país donde tradicionalmente el suicidio no despierta actitudes enérgicas de crítica y repudio, tiene una de las tasas más elevadas en el mundo; en tanto que Irlanda, país donde la cultura condena el suicidio, tiene una de las tasas más bajas. Es posible que la condenación del acto contribuya a que las tasas de suicidio sean menores en los países católicos, como lo hizo notar también Durkheim desde principios de siglo, sin que hasta la fecha haya sido desmentido.

La pérdida del significado de la vida es más común entre personas que viven en sociedades industriales. La industrialización y el estilo de vida que genera favorecen la ruptura de la cohesión familiar y el quebrantamiento de los valores tradicionales. Algunos estudios sobre el suicidio entre los jóvenes, como el que Cazullo realizó en Milán hace unos años, muestran el papel que en la elevación de las tasas de suicidio entre los jóvenes desempeñan el aislamiento, la desintegración familiar y el quebrantamiento de la tradición.

El suicidio está relacionado con aspectos socioeconómicos. Las cifras de suicidio también difieren en las áreas rurales y las urbanas, siendo más bajas en las primeras. Por otra parte, su incidencia disminuye en los países en guerra.

Es interesante que cuando aumentan las demandas y expectativas de los demás, como ocurre en situaciones de catástrofe, la inclinación al suicidio es menor. En los campos de concentración descendieron las tasas de suicidio.

En cuanto a la tasa de suicidio en diversos países, hay que tomar las cifras oficiales

con reservas porque existen grandes diferencias en la fidelidad de los registros. Un hecho reconocido es que las tasas de suicidio tienden a mantenerse relativamente constantes en los países, en tanto que la distribución varía en relación con el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, etcétera.

Hay diferencias entre el número de suicidios consumados y los intentos. Por ejemplo, los intentos de suicidio son relativamente más frecuentes entre las mujeres jóvenes, mientras los suicidios consumados son relativamente más comunes entre los hombres maduros y las personas de edad avanzada. También es más común entre los divorciados, los viudos y los solteros que entre los casados. La incidencia es mayor entre los profesionistas —particularmente entre los médicos—, que entre los no profesionistas.

Entre los soldados norteamericanos que participaron en la guerra de Vietnam se suicidaron más blancos que negros y más oficiales que soldados. Un estudio reciente, realizado en Nueva Zelanda y basado en el análisis retrospectivo de 955 casos de suicidios, arrojó los siguientes datos: se suicidan más personas de raza blanca que de otras razas, más protestantes que católicos, más divorciados que casados y más personas con ocupación bien remunerada que mal remunerada.

Hay en el fenómeno complejo que es el suicidio aspectos que no son fáciles de explicar. ¿Por qué aumenta la tasa de suicidios en la primavera y el verano? ¿Por qué el suicidio puede alcanzar proporciones epidémicas? La ola de suicidios que suelen seguir al de un personaje popular muestra la influencia sugestiva, pero, como dice León Eisenberg, “la publicidad sólo dispara la decisión de actuar en sujetos predispuestos”. Un problema aparte lo constituye el suicidio colectivo. El drama de Guyana sembró dudas sobre la libertad real que la sociedad permite a los más solitarios y desvalidos de sus miembros.

Psicología de los actos suicidas

Los factores que predisponen al suicidio son también complejos. La personalidad desempeña un papel importante y también los trastornos y enfermedades mentales. Los datos epidemiológicos no son suficientes para comprender un fenómeno que es un acto individual en el que intervienen, en grados variables, la intención y la voluntad, y en el que la soledad y la pérdida de la esperanza son esenciales.

Generalmente un caso de suicidio se comprende si se cuenta con la información necesaria, pero pocas veces se llega a la conclusión de que se trata de un acto racional en el sentido de ser la mejor alternativa y libremente escogida.

Anhelamos vivir, pero conocemos nuestra vulnerabilidad y nuestra finitud y tememos a la muerte. Tanto el miedo a la muerte como el suicidio tienen sus raíces en la condición humana. La paradoja es que tememos a la muerte y al mismo tiempo ésta ejerce sobre nosotros cierta fascinación.

El suicidio de algunas personas es la culminación, podríamos decir congruente, de una larga historia de inestabilidad y desorganización personal. El de otras es algo tan

inesperado, como si “una trampa se abriera bajo los pies del suicida”.

El acto suicida puede ser una reacción impulsiva que se desencadena en una crisis. Éste suele ser el caso de muchos suicidas adolescentes. En otros casos, particularmente en los ancianos, las acciones autodestructivas son más deliberadas y se llevan a cabo discretamente, con eficacia calculada. Hay actos suicidas que son la afirmación suprema de la dignidad humana: la autoinmolación en nombre de la calidad de la vida de los demás; otros, que son el gesto arrogante de someter a la propia voluntad el momento y la forma de morir.

Entre los eventos que precipitan a una persona al acto suicida, uno de los más frecuentes es la ruptura de las ligas con alguien de quien se depende en grado extremo. Otras causas frecuentes son la pérdida de un bien, como la salud, el estatus social o una posesión.

Erickson ha hecho notar que entre los jóvenes una causa frecuente de angustia intolerable es la *difusión de la identidad*, es decir, el fracaso para definirse a sí mismo y asignarse la función que quiere llenar en el mundo de los adultos. El problema de la identidad en los jóvenes tiene frecuentemente su eje en la identidad sexual, pero el sentimiento de estar totalmente solo y de no ser ni necesitado ni aceptado por los demás puede tener otras raíces.

La soledad ha sido reiteradamente identificada como un elemento casi nunca ausente entre las circunstancias que rodean a las acciones suicidas. Hoy en día muchos jóvenes abandonan su hogar para vivir solos y muchos viejos se quedan solos aunque no lo desean.

Cuando en 1910 se llevó a cabo en Viena la Primera Reunión de la Sociedad Psicoanalítica para estudiar el suicidio, Steckel expresó el punto de vista de que “nadie se suicida sin haber previamente considerado matar a otra persona”, es decir, que el suicida dirige contra su propia persona impulsos agresivos originalmente dirigidos a otras. Esta tesis fue adoptada por Freud quien, en su célebre trabajo sobre el duelo y la melancolía, sugirió que el duelo se explica porque la hostilidad dirigida a la persona que ha muerto se vuelca sobre el propio doliente. En ciertos casos el motivo es la venganza o el hacer que otro se sienta culpable.

Sentimientos de culpa y minusvalía son un motivo de suicidio, lo mismo que sentimientos de hastío y vacuidad. La mayoría de los niños, jóvenes o adultos tienen al menos ocasionalmente la fantasía de causarse la muerte. Afortunadamente, de la fantasía a la acción hay un largo trecho.

Algo común en los intentos de suicidio es la *ambivalencia*, es decir, el sujeto desea morir, pero no quiere morir. Si descartamos los casos de falsos intentos de suicidio, se puede decir que la ambivalencia es muy frecuente y la solución es retar al destino corriendo el riesgo de morir. De ahí que el intento se haga en situaciones en que es posible recibir ayuda. En el fondo, muchos intentos de suicidio son “una petición desesperada de recibir ayuda”. El individuo pretende que otros se percaten de cuán desesperada es su situación. Sin embargo, cualquier intento de suicidio debe verse con preocupación, ya que personas que hicieron un intento de suicidio suelen intentarlo nuevamente, y finalmente tienen éxito.

Una aproximación al estudio de la psicología del suicidio es el estudio de las fantasías de personas que han intentado suicidarse. Esto es útil porque las explicaciones que dan quienes han sobrevivido no pueden aceptarse literalmente, y en cambio las notas o cartas que dejan algunas personas que se suicidan permiten aquilatar su estado anímico en los momentos que preceden a su acción autodestructiva. Los estados mentales que estas notas reflejan son muy variables. En algunos casos es claro que el odio se mezcla con el amor, como en una nota que dice: “Espero que sufras a causa de mi muerte durante el resto de tu vida. Te ama, Juan”. La pérdida de la esperanza y la soledad extrema son patentes en algunas de estas cartas.

Las fantasías de sujetos parasuicidas con frecuencia expresan una combinación de rasgos masoquistas y sádicos. Algunos sienten placer cuando piensan en el suicidio y a otros les causa un sentimiento de poder. No hay duda de que algunos suicidios son actos de suprema soberbia. Una fantasía frecuente es la del descanso mediante un sueño sin fin. La persona anhela poner fin a una angustia que le es ya intolerable. Otra fantasía es la de renacer a otra vida más amable.

Hay casos en los que el suicida no toma en cuenta a nadie. Otras veces en el acto está implicada una persona muy significativa, quien lo rechazó, despreció o le negó ayuda. Algunos ancianos se suicidan porque los demás ya no quieren que vivan, y esto se les hace sentir en formas más o menos encubiertas. En los jóvenes, el ser rechazado por los padres es una causa de suicidio por lo menos tan frecuente como haber sido rechazado en el amor.

El suicidio puede ser un acto racional, resultado de una meditación filosófica, y es lamentable pero no irracional que una persona que sufre una enfermedad incurable y severamente incapacitante se quite la vida. Sin embargo, no puede perderse de vista que el suicidio, en tanto que afecta la vida de otras personas y tiene consecuencias sociales, *no puede ser visto como un asunto individual* que sólo concierne a quien lo lleva a cabo.

Conductas autodestructivas

Karl Menninger⁸ explicó diversas conductas autodestructivas como formas veladas de suicidio. Entre otras examinó ciertas formas de abuso del alcohol y de las drogas, el descuido de las indicaciones del médico por parte de personas seriamente enfermas, el fumar cigarrillos en exceso y la práctica de algunos deportes y ocupaciones que implican grandes riesgos letales.

Es cierto que muchos alcohólicos ponen en riesgo su vida exponiéndose a peligros graves e innecesarios, que el adicto a las drogas, sobre todo a la heroína, tiene conciencia de que puede morir a causa de una sobredosis y, sin embargo, corre riesgos una y otra vez.

He tenido la oportunidad de analizar la conducta de algunos sujetos con profesiones arriesgadas: un corredor de automóviles, hoy difunto, y una persona que realizaba trabajos riesgosos en edificios elevados. Ambos tenían una peculiar incapacidad para

experimentar angustia: una falta de resonancia afectiva en la vida habitual. Solamente encontraban algún sabor a su vida arriesgándola.

Es cierto que hay conductas que son intrínsecamente autodestructivas y otras que directa o indirectamente están asociadas con el riesgo de sufrir daños graves o aun la muerte. Sin embargo, no está justificado saltar a la conclusión de que son formas veladas de suicidio. Hay un elemento sin el cual difícilmente puede hablarse de suicidio: la intencionalidad. La *intención* es la clave de la definición del suicidio. Muchas conductas humanas son letales a corto o a largo plazo pero no son suicidas en tanto que no está presente la intención en forma abierta o encubierta, intención que sí existe en algunas muertes que tienen la apariencia de ser accidentales. Además, la muerte de algunos suicidas no es tanto el resultado de un acto intencional, sino un error de cálculo; un verdadero accidente.

Suicidio y patología mental

Los datos estadísticos en cuanto a la proporción de suicidas que sufren trastornos mentales son contradictorios. Los porcentajes fluctúan entre 20 y 60%; de todos modos, la proporción es elevada.

La forma de patología que con más frecuencia conduce al suicidio es la *depresión severa*. Hay datos para pensar que aproximadamente la mitad de las personas que se quitan la vida lo hacen bajo un estado patológico de depresión. Una persona severamente deprimida, que atenta contra su propia vida, no está haciendo uso de su libertad, porque no puede evaluar objetivamente su situación. En la depresión el abatimiento del humor cambia la visión que el sujeto tiene de sí mismo y de sus circunstancias, de su pasado y de su futuro, y puede verse en un callejón sin salida, sin estarlo realmente. Con un tratamiento adecuado la mayoría de las personas deprimidas recupera la salud y entonces su manera de verse a sí mismas cambia radicalmente en una dirección positiva. Quien se ha recuperado de un estado depresivo ya no quiere quitarse la vida.

Otros trastornos mentales que conducen al suicidio son los estados esquizofrénicos, el alcoholismo, la dependencia de drogas “duras” como la heroína, y otros trastornos de la personalidad. En Inglaterra Sainsbury y sus colaboradores encontraron en 100 suicidas que 64 de ellos sufrían depresión y 15 eran alcohólicos. En ese estudio se encontró también que una proporción de estos suicidas deprimidos estaban bajo tratamiento de medicamentos adecuados, pero frecuentemente con dosis insuficientes. Los autores piensan que el uso correcto de los fármacos antidepressivos y un manejo psicoterapéutico experto hubieran reducido notablemente el número de víctimas.

Las personas con rasgos *histéricos* son manipuladoras y sus intentos ficticios tienen el propósito de atraer la atención e imponer su voluntad a los demás. Sin embargo, el histérico puede con su gesto estar pidiendo una ayuda que realmente necesita.

Ciertos tipos de personalidad están más predispuestos a recurrir al suicidio: personas *esquizoides* y otras sujetas a cambios cíclicos del humor son las que tienen un riesgo

mayor. Personas retraídas, introvertidas y aisladas, con rasgos obsesivos y conciencia moral rígida, son propensas a sufrir depresiones severas. Los enfermos esquizofrénicos también son propensos a sufrir depresión, al igual que quienes sufren epilepsia del lóbulo temporal. Los *psicópatas* irresponsables e incorregibles también pueden suicidarse. De hecho, un tipo de suicida es un sujeto psicópata incapaz de adaptarse constructivamente a la vida, que cae en el alcoholismo o la dependencia de drogas, y cuando llega al final de sus recursos se suicida. Estas personas que difícilmente pueden mantener un hogar integrado o establecer con alguien ligas afectivas profundas y estables, que no tienen restricciones morales ni están comprometidas con ninguna meta en su vida están más dispuestas que otras personas a quitarse la vida cuando confrontan circunstancias adversas que contemplan como insuperables.

Con excepción de las enfermedades incurables y dolorosas en fases terminales, las incapacidades y defectos físicos no son por sí mismos causa frecuente de suicidio. La mayoría de las personas con defectos e incapacidades físicas se adaptan a ellos y los sobrellevan. Un hecho importante, razonablemente establecido, es que es más bajo el número de personas que se quitan la vida por sufrir una enfermedad incurable que el de quienes se suicidan porque creen sufrirla. Quien sufre depresión hipocondriaca y cree tener cáncer tiene mayor riesgo de suicidarse que una persona que realmente lo sufre.

¿Es posible identificar a las personas en riesgo de quitarse la vida y también a quienes están inclinados a repetir el intento? Ni una ni otra cosa son fáciles. Sin embargo, cuando alguien se ha dado por vencido, piensa que la vida no le ofrece ya nada que valga la pena, se siente incapaz de contender con sus problemas reales o imaginarios, está solo, carece de apoyo familiar y de amistades, y ha intentado previamente quitarse la vida, es de pensarse que habrá de intentarlo de nuevo. La soledad y la carencia real o imaginada de apoyo familiar y social, y, como hemos reiterado, la depresión en cualquiera de sus formas, son condiciones comunes en quienes se quitan la vida. Se ha descrito un “síndrome presuicida”, consistente en cambios notorios en el modo de ser habitual, con tendencia a la retracción, al aislamiento y a la pérdida de intereses.

El suicidio en México

Aun cuando una proporción elevada de casos no es registrada, no hay duda de que en nuestro país el índice de homicidios (17 por 100 000 habitantes) es notablemente superior al de suicidios, que es menor de 2 por 100 000. En general, se reconoce que en los países con un índice elevado de homicidas el índice de suicidio es comparativamente bajo. Sin embargo, el homicidio es un acto que difiere del suicidio en cuanto a motivaciones y circunstancias en que ocurren. No se trata de las dos caras de una moneda. En nuestro medio, aproximadamente la mitad de los homicidios no es planeada sino que es consecuencia desafortunada de riñas entre personas que se encuentran en estado de ebriedad.

En un estudio epidemiológico en el que se analizó la prevalencia de suicidio en México durante la década 1971-

1980, el índice de suicidios consumados fue de 1.5 por 100 000 habitantes.

Sólo una proporción de los suicidios y de los intentos de suicidio son registrados y pasan a formar parte de las estadísticas oficiales. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje de suicidios consumados ocurrió en el grupo de 15 a 24 años⁹ (28%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (21% de los suicidios consumados). La tasa de suicidios más elevada correspondió al grupo de 25 a 34 años (2.59 por 100 000 habitantes). Los suicidios consumados fueron más frecuentes entre los varones, en tanto que la proporción de mujeres que lo intentaron fue mayor.

Los métodos empleados por los hombres fueron principalmente las armas de fuego y el ahorcamiento y las mujeres prefirieron el envenenamiento. En un porcentaje elevado de casos las causas que llevaron a la persona a quitarse la vida no fueron establecidas.

Los estudios epidemiológicos recientes muestran datos semejantes. El estudio de 80 casos de suicidio durante 1980 indicó que el promedio de edad de los suicidas fue de 34 años y el porcentaje de hombres fue superior al de mujeres. El 24% de los suicidas era alcohólico y 29% del total de sujetos estaba intoxicado en el momento del suicidio.¹⁰

Consideraciones acerca de la prevención y el manejo

En principio, la expresión de ideas suicidas por cualquier persona debe ser tomada en serio. El médico suele cometer el error de no reconocer el peligro de que una persona se suicide e interpreta sus anuncios como meras manipulaciones. Algunos médicos se niegan a escuchar a quienes anuncian su intención de quitarse la vida o les responden en forma hostil. En el curso de un tratamiento psicoterapéutico puede ocurrir que interpretaciones inoportunas hechas a personas frágiles abatan sus defensas precarias y las hagan más vulnerables a sus impulsos autodestructivos.

La severidad de un intento de suicidio se estima con base en la *evaluación del riesgo* que la persona ha tomado realmente, en los medios que usó y en las circunstancias. Una persona que hace un intento suicida pero que en realidad alienta el deseo de ser rescatada da a conocer su intención y elige medios y circunstancias que le permitan ser descubierta oportunamente y salvada.

La persona que planea cuidadosamente su suicidio para no fallar arregla sus asuntos y anticipa los efectos que su acción va a causar en sus amigos y en su familia, tiene un riesgo elevado de quitarse la vida.

La inducción deliberada de la muerte es algo ajeno al espíritu de la medicina. Sin embargo, hoy en día muchos médicos y personas ilustradas piensan que los hombres tenemos el derecho a morir con dignidad y pocos médicos discutirían la base moral de *no prolongar una vida irreparablemente dañada*. Sin embargo, pocos médicos piensan que las personas tienen el derecho a disponer de su propia vida. No es éste el lugar para ahondar en este asunto. Solamente señalaré dos aspectos que es necesario tomar en cuenta en el debate: una proporción elevada de algunas personas que desean activamente quitarse la vida sufre trastornos psiquiátricos a menudo transitorios y su margen de autodeterminación está estrechado por la condición patológica que sufren. Arnold Toynbee ha escrito que “la muerte tiene dos caras: la que presenta a quien se va y la que presenta a los que se quedan. El aguijón de la muerte es menos agudo para la persona que muere que para quien le sobrevive”.

El buen manejo médico-psicológico de la persona que ha hecho un intento de suicidio requiere tomar en cuenta dos aspectos: la persona y sus circunstancias. La función del médico es tratar de evaluar la intención y la severidad del acto, comprender sus determinantes y ayudar a la persona a superar su desesperanza, su soledad y su falta de deseo de vivir. Se requiere que la relación que el médico establezca con el sujeto sea significativa. Sin ello, es improbable que pueda brindarle ayuda eficaz. Con frecuencia se impone buscar el apoyo de la familia y en algunos casos el de otras personas importantes en la vida del sujeto. Es necesario examinar los sentimientos del paciente en relación con el desenlace fallido, como la vergüenza y el temor al rechazo. Es también necesario ayudar al paciente a examinar los móviles de su acción y responder a su petición de ayuda.

Siempre que sea posible es conveniente que algún familiar participe en la *prevención de la reincidencia* y que asuma la responsabilidad de ayudar a la persona a superar la situación crítica.

Hay otro aspecto del problema. La posición del médico ante la familia de un suicida. La persona que se quita la vida deja en sus padres, cónyuge e hijos un sentimiento de culpabilidad, amargura y sufrimiento que puede persistir por el resto de la vida. En estos casos, la verdad debe usarse en beneficio de los deudos. A veces es necesario que ellos reconozcan sus omisiones y su culpa, pero cuando la intención del suicida fue dejar un sufrimiento permanente en los suyos, la meta es ayudarlos a superar sus sentimientos infundados. En principio, debe despojarse al suicidio del halo de horror que lo rodea, y contender con él como lo que es: un problema inherente a la condición humana.

¿Qué papel corresponde al tratamiento farmacológico en el manejo de los parasuicidas? Se cuenta con fármacos efectivos para modificar el humor patológicamente abatido cuando tal es el caso. Es claro que los fármacos sólo inciden sobre una faceta, a veces secundaria, del manejo de quien ha intentado quitarse la vida.

Sólo el médico que dispone de tiempo y tiene interés y respeto por la condición humana puede ayudar a estas personas desafortunadas. El suicidio es una encrucijada a la que se llega por muy diversos caminos y nadie puede asegurar que no habrá de encontrarse en ella.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fromm, E., *Anatomía de la destructividad humana*, Siglo XXI, México, 1977.
2. Lorenz, K., *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Siglo XXI, México, 1972. Véase también K. Lorenz y P. Leyhausen, *Biología del comportamiento: Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*, Siglo XXI, México, 1971.
3. Freud, S., “Más allá del principio del placer”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1983. Véase también E. Fromm, “Teoría freudiana de la agresividad y la destructividad”, *Rev. Psicoanal., Psiquiatría, Psicol.*, núm. 8 (1968), pp. 19-48.
4. Dollard, J., *Frustration and Aggression*, Yale, New Haven, 1939.
5. Fromm, E., *El corazón del hombre. Su potencia para el bien y para el mal*, FCE, México, 1977.

6. Clayton, P. J., "Epidemiologic and Risk Factors in Suicide", en L. Grinspoon (ed.), *Psychiatry Update. The American Psychiatric Association Annual Review*, vol. II, American Psychiatric Press, Washington, 1983.
7. Terroba, G., A. Heman, M. T. Saltijeral y P. Martínez, "El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos", *Salud Púb. Méx.*, núm. 28 (1986), pp. 48-55.
8. Menninger, K., *Man Against Himself*, Harcourt, Brace and Co., Nueva York, 1938.
9. Terroba *et al.*, "El intento de suicidio en adolescentes mexicanos...".
10. Terroba, G., M. T. Saltijeral y R. del Corral, "El consumo del alcohol y su relación con la conducta suicida", *Salud Púb. Méx.*, núm. 28 (1986), pp. 489-494.

LECTURAS RECOMENDADAS

Barracough, B., y J. Hughes, *Suicide. Clinical and Epidemiological Studies*, Croom Helm, Londres, 1985.

Los autores presentan los resultados de un estudio de 100 suicidios. Enfatizan la importancia de la enfermedad mental, el aislamiento social y el estrés psicosocial como precursores del suicidio. Proponen que con la observación sistemática se abren posibilidades para el conocimiento y prevención del suicidio.

Check, W. A., "Homicide, Suicide, other Violence gain Increasing Medical Attention", *JAMA*, núm. 254 (1985), pp. 721-730.

La violencia interpersonal es quizá la causa de mortalidad que se incrementa con mayor rapidez. En los últimos años han aumentado las investigaciones científicas sobre el suicidio, homicidio, violación y otros tipos de conducta violenta. El autor hace una revisión de algunos de estos estudios.

Genovés, S., F. Salamanca-Gómez, J. M. Velasco-Alzaga y H. Margáin-Charles, "Violencia", *Gac. Méd. Méx.*, núm. 116 (1980), pp. 197-212.

Los autores revisan diferentes aspectos de la violencia. Salamanca presenta algunas evidencias sobre la genética de la agresividad. Velasco-Alzaga hace una revisión de la epidemiología tanto del homicidio como del suicidio. Genovés presenta algunos datos obtenidos en el experimento *Acali*, ideado para profundizar sobre los orígenes de situaciones de fricción y de violencia a nivel interpersonal. Margáin-Charles comenta sobre la violencia y la racionalidad.

Krakowski, J., J. Volauka y D. Brizer, "Psychopathology and Violence. A Review of Literature", *Compr. Psychiatry*, núm. 27 (1986), pp. 131-148.

Los autores revisan el papel de la psicopatología en la conducta violenta. La predicción de la violencia en la población psiquiátrica puede hacerse teniendo en cuenta el diagnóstico, la evolución de la enfermedad y algunas constelaciones de síntomas. Dependiendo de la psicopatología, la conducta violenta difiere en intencionalidad, planeación, severidad. Por ejemplo, la violencia de un paciente con esquizofrenia paranoide será diferente, tanto cualitativa como cuantitativamente, a la del paciente con demencia senil.

XV. LA PSICOTERAPIA EN LA MEDICINA

Mecanismos inespecíficos en la psicoterapia.—La fe y la esperanza.—Importancia del marco teórico.—Psicogénesis y psicoterapia.—Formulaciones psicodinámicas.—La vuelta a la conciencia.—Valores y creencias en la psicoterapia.—Los riesgos de la psicoterapia.—Efectividad de la psicoterapia.—¿Hay una psicoterapia médica?—El futuro de la psicoterapia.

PSICOTERAPIA es cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos que lleva a cabo una persona adiestrada, por medio de una relación profesional con un paciente, con el propósito de ayudarlo a remover o atenuar síntomas o patrones de conducta indeseable y mejorar el funcionamiento de su personalidad y sus relaciones con los demás.

La psicoterapia está en auge. Esto se explica en parte porque lo que en sus orígenes fue un tratamiento médico se convirtió gradualmente en un instrumento de ayuda psicológica de “amplio espectro” que rebasa los límites de la medicina. El auge de la psicoterapia se explica también por el anhelo de autoconocimiento, paralelo al anhelo de conocimiento de la naturaleza, que caracteriza al hombre de nuestro tiempo. A este auge también contribuye la desafección de millones de personas a las instituciones que tradicionalmente les ofrecían un marco de orientación y devoción.

En algunos círculos ilustrados la multiplicidad de “escuelas” de psicoterapia, cada una de las cuales asume ser superior a las demás, la diversidad de sus formas y de las metas que se persiguen, sumadas a la heterogeneidad de quienes la practican, generan escepticismo y confusión. Por ello es necesario que el médico tenga una imagen razonablemente informada y actual de este campo de la terapéutica que nació en la medicina y sigue siendo parte de ella. Esta información le permitirá apreciar mejor el sentido y el valor de una actitud psicoterapéutica en el trato y tratamiento de los enfermos.

MECANISMOS INESPECÍFICOS EN LA PSICOTERAPIA

No obstante que algunos exponentes de distintas “escuelas” de psicoterapia asumen su carácter único y ponen el acento en las diferencias, muchas observaciones apuntan en la dirección de que las semejanzas son más importantes. ¿Cuáles son los ingredientes que comparten las distintas formas de psicoterapia? Se han señalado los siguientes: la *confianza* que el sujeto deposita en el terapeuta, su *expectativa de recibir ayuda*, un *esquema racional* que es aceptado por ambos y que orienta las explicaciones que se dan al sujeto, y por último, apoyo de un grupo social. También se está de acuerdo en que en cualquier forma de psicoterapia intervienen la persuasión y la sugestión y en que, cuando el tratamiento es exitoso, en el sujeto ocurre alguna forma de *aprendizaje*: por condicionamiento, autodescubrimiento o identificación.

La *sugestión* es un poderoso instrumento de influencia psicológica presente en todas las formas de psicoterapia y que permanece como un agente oculto en muchas prácticas de la medicina moderna sustentadas en la autoridad de los médicos. La sugestión se

entiende como la influencia que se ejerce sobre los demás por medios no racionales. Es un componente nuclear en diversas prácticas mágicas. La participación en las psicoterapias de este fenómeno, cuya naturaleza íntima se desconoce, en ningún caso puede ser excluida. La sugestión tiene dos polos: la capacidad sugestiva del emisor y la sugestibilidad del receptor. Ambos elementos son centrales y cobran relieve en la hipnosis, el efecto placebo y en una variedad de prácticas y eventos terapéuticos. Su acción puede ejercerse con o sin la advertencia de los participantes.

En contraste con la sugestión, la *persuasión* se define como el intento de influir en otros a través de la racionalidad y de la fuerza lógica de los argumentos.

LA FE Y LA ESPERANZA

En la alianza que forman el curador y el enfermo con el propósito de lograr la curación de este último hay dos componentes generalmente considerados de naturaleza primitiva y arcaica que ejercen una influencia poderosa y a los cuales se ha prestado poca atención dentro del marco científico; ambos son componentes activos en las acciones médicas. La fe puede formularse en términos de “confianza en el médico y en la medicina que practica”, y a la esperanza podría llamársele *pronóstico favorable*, pero no por eso cambia su naturaleza esencial. Lo contrario de la fe y de la esperanza es la desconfianza y el desaliento que en sus formas extremas significan “darse por vencido”. Tanto la fe como la esperanza están presentes en las acciones psicoterapéuticas y ningún clínico con experiencia dejaría de reconocer su poder.

La *fe* presupone una imagen interna de algo o de alguien en que se puede creer. Esta imagen puede ser la de una entidad suprahumana o puede referirse a la ciencia o a la técnica. La fe ilimitada que algunas personas tienen en la técnica no es muy diferente de la que otras personas tienen en fuerzas extranaturales. La fe puede basarse también en experiencias y en hechos establecidos; lo importante es que opera independientemente de su contenido. Su eficacia no depende tanto de “su verdad”, sino del hecho mismo de tener fe. Por ejemplo, el poder curativo de la fe ha sido demostrado en Lourdes, en forma indudable por lo menos en 49 casos de tres tipos: desórdenes psicósomáticos, tumores de crecimiento lento y estados crónicos incapacitantes.

La fe ocupa el lugar central en algunas prácticas terapéuticas místico-religiosas. En una atmósfera emocionalmente intensa, personas psicológicamente dispuestas tienen la experiencia súbita de su comunicación con una entidad superior y caen en un “trance”. En el curso de estos estados disociativos les ocurren cosas insólitas: “hablan en lenguas”, tienen “visiones reveladoras” y tal vez la convicción de que han sido poseídas por “el espíritu”, santificadas y curadas de sus males. Puesto que están dispuestas a dar testimonio de ello, refuerzan la fe de los demás y contribuyen a fortalecer el sistema de creencias del grupo. Hay razones para pensar que la fe, en diferentes contextos, es una importante influencia psicológica curativa, un elemento que opera inespecíficamente en sistemas de curación ya sea médicos, paralelos, religiosos o mágicos.

La *esperanza* es también un componente arcaico y fundamental de la naturaleza humana. En efecto, la inclusión del futuro en la conciencia, es decir, tener expectativas positivas acerca del curso de eventos futuros, es un rasgo único del hombre. Nuestras esperanzas y nuestras expectativas del futuro son parte del presente e influyen en el funcionamiento de nuestra mente y de nuestro cuerpo. Una forma de inducir o fortalecer la esperanza de un paciente es precisamente “hacerle un buen pronóstico”.

Es pertinente hacer algunas distinciones en relación con la esperanza. Hay esperanzas que son meras ilusiones y otras que son anticipaciones de lo que es posible. La esperanza que actúa como “una profecía que se cumple” es diferente de la esperanza trivial, “espero que mañana no llueva”, o de la expectativa ingenua de quien espera lo imposible. Hay esperanzas racionales e irracionales, pero la esperanza es importante, independientemente de su fundamento.

Lo contrario de la esperanza es el desaliento. *Darse por vencido* es uno de los factores antiterapéuticos más poderosos. Entre algunos aspectos de la medicina que merecen que se les preste mayor atención está la observación de que el alivio de muchos enfermos se acelera cuando ellos “quieren aliviarse”, y que cuando no desean aliviarse su evolución es más lenta y difícil. En ciertas circunstancias la vida de un paciente se ha prolongado porque no quería morir. Darse por vencido es un estado global del organismo que abre paso a la enfermedad e influye negativamente en su curso y desenlace.

Con o sin advertencia de ello, los médicos actúan en formas que despiertan expectativas favorables, es decir, avivan en sus pacientes la esperanza. Despertar las esperanzas de los enfermos es un ingrediente que siempre está presente en todos los sistemas de curación. El charlatán usa también deliberadamente este recurso y le lleva ventaja al médico en cuanto a que no tiene que cumplir sus promesas.

La esperanza y la fe compartidas por el enfermo y por quien cura son elementos inespecíficos que operan en el contexto de la magia, el curanderismo, los sistemas paralelos de medicina, el efecto placebo y también la psicoterapia. El poder terapéutico de la esperanza y de la fe se manifiesta en el *efecto placebo*.¹ En principio estos efectos curativos son efímeros y suelen desvanecerse en un tiempo corto. Sin embargo, es un hecho que algunos de los cambios logrados tienden a perpetuarse. ¿Qué es lo que les da permanencia? Por lo menos en parte, la respuesta radica en la asignación de significados.

EL MARCO TEÓRICO

Cada sistema de curación por medios psicológicos cuenta con un marco propio de orientación y referencia: un esquema conceptual más o menos explícito que sirve para asignar significados a los síntomas, a la enfermedad, a la conducta, etc. *Asignar significados* a conductas, experiencias y estados psicológicos que en apariencia no los tienen responde a una necesidad humana fundamental. Si bien las aclaraciones y explicaciones que se dan a los sujetos varían entre lo simplista y lo muy elaborado, su objetivo es ayudarles a encontrar sentido a sus síntomas y a sus sufrimientos, y reducir la

discrepancia entre su mundo subjetivo, el padecimiento y la realidad objetiva, la enfermedad. La asignación de significados dentro de un marco de referencia coherente contribuye a que los efectos de la fe y de la esperanza, compartidas y avaladas por el grupo, se mantengan vivos.

Como ocurre en otras relaciones humanas, lo que confiere a una persona, el terapeuta, el poder de influir en los pensamientos, sentimientos y decisiones de otro, el paciente, es la gratificación de deseos básicos de *ser amparado*, que son universales y están arraigados en experiencias infantiles propias de la condición humana. Freud estuvo en lo justo cuando afirmó que por sí misma la razón no es suficiente para producir cambios, y que éstos se originan en el contexto de la poderosa liga emocional que se establece entre el médico y el enfermo.

Hemos puesto énfasis en los ingredientes comunes a diferentes formas de influencia psicológica que contribuyen a la curación. Es claro que ni las técnicas ni los marcos conceptuales de los distintos sistemas de psicoterapia que ponen el acento en uno u otro aspecto son intercambiables. En tanto que algunos sistemas cuentan con técnicas muy precisas y sistemas explicativos muy elaborados otros tienden a restar importancia a la técnica y aun a ignorarla del todo y sus marcos teóricos son muy simples o no se desprenden del sentido común.

PSICOGÉNESIS Y PSICOTERAPIA

Es pertinente mencionar dos hechos más. Uno, que históricamente los conceptos de psicoterapia y psicogénesis tuvieron un origen común y después se separaron. Con el tiempo ambos conceptos han ganado en extensión y perdido en especificidad. Un problema central es que no hay continuidad epistemológica entre la psicopatología y la psicoterapia. Para asignar su lugar justo a lo psicológico en la cadena de eventos etiopatogénicos cuyo producto final es la enfermedad, el trastorno o la desviación, es necesario distinguir, como en su tiempo lo propuso Jaspers,² entre relaciones causales y relaciones significativas. No hay razón para asumir que en la mente los eventos que son concomitantes o subsecuentes estén causalmente relacionados entre sí, o bien puedan tener alguna relación. Otro hecho que debo mencionar es que la mente “se resiste a abrirse”. Esto fue apreciado como un obstáculo a vencer tanto por Husserl como por Freud y ambos le atribuyeron la mayor importancia. Mediante la *reducción fenomenológica* Husserl intentó la apertura de la mente eliminando la distinción entre el sujeto y el objeto y excluyendo juicios de valor e inferencias causales.³ Freud diseñó el método de las asociaciones libres que hace posible que una persona se observe a sí misma con la ayuda de otra.⁴ La reducción fenomenológica y la asociación libre son afines en cuanto a que ambas intentan vencer la resistencia interna y aumentar las posibilidades de que una persona pueda penetrar en la mente de otra.

FORMULACIONES PSICODINÁMICAS

La psicodinamia procede del psicoanálisis y representa el intento de explicar la conducta humana a partir de fuerzas instintivas y de controles en gran parte inconscientes. Con el propósito de asignar a estas formulaciones el valor que les corresponde, es conveniente examinarlas con actitud crítica. Mediante el método de las asociaciones libres Freud hizo observaciones e inferencias y construyó explicaciones acerca del origen de una diversidad de síntomas y conductas patológicas. Si bien la expectativa de que la reubicación en la vida consciente del sujeto de los “conflictos infantiles reprimidos” habría de traer consigo la desaparición de los síntomas es una hipótesis que no fue confirmada, la exploración del inconsciente y de las experiencias infantiles ha contribuido al mejor conocimiento de las contradicciones y de los conflictos más íntimos de los seres humanos.

Algunas formulaciones psicodinámicas que mantienen su valor en la psicoterapia⁵ son:

a) El concepto de una región de la mente, el *inconsciente* y el concepto de *represión*. Ambos son conceptos teóricos pero empíricos, que pueden verificarse tanto en el trabajo clínico como en la vida cotidiana. En parte permiten explicar que tengamos una imagen distorsionada de muchas personas y de nuestros motivos.

b) Trazar la conducta a su origen en fuerzas irracionales es una observación filogenética indiscutible, pero la teoría que traza su origen individual a uno o dos troncos instintuales no es indispensable y otras formulaciones alternativas pueden tomarse en cuenta. Una de ellas es la teoría de la *autonomía de los motivos* propuesta por Gordon Allport, quien trata las pasiones humanas —odio, cólera, sexo, celos, anhelo de poder, de depender, etc.— en términos de su “importancia actual” en la vida y en la conducta de una persona.

c) El concepto de *conflicto interno* y su expresión en el contenido de síntomas y fantasías, y el concepto de *mecanismos de defensa* que participan en la adaptación y en la formación de síntomas, si bien son más descriptivos que explicativos, tienen valor en la clínica.

d) La concepción psicodinámica del carácter es un buen modelo para comprender las *formas de relacionarse* y los modos de contender, que son recurrentes y característicos de una persona.

e) *La influencia de la infancia* en la vida y en el carácter de las personas se muestra en dos aspectos: uno, hay síntomas y trastornos del adulto que se inician en la niñez; y otro, hay patrones de conducta cuyo origen se aclara cuando se les relaciona con situaciones recurrentes o particularmente adversas de la infancia.

Kardiner rechazó en su oportunidad el concepto de la evolución de los instintos del *id*, como un artefacto creado por el marco de referencia del observador. Propuso que es el *ego*, es decir, el conjunto de las funciones psicológicas de adaptación que tienen sustrato en el diseño funcional del cerebro, el que está sujeto a desarrollo.

El “dogma” de que los trastornos mentales de los adultos tienen su origen en un desarrollo psicosexual hipotético ha perdido credibilidad y con ello también ha perdido sentido la práctica de reconstruir minuciosamente y “revivir” en el escenario psicoterapéutico las experiencias infantiles.

La debatida teoría del *complejo de Edipo* es sustituible por la teoría alternativa de las *ligas de apego* de naturaleza emocional, cuyas bases filogenéticas han sido estudiadas por los etólogos en los animales y en niños por Bowlby.

La psiquiatría clínica ha incorporado a su cuerpo de conocimientos e hipótesis útiles no sólo algunas formulaciones psicodinámicas generales que hemos observado, sino también numerosas observaciones hechas mediante el método psicoanalítico. Sin embargo, otras explicaciones psicodinámicas a las que se dio crédito en el pasado son vistas ahora como innecesarias. La sustitución de conceptos psicoanalíticos ya caducos por conceptos nuevos basados en la observación y la experimentación es muy notable en las áreas del desarrollo del niño, la psicopatología, la medicina psicosomática y la psicoterapia.

Es prudente reconocer el valor de las grandes teorías generales y de numerosas observaciones e inferencias cercanas a los hechos. El marco psicoterapéutico actual es amplio, y puede incluir tanto aspectos psicodinámicos como aspectos cognitivos y conductuales.

En suma, las formulaciones psicodinámicas generales conservan utilidad porque las observaciones que se hacen con base en ellas tienen sentido y son “aproximaciones a la verdad”, señales en el camino hacia el conocimiento de la persona. Es poco sensible no reconocer su valor para la comprensión de la psicología normal y patológica de los individuos, de la cultura y la sociedad.

LA VUELTA A LA CONCIENCIA

Desde el principio del siglo el estudio de la conciencia declinó en virtud de que el psicoanálisis y el conductismo desviaron la atención de los clínicos en otras direcciones: Freud hacia el *inconsciente* y los estudios del comportamiento hacia la *conducta observable*, a la cual tomaron como el único objeto legítimo de la psicología. Hoy se puede decir que la conciencia vuelve a ocupar en el escenario de la psicología el lugar central que tuvo en el pasado.

En efecto, el peso que hoy se da a la conciencia es notable en distintas corrientes de la psicopatología. En el psicoanálisis es el énfasis en el *ego* en lugar del *id*, es decir, la *adaptación* en lugar de los instintos. En la psicología conductual es la inclusión de los contenidos conscientes definidos como “estados internos”. Por otra parte, la experimentación somete a examen algunas de las funciones esenciales de la conciencia.

Actualmente la corriente psicoterapéutica que hace de la conciencia y de las cogniciones el objetivo principal de sus intervenciones cobra importancia. Hoy en día la psicología de la conciencia propicia el acercamiento entre la observación, la introspección y la experimentación, y tiende un puente entre territorios que estaban separados.

El énfasis en la cognición tiene antecedentes históricos en la filosofía (Descartes, Leibniz y Kant). En la psicoterapia el origen de las escuelas cognitivas se remonta a Alfred Adler, quien puso el acento en el “estilo de vida” equivocado y la interpretación errónea que la persona hace de sus experiencias. Este autor expresó que

“la búsqueda de la superioridad personal”, la persecución de metas inalcanzables y la *falta de interés social* son los problemas psicológicos centrales en las personas neuróticas.

Entre las teorías cognitivas que hoy tienen muchos adeptos me referiré a dos.

La teoría de “las construcciones personales” propuesta en 1955 por G. Kelly⁶ postula que los hombres hacen predicciones y se fijan expectativas que influyen poderosamente en sus conductas. Este autor propone una práctica de la psicoterapia basada en el análisis lógico, empírico y pragmático de esas “creencias disfuncionales”. Las construcciones o hipótesis personales de la gente común, escribe Kelly, no son distintas de las hipótesis más formales y sistematizadas que conciben y ponen a prueba los científicos.

A. Beck⁷ propone una *psicoterapia cognitiva* de la angustia y la depresión a partir del concepto de que “los significados que se atribuyen a los eventos anteceden a las emociones” y cuando son distorsionados causan trastornos. Su punto de vista acerca del manejo psicoterapéutico de la depresión pone énfasis en el reconocimiento de “errores lógicos del pensamiento” y de “esquemas depresivos latentes” que se activan en la depresión.

El objetivo de la psicoterapia cognitiva es identificar y alterar esas creencias patogénicas no reconocidas y no verbalizadas que colorean las cogniciones y alteran el estado afectivo.

La diferencia principal entre la psicoterapia psicodinámica y la psicoterapia cognitiva radica en el énfasis que la primera pone en los motivos inconscientes y en el pasado, y el énfasis de la segunda en lo aprendido y en el presente. Sin embargo, las “fantasías motivacionales” equivalen a los “esquemas cognitivos”. En todo caso pensamos que el modelo dinámico es más amplio e incluye al esquema cognitivo.

PAPEL DE LA VOLUNTAD EN LA PSICOTERAPIA

La *voluntad*, capacidad de gobernar las propias acciones, se relaciona con la libertad, la responsabilidad y los valores.

Las experiencias de algo que llamamos libertad y autonomía y las de autodeterminación y selección son experiencias cotidianas. Por ello nos sentimos responsables y también la sociedad nos hace responsables.

En el pasado la voluntad fue vista como la *facultad vitalista* propia del hombre para determinar sus actos en forma autónoma. El reconocimiento de que el hombre es movido por fuerzas instintivas y sociales que operan más allá de su advertencia y su control hace pensar a algunos que la voluntad es una construcción innecesaria. Escoger y actuar libremente, se dice, es sólo un espejismo, una experiencia subjetiva.

En el psicoanálisis tradicional el planteamiento es aparentemente contradictorio. Se postula un determinismo biológico de naturaleza instintiva y la repetición compulsiva de las experiencias infantiles, pero se plantea también la ampliación del margen de la libertad mediante el conocimiento de uno mismo.

A primera vista el determinismo propio de la ciencia inclinaría hacia una concepción

determinante. Sin embargo, se podría también plantear el problema en los términos siguientes: ¿Permite la corteza cerebral humana, el órgano más evolucionado de la naturaleza, la introducción de la voluntad como un eslabón en la cadena de eventos determinantes?

El papel de la voluntad se hace más claro cuando se examinan diversos trastornos mentales que la obstaculizan y la limitan: histeria, fobia, neurosis obsesiva, impulsiones, esquizofrenia, catatonía, melancolía, adicción al alcohol o drogas, etc. También puede examinarse la falsa experiencia de libertad del enfermo maniaco.

Es claro que la libertad del hombre sano no es absoluta sino relativa. Una persona inteligente y educada tiene mayor número de posibles soluciones y el débil mental y el ignorante tienen menos y son por lo tanto menos libres. Sin embargo, la voluntad es una realidad objetiva. Su puesta en juego aumenta las posibilidades de alcanzar metas. Fromm⁸ pone como ejemplo lo que ocurre en el juego de ajedrez, donde después de algunas jugadas el desenlace es ya inevitable.

Dentro de ciertos límites el hombre es capaz de autonomía, creatividad, responsabilidad, capacidad de escoger y autorrealización. Sin desconocer sus limitaciones es válido atribuir al hombre sano la capacidad de dirigir su propia vida. El margen de la libertad es estrecho, pero en ese margen está la diferencia.

La voluntad del sujeto desempeña un papel importante en la psicoterapia. De hecho, la psicoterapia ayuda a reconstruir la libertad, como sentimiento subjetivo y como hecho objetivo.

LOS VALORES Y LAS CREENCIAS EN LA PSICOTERAPIA

En los últimos 100 años hay una corriente poderosa del pensamiento que niega la realidad objetiva de los valores. Hay dos imágenes distintas del hombre: una con valores y otra sin ellos. Tradicionalmente se ha visto a la ciencia y a la ética como antitéticas: la ciencia es descriptiva y explicativa y la ética prescriptiva.

Freud atribuyó importancia a los valores y los consideró en términos de sus teorías del superego y del ego ideal, y propuso desconfiar de los valores que una persona dice tener como propios ya que pueden no ser sino meras racionalizaciones.

En la psicoterapia dinámica, sistemática, el cuestionamiento de los valores convencionales es inevitable. Aun cuando algunos psicoterapeutas pretenden practicar una psicoterapia libre de valores, los valores no pueden ser eludidos. De hecho, en nuestra profesión de médicos hay un doble compromiso: con la ciencia y con el hombre.

A Freud le preocupó el problema de la intromisión de los valores del terapeuta en el psicoanálisis y por ello propuso dos salvaguardas: la neutralidad técnica y el examen de la “contratransferencia”.

En su estudio, Rosenthal⁹ concluye que los valores morales alrededor del sexo, la agresión y la autoridad cambian como resultado de una psicoterapia sistemática. En su opinión, es preferible enfrentar el problema que soslayarlo.

¿Es posible adoptar en la psicoterapia un marco de valores que sea compatible con su dimensión científica? Fromm propuso que ese marco lo ofrecen los valores humanísticos

universales: racionales, libres de suposiciones metafísicas y lógicamente consistentes.

La psicoterapia, como otros tratamientos médicos, tiene *riesgos*. Si bien son pocas las personas que mueren a causa de la psicoterapia, muchas son dañadas en forma directa o indirecta. Un efecto negativo es la perpetuación de expectativas y metas que no son realistas. Uno más es la privación a los enfermos de tratamientos farmacológicos y físicos eficaces, ya que algunos psicoterapeutas se resisten a prescribir medicamentos. Otro riesgo es la “adicción” a la psicoterapia, es decir, la necesidad compulsiva de continuar con ella a pesar de que sus pobres resultados no hayan sido satisfactorios. El riesgo principal radica en el impacto de las tendencias neuróticas del terapeuta que no han sido superadas en el proceso de su adiestramiento: tendencia a dominar, a humillar, a someterse, etc. El mal psicoterapeuta se caracteriza por su arrogancia y su dogmatismo.

¿Es efectiva la psicoterapia? ¿Cuáles son sus límites y sus posibilidades? No es aún posible establecer con objetividad y finura los límites y las posibilidades de la psicoterapia. Para algunas autoridades en el campo de la medicina y de la psicología, la psicoterapia tiene menos valor terapéutico del que se le ha atribuido. Un exponente de este punto de vista es Eysenck,¹⁰ quien declaró que la “evidencia a nuestro alcance no confirma la superioridad de la psicoterapia sobre no dar tratamiento alguno”. Otra opinión que va en la misma dirección es que, en todo caso, la buena psicoterapia es cuestión de sentido común y “ofrece tanto como una buena relación humana”.

Sin embargo, la pregunta *¿es efectiva la psicoterapia?* no está bien formulada puesto que, cuando se habla de psicoterapia en general, se está haciendo alusión a procesos y objetivos muy diferentes. Sin embargo, se está en terreno firme cuando se declara que, al igual que la educación y la propaganda, la psicoterapia pone en marcha, en ciertos casos y en ciertos grados, un proceso de cambios en el modo de pensar, sentir y actuar de las personas, y que estos cambios pueden contribuir a su salud y a su bienestar. Si nos preguntamos qué causa estos cambios, hemos de reconocer que no hay hechos suficientemente establecidos, ni pueden esgrimirse argumentos poderosos en favor de la superioridad de una u otra de las grandes corrientes, cada una de las cuales tiene como marco de orientación su propia concepción del hombre, de la naturaleza y de la sociedad.

Una dificultad es que en la psicoterapia intervienen múltiples variables por parte del paciente, del psicoterapeuta y de la situación. Particularmente en la psicoterapia que hace uso del diálogo interpretativo, el papel que desempeñan la autoridad, la sensibilidad, la capacidad de persuasión, la objetividad, la perspicacia y la intuición del terapeuta es difícil de evaluar. Es claro que la individualidad de cada sujeto y su capacidad de establecer ligas de apego con el médico son factores que establecen profundas diferencias.

Hay aún otras dificultades para estimar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico. Es un hecho de observación que en los estados psicopatológicos ocurren remisiones espontáneas y que algunos trastornos tienen carácter episódico o se limitan a sí mismos; además, las vicisitudes y los cambios en la vida de las personas ejercen influencias favorables o desfavorables que pueden inclinar la balanza en una u otra dirección.

En general el psicoterapeuta experimentado, aun si usa un marco psicodinámico en la psicoterapia que practica, ya no espera de manera simplista que la “desrepresión” de conflictos infantiles específicos conduzca a la desaparición de síntomas, pero se adhiere al principio de que el autoconocimiento es el camino para ayudar a ser a las personas más libres y espontáneas, y con ello más sanas. Es interesante mencionar el hecho histórico de que en las últimas décadas el foco de atención en el psicoanálisis cambió del acento inicial en los síntomas al énfasis en el carácter, y del énfasis en la desrepresión al énfasis en la transferencia como elemento terapéutico esencial. Más recientemente también ha cambiado el énfasis de la motivación (*id*) a la adaptación (*ego*).

El punto clave en la psicoterapia dinámica es que, con base en la naturaleza de la relación con el sujeto, el psicoterapeuta ejerce en él una influencia positiva poderosa. El autoconocimiento puede conducir o no al alivio de los síntomas, pero conduce a un cambio de actitudes y de esquemas y abre así el camino a una vida más auténtica y más satisfactoria. En todo caso, aun cuando sustancialmente no cambie el núcleo profundo del carácter, los cambios que una persona experimenta en sus actitudes y en su estilo de vida pueden ser decisivos para su bienestar, su productividad y su mejor relación con los demás.

En pocas palabras, podemos decir que la principal dificultad para evaluar los resultados de la psicoterapia es que “el proceso nunca es el mismo”. En todo caso, las dificultades para llevar a cabo investigaciones científicas en la psicoterapia son de tal magnitud que algunos, siguiendo a Jaspers, tienen dudas acerca del “ideal de la investigación objetiva en la psicoterapia”. Las dificultades no estriban tanto en la formulación de hipótesis como en la metodología.

¿Hay una psicoterapia médica? ¿Es posible definir un conjunto de postulados, métodos y objetivos que configuren una psicoterapia propia del campo de la medicina, y diferenciable de otras que no lo son?

No nos referimos solamente a las acciones psicoterapéuticas engranadas en las “actitudes” psicoterapéuticas del buen clínico y que se expresan reiteradamente en su trato con los enfermos, sino especialmente a la psicoterapia como un tratamiento sistemático.

Un primer elemento es que, si bien la práctica de la psicoterapia responde a necesidades humanas fundamentales, su finalidad original es médica en tanto que pretende contribuir a la restauración de la salud. Podemos decir que, en esencia, la psicoterapia es la extensión y profundización de la *vieja relación médico-paciente* y encuentra un lugar en el modelo biopsicosocial de la medicina. Por otra parte, el adiestramiento médico del psicoterapeuta modela su pensamiento y sus acciones. Por ejemplo, antes de iniciar un tratamiento psicoterapéutico sistemático, establece un diagnóstico preciso usando los medios técnicos a su alcance.

La práctica de una psicoterapia propiamente médica se sujeta en su ejercicio a las mismas normas a que se sujeta el ejercicio de la medicina, y sus postulados y prácticas son siempre compatibles con hechos y prácticas científicamente establecidos; por ejemplo, no hay objeción para hacer uso, simultáneamente con ella, de otros tratamientos como el uso de fármacos psicoactivos, cuando esté indicado.

El psicoterapeuta médico se autolimita en su trabajo profesional a ayudar a personas

que sufren trastornos psiquiátricos y psicofisiológicos, y aborda los problemas sin perder nunca de vista que éstos pueden tener más de una causa que es necesario identificar y tratar, aun cuando la atención se centre en los aspectos psicológicos que influyen en la iniciación, curso y evolución de tales trastornos. Asumiendo estas limitaciones, autoimpuestas, la psicoterapia médica tiene aplicaciones en una gama amplia de situaciones que van desde el apoyo breve a personas en crisis hasta el manejo de enfermos crónicos o la ayuda psicoterapéutica episódica a enfermos cuyo trastorno es recurrente. La aproximación médica a los problemas que afectan a la salud requiere flexibilidad y difiere sustancialmente de otras cuyos objetivos primarios son “mejorar el carácter” o promover el “desarrollo espiritual” de una persona. A nuestro juicio estos ambiciosos objetivos responden a aspiraciones humanas legítimas que se sitúan por fuera del campo de la medicina.

Personalmente nos inclinamos por un modelo de psicoterapia dinámica con duración y objetivos limitados, que reconoce su origen en el modelo psicoanalítico original, que ha experimentado cambios tanto teóricos como técnicos sustanciales: sustitución de la disposición expectante del terapeuta por una disposición activa; fijación inicial de los objetivos, la duración del tratamiento y el intervalo y duración de las entrevistas; énfasis en la situación actual más que en el pasado; movilización de la voluntad; evitación de la regresión inducida; el proceso de individuación como eje. El método de la psicoterapia médica breve hace uso de la comunicación espontánea, la autoobservación, la empatía y la crítica. El modelo individual es punto de referencia para hacer abordables a las familias y a los grupos.

¿Tiene futuro la psicoterapia? En vista de la eficacia de la terapéutica farmacológica y no obstante sus logros y las promesas que entraña, la psicoterapia es y seguirá siendo indispensable en el manejo y tratamiento de los enfermos porque responde a sus necesidades. La psicoterapia es parte intrínseca de la medicina. Sin el componente psicoterapéutico en el trato y tratamiento de los enfermos, la medicina clínica está en peligro de reducirse a una técnica opaca.

El auge actual de la psicoterapéutica es un desarrollo paralelo al de diversas prácticas cultistas, mágicas y de medicina seudocientífica como la homeopatía, la quiropráctica y la acupuntura. Prácticas similares, con rostros distintos, han existido siempre y están para quedarse, porque son el refugio de muchas personas que no encuentran en la medicina convencional alivio a su sufrimiento ni sentido a sus síntomas.

No sólo por razones de prestigio y preservación de nuestra identidad profesional los médicos estamos obligados a confrontar los hechos de las distintas formas de influencia psicológica usadas con fines curativos. Dado que aún no comprendemos satisfactoriamente la naturaleza de la influencia personal en las acciones médicas, es necesario que la incluyamos en el campo de la salud, entre los aspectos que siendo importantes no han sido suficientemente investigados.

Es alentador constatar que en los últimos años se perciben tendencias poderosas a la integración de los distintos enfoques en la psicoterapia y es razonable prever que este proceso considera a la integración de la psicoterapia con el resto de la medicina.

A la psicoterapia le falta aún apoyo científico y por ello es vulnerable. Sólo la investigación puede despejar el campo para la consolidación de una psicoterapia médica más consistente y eficiente. Algunas luces iluminan el camino: una de ellas es el aislamiento y la ponderación de los ingredientes comunes a las distintas formas de influencia psicoterapéutica.

Se puede anticipar que una psicoterapia médica convertida en práctica más científica y sujeta a reglas precisas habrá de ocupar un lugar más amplio del que ocupa en la formación general del médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baughan, D. M., "The Placebo Effect", *JAMA*, núm. 253 (1985), p. 2493.
2. Jaspers, K., *General Psychopathology*, University of Chicago Press, Chicago, 1963.
3. Husserl, E., *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology*, Collier Books, Nueva York, 1962.
4. Freud, S., "El método psicoanalítico de Freud", en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
5. Freud, S., "Sobre psicoterapia", *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
6. Kelly, G. A., *The Psychology of Personal Constructs*, Norton, Nueva York, 1955.
7. Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1983.
8. Fromm, E., *Ética y psicoanálisis*, FCE, México, 1985.
9. Rosenthal, D., "Changes in Some Moral Values Following Psychotherapy", *J. Consult. Psychology*, núm. 19 (6) (1955), pp. 431-457.
10. Eysenck, H. J., "The Effects of Psychotherapy: An Evaluation", *J. Consult. Psychology*, núm. 16 (1952), pp. 319-324.

LECTURAS RECOMENDADAS

Balint, M., y E. Balint, *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*, Siglo XXI, México, 1966.

La situación de la psicoterapia en la práctica médica es abordada por los autores con la experiencia de sus famosos seminarios. Como cualquier habilidad, la psicoterapia debe aprenderse haciendo. Por lo tanto, su método de entrenamiento e investigación se basa en el principio de la acción recíproca entre el enfermo y su terapeuta en un ambiente de grupo.

Budman, S. H., y J. Stone, "Advances in Brief Psychotherapy", *Hosp. Community Psychiatry*, núm. 34 (1983), pp. 939-946.

Varios factores (económicos, sociales, etc.) han influido para que la psicoterapia tienda a ser breve, eficiente y efectiva en relación al costo. Los autores examinan la literatura reciente sobre psicoterapia breve. Algunos aspectos importantes son la ampliación de criterios de selección de los pacientes, el aumento en la atención a las etapas del desarrollo, empleo flexible del tiempo, nuevas aproximaciones a la terapia de grupo breve y el empleo de diversas técnicas de intervención.

Conte, H. R., y T. B. Karasu, "Malpractice in Psychotherapy: An Overview", *Am. J. Psychotherapy*, núm. 44 (1990), pp. 232-246.

Aunque en nuestro país las demandas por práctica profesional ineficiente no sean comunes, están dejando de ser eventos aislados. Los autores revisan las leyes de práctica profesional ineficiente en relación con la psicoterapia individual. Dan algunos ejemplos de casos en áreas de mayor vulnerabilidad y proponen algunas

soluciones; sugieren que son necesarios programas educativos para adquirir los conocimientos y habilidades que permitan contender con estos problemas. Algunos aspectos que pueden resultar difíciles de manipular son la relación terapéutica, la confidencialidad, la prevención del daño a los pacientes (autolesiones), etcétera.

Sifneos, P. E., *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Harvard University Press, Massachusetts, 1978.

La psicoterapia propuesta por el autor tiene como características principales que es breve, es una forma de reeducación emocional, orientada a resolver problemas, y sus metas son limitadas. La técnica que se emplea en esta forma de psicoterapia es la de provocar ansiedad en el paciente. A través de esto el terapeuta hace que el paciente sea consciente de sus sentimientos, experimente los conflictos y aprenda nuevas formas de resolver problemas.

Wolberg, L. R., *The Technique of Psychotherapy*, Grune and Stratton, Filadelfia, 1988.

En este excelente libro el autor integra la información de que se dispone actualmente en el campo de la psicoterapia. Menciona los principios generales y los elementos inespecíficos de la psicoterapia, las variedades de ésta que actualmente se emplean con más frecuencia, las fases del tratamiento desde el inicio hasta su fase terminal, las condiciones específicas dependiendo del diagnóstico y un importante capítulo sobre el proceso de supervisión.

XVI. APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL AL CUIDADO DE LA SALUD

El papel del psicólogo clínico en la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud.—Las técnicas de la psicología conductual.—La rehabilitación.—Tarea específica en los problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias.—Las tareas en el seno de la comunidad.

LA CUANTIFICACIÓN de las capacidades mentales y del comportamiento se inició en Europa y Norteamérica a partir de las pruebas psicológicas para medir la inteligencia y del estudio de las diferencias individuales. Desde un principio sus aplicaciones fueron importantes en el estudio del desarrollo de los niños y la educación. Al final de la segunda Guerra Mundial las contribuciones científicas de la psicología se extendieron en el campo más amplio de la salud mental, y la psicología como profesión creció rápidamente en varias direcciones. Por una parte, se abrieron nuevos campos a la investigación, y por otra, los practicantes de la psicología se multiplicaron y ofrecieron sus servicios a “personas con problemas emocionales y del comportamiento”.

En el proceso de su desarrollo la psicología clínica se arraigó en los hospitales y clínicas psiquiátricas, en tanto que la psicología escolar enfocó los problemas del aprendizaje y del desarrollo de los niños con énfasis en el diagnóstico y en el tratamiento psicológico. Por otra parte, los psicólogos experimentales hicieron notables y numerosas aportaciones a la medicina.

En las últimas décadas el énfasis en la promoción y protección de la salud y el bienestar, como complemento del tratamiento de las enfermedades, ha impulsado al psicólogo a una mayor participación en los programas del cuidado y fomento de la salud, y particularmente en la comunidad.

En el desarrollo de programas de acción social para la salud de la comunidad el psicólogo ha mostrado ser un agente eficaz para evaluar las necesidades y los recursos, buscar ayudantes naturales, identificar fuentes de tensión y ayudar a los líderes a desarrollar programas de acción social orientados a mejorar la calidad de vida de la comunidad en su totalidad.

Muchos de los conocimientos del cuidado de la salud son de gran sencillez y pueden ser implementados por individuos sin educación universitaria avanzada, cuando se dan las circunstancias apropiadas y cuando han recibido un adiestramiento que el psicólogo esté en posibilidad de proporcionarles. En no pocas ocasiones ha sido ventajoso comprometer los recursos de los curadores tradicionales y los líderes naturales, sacerdotes, maestros, comadronas, etc., para que apliquen técnicas psicológicas. El énfasis recae en el *cuidado primario de la salud*, la prevención de la enfermedad y la reducción de los riesgos patogénicos accesibles.

En 1977, en la Universidad de Yale se estableció una “Academia de Medicina Conductual”. El propósito fue reunir a profesionales interesados en aplicar técnicas de modificación conductual en el campo de la salud, tanto en programas de prevención como de tratamiento y rehabilitación. En virtud de estos estímulos, muchos psicólogos

con adiestramiento clínico pasaron a formar parte de los “equipos de salud”.

En este trabajo de equipo, al médico corresponden dos tareas fundamentales: hacer un diagnóstico integral, tarea para la cual se requieren habilidades específicas que el médico ha adquirido a lo largo de su entrenamiento, y la selección y vigilancia del tratamiento. El psicólogo participa en tareas de apoyo que requieren adiestramiento clínico. Ambos con funciones definidas que son complementarias.

La mayoría de las técnicas que los psicólogos emplean en su manejo de los pacientes tiene en común ser una aplicación de los principios de las teorías del aprendizaje.

En este capítulo se hará una revisión del manejo de los problemas de salud en los que la participación del psicólogo clínico es de la mayor importancia. Nos referiremos brevemente a las bases de las técnicas empleadas y de los problemas de salud en que tienen aplicación estos principios. Finalmente, ahondaremos en el papel del psicólogo en el manejo de los problemas de salud en la comunidad.

PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Sabemos que no basta con dar a conocer a un paciente las causas de su enfermedad para que éste siga las indicaciones y cumpla el programa terapéutico. Por ejemplo, muchas personas saben que fumar cigarrillos, comer demasiado y no hacer ejercicio físico son nocivos, pero no cambian fácilmente sus viejos hábitos. El psicólogo ofrece su experiencia en la *modificación de conductas*. Por ejemplo, algunos obesos pueden aprender a controlar lo que comen si se evalúan sus debilidades y fortalezas y se les ayuda a restablecer su control y su confianza.

El paciente con dolor puede aprender a tolerarlo y continuar su vida ordinaria, no importa cuál sea su causa: defecto de la columna vertebral, lesión de la médula, cáncer, etc. El condicionamiento alfa por medio de la *biorretroinformación* reduce la frecuencia y la intensidad de los síntomas de la migraña. Como fuente de retroinformación se usan el aumento de la temperatura de un dedo, la constricción vasomotora o la reducción de la actividad electromiográfica. Con la relajación inducida se reduce la reactividad del sistema nervioso autónomo a la percepción del dolor y es posible que se reduzca el exceso en el consumo de medicamentos analgésicos.

Es claro que en todo proceso de modificación de la conducta es necesario identificar los factores ambientales que contribuyen a mantener los síntomas. Por ejemplo, se instruye a los familiares a actuar con simpatía hacia el enfermo y al mismo tiempo a ignorar sus quejas y hacerle inaccesibles los beneficios de la “ganancia secundaria”. Así se ayudará al enfermo a asumir el papel de adulto responsable.

Si se identifican oportunamente situaciones potenciales de estrés, es posible prevenir trastornos más serios enseñando a las personas a contender con ellas. La relación entre el estrés de la vida y ciertos síntomas físicos es un hecho establecido. La *educación para la salud* en diversos programas y niveles es un campo abierto a los psicólogos clínicos.

Una actividad más para el psicólogo conductual es preparar a los pacientes que habrán

de ser sometidos a procedimientos médicos potencialmente alarmantes, informándoles acerca de lo que pueden anticipar y atenuando así su miedo a lo desconocido. Esto asegura una mayor cooperación de los pacientes con los médicos en procedimientos como la cateterización del corazón, el tratamiento dental de los niños, el parto psicoprofiláctico, etcétera.

En personas que sufren descargas convulsivas los métodos conductuales, particularmente la biorretroinformación, han podido generar patrones cerebrales que atenúan las crisis. Los métodos conductuales pueden en algún grado modificar también la actividad del sistema nervioso autónomo. Por ejemplo, se ha reportado mejoría en sujetos con presión arterial elevada y contracción ventricular prematura.

En el campo de la *asistencia a los enfermos mentales* se han usado los métodos conductuales para mejorar el repertorio de respuestas de pacientes crónicos mediante el reforzamiento a través del *uso de fichas*. Los pacientes aprenden a reducir su conducta bizarra, a restaurar habilidades sociales perdidas y a adaptarse mejor a la vida dentro o fuera del hospital.

Una indicación de los métodos conductuales es la rehabilitación de enfermos que sufren incapacidades; es decir, ayudarles mediante programas sistemáticos a *reaprender* sus habilidades perdidas y a hacer uso al máximo de sus habilidades potenciales. Tal es el caso de enfermos con lesiones de la médula espinal. Mediante un programa de rehabilitación estos enfermos pueden mejorar su coordinación motora empobrecida y ser motivados hacia una vida más activa. Aun los cambios que ocurren en la edad avanzada pueden ser influidos favorablemente para mejorar la interacción social y la independencia de los pacientes.

Las intervenciones conductuales ayudan a los pacientes a cumplir con fidelidad los regímenes y prescripciones de los médicos. En otros casos, el objetivo es que los enfermos sigan una vida activa a pesar de su dolor y su incapacidad. Pacientes con una variedad de trastornos psicofisiológicos se benefician con los métodos y programas conductuales. El psicólogo puede ayudar a los enfermos mentales y a los ancianos para que mejoren sus interacciones sociales y a que el ambiente que les rodea se adapte mejor a sus necesidades. En los programas de rehabilitación es posible ayudar a las personas a recuperar habilidades adaptativas o a desarrollar otras nuevas. Es posible reducir factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo, las adicciones, etc., lo mismo que ayudar a generar y mantener buenos hábitos de salud, recibir vacunas, exámenes médicos y dentales, además de proporcionar la preparación psicológica de los pacientes que habrán de someterse a ciertas formas de cirugía u otros procedimientos médicos.

BASES TEÓRICAS

En un capítulo anterior nos referimos a las contribuciones de la corriente psicodinámica a las teorías psicológicas en la práctica médica. Desde el punto de vista psicodinámico es necesario comprender los factores que participan en la presentación de un síntoma o un

patrón de conducta inconveniente. Desde el punto de vista conductual, el énfasis se pone en los síntomas y las conductas, sin pretender explicar las complejas condiciones internas que los generan.

La participación del psicólogo en los programas de atención a la salud se basa en el *aprendizaje*. Éste es el elemento común a las diferentes terapias llamadas conductuales, si bien más recientemente se han incorporado en ellas procesos cognoscitivos.

La premisa en que se basan las intervenciones conductuales en el cuidado de la salud es que un número de problemas médicos tienen entre los factores que los determinan o perpetúan la conducta inadecuada de los enfermos, y que su evolución es desfavorablemente influida por conductas adquiridas a través del aprendizaje.

Los tres modelos básicos de las terapias conductuales son: el paradigma del condicionamiento clásico, el paradigma del condicionamiento operante y el modelado.

El condicionamiento que hoy llamamos *clásico* tuvo su origen en los estudios de Pavlov. Se parte de un *estímulo* incondicionado que en estado natural da origen a una *respuesta* que no ha sido aprendida. El estímulo incondicionado se asocia con un estímulo neutro, el cual, después de varias ocasiones en que se les presenta asociados, es capaz de producir la respuesta convertida ya en *respuesta condicionada*.

La aplicación de la teoría del condicionamiento clásico en el tratamiento de la ansiedad derivó de la demostración de que era posible condicionar el miedo. En un experimento clásico, Watson y Raynor indujeron una fobia severa a las ratas en un niño de 11 meses. La asociación repetida del estímulo neutro, la rata, con un sonido que producía sobresalto dio como resultado la aparición de sobresalto acompañado de temor ante la presencia de la rata. Se observó que esta respuesta se generaliza a animales pequeños y peludos. Cuando el estímulo condicionado se presenta repetidamente sin el estímulo incondicionado la respuesta condicionada tiende a *extinguirse*.

El *condicionamiento operante* es un proceso de aprendizaje que implica la manipulación de las consecuencias de una respuesta. Los procedimientos de condicionamiento operante, basados en las investigaciones de Skinner,¹ proponen que es más importante estimar los efectos de la conducta que conocer sus causas. Las consecuencias pueden ser placenteras o desagradables. En el condicionamiento operante las consecuencias placenteras son usadas para aumentar la frecuencia de la conducta deseada, *reforzamiento positivo*; las consecuencias negativas, castigo, son empleadas para disminuir su frecuencia. Se habla de *reforzamiento negativo* cuando al retirar un estímulo aversivo, es decir, cualquier condición que resulta desagradable para el sujeto, se incrementa la probabilidad de la respuesta que precedió al retiro del estímulo.

El *moldeamiento* es el refuerzo del comportamiento deseado mediante aproximaciones sucesivas. Es particularmente útil en el aprendizaje de conductas complejas.²

En el aprendizaje por *modelado* la observación de una pauta de conducta es seguida por la ejecución de dicha conducta u otra similar; se le llama también aprendizaje por imitación cuando se hace énfasis en copiar ciertos aspectos del comportamiento y aprendizaje observacional. Cuando se subraya el papel desempeñado por las relaciones

interpersonales se habla de *aprendizaje social*.

PRINCIPALES TÉCNICAS EMPLEADAS

Se asume que en ocasiones el temor y la ansiedad son respuestas aprendidas por condicionamiento clásico. Por ejemplo, personas que han tenido experiencias desagradables en situaciones médicas pueden responder a situaciones médicas con temor y angustia. Así, pacientes que sufren cáncer y que son sometidos a tratamientos que les producen náuseas, dolor, etc., pueden experimentar nuevamente estas molestias al estar en la sala de espera, cuando van al hospital, etc. Estas situaciones han estado previamente asociadas con experiencias desagradables.

Basados en las teorías del condicionamiento clásico, las técnicas que se emplean son: la extinción, el contracondicionamiento, la desensibilización sistemática y el contracondicionamiento aversivo.

Como ya se mencionó, la *extinción* consiste en la presentación continua del estímulo condicionado sin asociarlo con el incondicionado hasta que ya no evoca la respuesta condicionada. Técnicas derivadas de este proceso son la *implosión* y la *inundación o saturación*. En éstas, al paciente se le presenta el objeto temido o una representación imaginaria del mismo hasta que ya no despierta temor; de esta forma es posible tratar el temor a las inyecciones y a los tratamientos dentales, etc. Es recomendable que estas técnicas sean aplicadas únicamente por personal debidamente adiestrado. El condicionamiento es generalmente complejo y no siempre es fácil identificar todos los estímulos que generan ansiedad en el paciente, y si no se cuenta con experiencia, lograr la extinción es con frecuencia un proceso prolongado. Además, en algunos casos puede producirse un efecto contrario a lo esperado: el paciente puede *sensibilizarse*, es decir, incrementar su respuesta, por ejemplo, de mayor ansiedad ante el estímulo.

La *desensibilización sistemática* se basa en los principios del contracondicionamiento y fue diseñada para ayudar a la persona a superar condiciones que le generan ansiedad. Como algunos procedimientos médicos tienden a producir esta reacción, la técnica ha resultado de gran utilidad. En la desensibilización sistemática se condiciona una respuesta más adaptativa a la situación temida. En primer lugar, el paciente y el terapeuta elaboran una lista gradual de escenas relacionadas con la situación generadora de ansiedad, desde la menos atemorizante hasta la más atemorizante; después se enseña al paciente a relajarse. Una vez que el paciente es capaz de relajarse en forma satisfactoria, comienza el procedimiento de desensibilización propiamente dicho. Se presentan imaginariamente las escenas de la lista que se ha elaborado inicialmente. Y se considera que una escena se ha desensibilizado cuando el paciente es capaz de imaginarla sin ansiedad durante 20-25 segundos. Wolpe³ considera que esta técnica es de contracondicionamiento, porque se aprende a sustituir una emoción por otra, es decir, se cambia relajación por miedo, ante una situación específica. En la desensibilización *in vivo* el paciente se expone directamente a la situación que teme.

En el *contracondicionamiento aversivo* se usa el castigo para suprimir una conducta problemática. El procedimiento se basa en el condicionamiento clásico que se emplea para condicionar una respuesta aversiva a estímulos que son gratificantes para el sujeto, pero que tienen efectos negativos para su salud; por ejemplo, el alcoholismo, el tabaquismo y la sobrealimentación. Durante el contracondicionamiento aversivo el paciente aprende una conducta incompatible con la que se pretende eliminar. No solamente se presentan estímulos desagradables asociados a la conducta inadecuada, sino que se le sustituye por otra que generalmente resulta muy desagradable. Por ejemplo, en el contracondicionamiento aversivo del alcohólico no se intenta únicamente suprimir su conducta “ingestión de alcohol”, sino que se establece una respuesta desagradable, como la náusea, para el estímulo “alcohol”. La náusea es incompatible con la ingestión de alcohol.

En las técnicas aversivas se somete a los pacientes a situaciones desagradables como la náusea y el dolor, por lo que estos procedimientos plantean problemas éticos. Se señalan tres criterios que deben cumplirse antes de someter a un paciente a un contracondicionamiento aversivo: 1) el paciente debe dar su consentimiento habiendo sido informado previamente de las características de este proceso y se le dice que puede retirarse del tratamiento en cualquier momento que lo desee; 2) debe tenerse evidencia de la efectividad del tratamiento aversivo propuesto, y 3) debe haberse decidido que no se cuenta con un tratamiento alternativo.

En el cuidado de la salud pueden emplearse una variedad de estrategias operantes para cambiar conductas que interfieren con un tratamiento o impiden la recuperación.

Como aplicación de las teorías de condicionamiento operante se emplean técnicas que aumentan la probabilidad de una conducta: refuerzo positivo, refuerzo negativo, modelado, y técnicas que disminuyen la probabilidad de la misma, extinción operante, castigo. Variantes de programas operantes son la economía de fichas, los contratos de contingencias y la biorretroinformación.

Se emplean los *programas de economía de fichas* como reforzadores de la conducta que se desea incrementar. Las fichas son reforzadores condicionados que se cambian por reforzadores que son atractivos para el paciente. Para ser efectivo, un programa de este tipo requiere de algunas condiciones: las conductas que serán reforzadas y la cantidad de fichas que corresponden a cada conducta deben especificarse claramente y también deben definirse los reforzadores por los que serán canjeables las fichas. Estos programas pueden emplearse en pacientes cuyas capacidades cognoscitivas son limitadas o al inicio de un tratamiento con personas que no responden a reforzadores sociales.

Hasta hace algún tiempo se suponía que las respuestas del sistema nervioso autónomo siempre eran involuntarias y que sólo eran condicionables siguiendo el procedimiento clásico. Sin embargo, se ha observado que la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura pueden condicionarse instrumentalmente. El sujeto recibe información sobre estas respuestas biológicas y esta *biorretroinformación* funciona como refuerzo positivo y aumenta así la probabilidad de respuesta; éste es el aprendizaje. Para este tipo de entrenamiento se requiere un instrumento que convierta las respuestas fisiológicas en

señales bioeléctricas. Al alcanzar una respuesta, por ejemplo, cierto nivel en la hipertensión arterial, el paciente recibe una señal auditiva o visual que le indica que su respuesta es la apropiada. Este procedimiento se ha empleado para el manejo de la hipertensión arterial, trastornos neuromusculares, cefaleas, insomnio y enuresis.

Mediante el aprendizaje por observación o modelado un individuo adquiere una respuesta. Este procedimiento ha sido efectivo en la reducción o eliminación de temores y conductas de evitación; por ejemplo, para preparar a pacientes que enfrentan procedimientos médicos temidos. Una técnica de modelado que ha resultado particularmente efectiva es el *modelado participante*. El terapeuta ejecuta conductas que el paciente imita y que gradualmente se van haciendo más difíciles, y se realizan en condiciones similares a aquellas en las que naturalmente debe ocurrir la conducta.

El modelado participante es adecuado para el tratamiento en situaciones que producen ansiedad. Independientemente de la situación el procedimiento es el mismo, demostraciones graduales y participaciones graduales.

La terapia cognoscitivo-conductual es un enfoque que ha generado técnicas de manejo psicológico de algunos problemas médicos. Las técnicas cognoscitivo-conductuales más establecidas son: la terapia cognoscitivo-semántica, propuesta por George Kelly,⁴ Albert Ellis⁵ y Aaron Beck,⁶ y la terapia basada en el aprendizaje social, propuesta por Julián Rotter, Albert Bandura⁷ y Walter Mischel. El principal objetivo es modificar los patrones erróneos de pensamientos del paciente y las actitudes subyacentes a esas cogniciones.

EL PSICÓLOGO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Las aplicaciones de la psicología conductual en el campo de la medicina consisten en la utilización de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta y de su modificación en la evaluación, la prevención y el tratamiento de enfermedades o disfunciones fisiológicas.

Se asume que en algunas enfermedades el comportamiento del sujeto y su experiencia desempeñan un papel importante. Por ejemplo, hay comportamientos que son factores contribuyentes de enfermedad: fumar, abusar del alcohol y de otras drogas, el uso excesivo de la sal, la falta de ejercicio, no usar cinturones de seguridad, incapacidad de buscar ayuda médica oportuna y un estilo de vida “estresante”.

El psicólogo conductual busca aliviar síntomas, promover un estilo de vida más sano, enfrentar los problemas psicológicos asociados con la enfermedad crónica e incrementar el cumplimiento del tratamiento médico: una dieta, medicamentos, ejercicios, etcétera.

El cumplimiento de las indicaciones del médico y la adhesión al tratamiento son problemas de conducta que pueden ser abordados en su propio derecho. Que muchos pacientes no siguen las indicaciones del médico es un hecho de observación cotidiana. Se estima que de 15 a 93% de los pacientes abandona los tratamientos que se le prescribe.

El término adhesión al tratamiento connota la participación voluntaria del paciente en la planeación e implementación del tratamiento. La no adhesión al tratamiento depende

del procedimiento médico de que se trate. El incumplimiento de las indicaciones del médico es más frecuente en personas que tienen trastornos crónicos que les causan poco malestar o que no representan un incremento y que requieren cambios en su estilo de vida. La baja adhesión también es notable cuando el objetivo es prevenir un padecimiento.

En el estudio del incumplimiento de las indicaciones médicas se ha estimado el papel que desempeñan las características de la personalidad del paciente, la información que recibe del médico, la calidad de la relación médico-paciente y la comunicación entre ambos participantes.

Cumplir las indicaciones del médico es una forma de “conducta operante” a la que le sigue una consecuencia que puede ser gratificante (refuerzo positivo) o desagradable (castigo). La frecuencia con que ocurre la conducta mencionada depende de las consecuencias. Tomando en cuenta la relación entre los síntomas de un padecimiento y el tratamiento prescrito, se identifican tres tipos de situaciones: 1) enfermedades cuyo empeoramiento se acompaña de la exacerbación de los síntomas y éstos disminuyen como consecuencia del tratamiento; 2) enfermedades crónicas cuyos síntomas permanecen estables independientemente del tratamiento, y 3) enfermedades asintomáticas cuyo pronóstico a largo plazo es grave. En estas condiciones la continuación del tratamiento es diferente. En el primer caso, la mejoría de los síntomas actúa como un reforzador positivo y el paciente tiende a seguir con el tratamiento. Cuando éste no va seguido de una mejoría inmediata, el efecto reforzante se pierde y el enfermo tiende a abandonar el tratamiento.

Se han identificado tres factores en el seguimiento de las instrucciones del médico: las características y la duración del tratamiento, los efectos colaterales que produce y la interpretación que el paciente hace de los síntomas. En general, si un esquema de tratamiento es complejo se dificulta su seguimiento; en cambio, si las indicaciones son sencillas es más probable que el paciente las siga; si hay cambios en la dosificación, si el horario es variable y sobre todo si las indicaciones implican cambios en los patrones de vida del paciente, la adhesión al tratamiento se dificulta y muchos enfermos no siguen las indicaciones del médico. Cuando el tratamiento no se asocia con una mejoría inmediata de los síntomas, sino que sus efectos benéficos son a mediano o largo plazo, y si además produce efectos desagradables inmediatos, estos últimos tienen el efecto de un castigo y aumentan las probabilidades de que el enfermo no cumpla con las indicaciones. El conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad, la interpretación correcta de sus síntomas y su fe en la eficacia del tratamiento prescrito son factores que influyen en que el paciente siga disciplinadamente las indicaciones del médico y sea capaz de aceptar un tratamiento que le produzca efectos desagradables.

El manejo del abandono del tratamiento se interpreta de acuerdo con el modelo del aprendizaje operante. Es necesario que el paciente encuentre gratificante el apegarse a las indicaciones del médico.

LA REHABILITACIÓN

Como resultado de una enfermedad crónica, un accidente, un trastorno neurológico o psiquiátrico, o por los procesos normales de envejecimiento, algunos pacientes sufren el deterioro de sus funciones cognoscitivas, sensoriales o motoras.

El objetivo de la rehabilitación de estos pacientes es ayudarles, independientemente de las causas y el deterioro que presenten, a desarrollar al máximo las capacidades que aún conservan. La rehabilitación tiene como objetivo ayudar al paciente a recuperar la competencia física, psicológica, social y económica de que es capaz. Es claro que el aprendizaje es un aspecto fundamental en la rehabilitación; Fordyce⁸ da varias razones para enfatizar el papel del aprendizaje en la rehabilitación: primero porque el aprendizaje es cambio de conducta y precisamente ocurre cuando una persona que adquiere una incapacidad física pierde una parte de su repertorio de conductas. Por ejemplo, un paciente que se lesiona la médula espinal tiene cambios fundamentales en su deambulación. Su incapacidad cambia sus necesidades y necesita aprender nuevas conductas.

En la rehabilitación como proceso de reeducación es relevante la aplicación de técnicas modificadoras de la conducta que incluyen cambios de las condiciones que impiden al sujeto aprender conductas adaptativas; por ejemplo, requiere atenuar los temores que impiden moverse a un parapléjico o que impiden la relación con otras personas de quien ha sufrido un accidente vascular cerebral. En estos casos la desensibilización sistemática, el reforzamiento de conductas adaptativas y la extinción de las que aumentan la incapacidad son de gran utilidad. Para lograr este objetivo se identifican algunas condiciones que tengan un efecto de recompensa.

Generalmente, las conductas que se enseñan a un paciente en rehabilitación son complejas y para facilitar su aprendizaje se fragmentan. El moldeamiento se inicia con conductas que el paciente puede llevar a cabo. Por ejemplo, para que alguien que ha sufrido un daño motor importante reinicie la deambulación se requiere que pueda tenerse en pie.

El refuerzo negativo y la biorretroinformación se han usado en las unidades de rehabilitación. Por ejemplo, las escaras de decúbito son frecuentes en los pacientes parapléjicos cuando su movilización es inadecuada. Por ello se han diseñado aparatos que funcionan como reforzadores negativos: se sienta al paciente en uno de estos dispositivos por intervalos de tiempo fijos. El dispositivo emite un zumbido desagradable que termina cuando el paciente modifica su posición.

En la biorretroinformación el paciente aprende a identificar sensaciones corporales y puede llegar a controlar respuestas fisiológicas. Los trastornos neuromusculares como las secuelas de un accidente vascular cerebral, las lesiones de la médula espinal, la parálisis cerebral, etc., han privado al paciente del control voluntario de sus músculos. El adiestramiento mediante la biorretroinformación electromiográfica de pacientes con trastornos musculares permite mejorar la fuerza de los músculos afectados y que el sujeto adquiera cierto control voluntario. La retroinformación de sus respuestas

musculares ayuda a un paciente a “reeducar” los músculos paréticos o espásticos.

Los pacientes geriátricos se benefician mediante programas de rehabilitación cuyo objetivo central es el desarrollo de habilidades que les permitan una vida más independiente. Las conductas de funcionamiento físico del sujeto, sus interacciones sociales y el cuidado de su persona se refuerzan al límite de las capacidades del paciente.

ABUSO DE SUSTANCIAS

En 1982 se reportó que 30% de todas las muertes por cáncer podían atribuirse al uso del tabaco. Fumar es también un factor importante en la muerte por enfermedad cardiovascular.

En los últimos años, en el manejo de personas con abuso de sustancias y adicciones se enfocan las conductas y las cogniciones que conducen a la iniciación y al mantenimiento del abuso.

Dado que los patrones de recaída en fumadores, alcohólicos y adictos a la heroína son casi idénticos, en los últimos años se ha prestado mayor atención a los elementos que son comunes. En 1984 Larinson señaló estos elementos comunes en los niveles sociocultural y biológico. Así, la edad está relacionada con una variedad de conductas en las que se asumen riesgos, incluyendo el uso de sustancias. Se ha sugerido que en muchos casos los cigarrillos son la droga de entrada, es decir, los fumadores son más propensos a usar otras sustancias dos años después de que fueron evaluados.

Otro elemento común en el abuso de sustancias, además de la influencia del grupo de edad, es un ambiente permisivo y no convencional que promueve conductas de riesgo.

En términos conductuales estos factores son: las características de la sustancia como reforzador positivo, el desarrollo de tolerancia, los síntomas de abstinencia y la capacidad de la sustancia para actuar como un estímulo no condicionado.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Hacia 1960 el manejo de los enfermos mentales experimentó cambios en algunos países de Europa y los Estados Unidos. En el manejo de los enfermos psiquiátricos el foco principal de interés cambió de las instituciones asilares a los centros de salud mental comunitaria y se generaron nuevos criterios para cuidar a las personas con enfermedades y trastornos mentales. El acento se puso en la participación de la comunidad en la planeación e implementación de los programas.

Es un hecho que muchos enfermos mentales no requieren hospitalización y su tratamiento como enfermos externos en servicios apropiados puede ser eficaz para mejorar la calidad de su vida. Este cambio no hubiera sido posible sin la introducción en el uso clínico de fármacos psicoactivos que han cambiado el curso de algunos de los trastornos mentales más frecuentes. Desafortunadamente, los enfermos mentales crónicos no pueden acomodarse en la comunidad si no se les provee al mismo tiempo de

un poderoso apoyo médico y social.

En la comunidad es posible un enfoque más amplio de los problemas de la salud mental. En la comunidad el individuo es simultánea o sucesivamente parte de varias estructuras. Los conceptos de adaptación y de “formas de contender” son útiles para describir la dinámica de las transacciones del individuo con su comunidad. La familia, el vecindario, la parroquia, las organizaciones de autoayuda, etc., son estructuras mediadoras. La función de estas estructuras mediadoras, cuyo papel en el mejor cuidado de la salud es esencial, han sido estudiadas por los psicólogos.

En la comunidad el psicólogo encuentra un campo amplio para desenvolverse como un agente activo de la promoción de la salud, relacionándose con grupos e instituciones y explorando los recursos latentes. Por ejemplo, estableciendo grupos de autoayuda formados por personas con problemas semejantes como las enfermas mentales, alcohólicas, farmacodependientes, etc., y sus familiares. Estos grupos se mantienen en forma autónoma.

Antes de ofrecer ayuda a una comunidad es necesario no perder de vista las lecciones de la psicología transcultural y tomar en cuenta la cultura: creencias, actitudes, costumbres, valores, etcétera.

Durante los últimos 50 años los psicólogos clínicos han provisto orientación y ayuda a individuos con trastornos mentales y problemas de la vida. Esta ayuda es particularmente valiosa en el medio institucional y en los servicios donde las tareas están encomendadas a equipos de salud.

El programa de salud mental de la OMS a mediano plazo señala cuatro actividades de salud en las cuales los psicólogos pueden desempeñar un papel central: 1) el desarrollo de políticas de salud mental y su promoción, evaluación y apoyo; 2) la aplicación de conocimientos psicosociales en la salud y el desarrollo humano; 3) la prevención y el control del abuso de alcohol y otras drogas adictivas, y 4) la prevención y el manejo de enfermos mentales y neurológicos.

El programa pone el acento en la movilización de las comunidades en la promoción de la salud; reconoce también que el cambio social rápido ha erosionado los *sistemas tradicionales y de apoyo* reduciendo la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para contender con el estrés, la enfermedad y la incapacidad.

Las malas condiciones de salud que prevalecen en los centros urbanos requieren programas más inclusivos y dinámicos en la planeación y desarrollo, de los cuales los psicólogos, trabajadores sociales y otro personal de salud tienen una importante tarea que cumplir. Este personal requiere un adiestramiento específico para contender con aspectos de la cultura en la salud y el desarrollo humano, conocer técnicas de medición, prevención e intervención terapéutica en diversas poblaciones.

Es de esperarse que en el futuro se amplíe la participación del psicólogo clínico en el cuidado primario de la salud en cooperación estrecha con el resto del personal. No hay duda de que las técnicas conductuales son útiles para la promoción de la salud, el mejoramiento de la vida mediante la educación y la reducción de conductas que implican

riesgo de enfermedad y el fomento al cuidado del ambiente. Los modelos y técnicas psicológicas en la rehabilitación de quienes sufren enfermedades crónicas son indispensables.

En suma, los programas de desarrollo, de autoayuda, de adiestramiento para extraer recursos que mejoren la calidad de vida de los individuos y las familias, y la difusión de nuevos conocimientos y técnicas son la tarea del psicólogo clínico interesado en la salud pública e institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skinner, B. F., *The Behavior of Organisms*, Appleton-Century Crofts Inc., Nueva York, 1938.
2. Bandura, A., *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1969.
3. Wolpe, J., *Psicoterapia por inhibición recíproca*, Descleé de Brouwer, Bilbao, 1975.
4. Kelly, G. A., *Psychology of Personal Constructs*, Norton, Nueva York, 1955.
5. Ellis, A., y E. Abrahms, *Terapia racional emotiva*, Pax-Mex., México, 1980.
6. Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Descleé de Brouwer, Bilbao, 1983.
7. Bandura, *op. cit.*
8. Fordyce, W. E., "Behavioral Methods in Rehabilitation", en W. S. Neff (ed.), *Rehabilitation Psychology*, American Psychological Association, Washington.

LECTURAS RECOMENDADAS

Melamed, B. G., y L. J. Siegel, *Behavioral Medicine. Practical Applications in Health Care*, Spreniger Publishing Company, Nueva York, 1980.

Los autores hacen una revisión de las bases teóricas y experimentales de la terapia conductual. Describen el uso de técnicas de modificación de la conducta en el manejo de pacientes pediátricos, geriátricos, dentales, para prevenir el estrés y reducir factores de riesgo.

Schneiderman, N., y J. T. Tapp, *Behavioral Medicine. The Biopsychosocial Approach*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Nueva Jersey, 1985.

Los editores presentan los aspectos más importantes de la medicina conductual. El desarrollo de ésta se ha visto promovido por el reconocimiento de la importancia de la conducta tanto en la prevención como en el desarrollo de la enfermedad. Una sección importante es la de estilos de vida y salud en la que se incluyen los capítulos sobre trastornos de la alimentación, tabaquismo, alcoholismo, alteraciones de la sexualidad y conductas que predisponen a diferentes padecimientos.

Van-Dyke, C., L. Temoshok y L. S. Zegans, *Emotions in Health and Illness. Applications to Clinical Practice*, Grune and Stratton, Orlando, 1984.

Se presenta el fundamento teórico, los resultados de las investigaciones más recientes y una síntesis de la literatura que liga las emociones con la enfermedad. Por la orientación conductista de los autores se enfatiza la utilidad de procedimientos como la biorretroalimentación.

ÍNDICE DE NOMBRES

Abraham, K.: 59, 69, 70, 90
Abrahams, E.: 523
Acerrot, Henry: 343
Ackerman, A.: 166, 168
Ader, R.: 335, 346, 368, 385, 386
Adler, A.: 64, 89, 501
Aelman: 322
Ajuriaguerra, J.: 144, 147, 153
Amkraut, A. A.: 386
Alexander, Frank: 18, 30, 57, 66, 89, 139, 332-334, 348, 372, 379, 385, 387
Allport, Gordon: 65, 89, 120, 153, 500
Álvarez, B.: 42
Alvear Galindo, M.: 387
Alzheimer: 148, 149, 308, 310, 314, 315, 320
Andervont: 381
Apfel-Savitz, R.: 385
Apolo: 34
Arendt, J.: 448
Areteo de Capadocia: 36
Aristóteles: 35, 36, 41, 63, 145, 247, 248
Arnez: 347
Asclepiades: 36
Avery: 303

Bacon, F.: 43
Baker, L.: 347, 374, 387
Baldessarini, R.: 448
Balint, E.: 508
Balint, M.: 508
Balzac: 52
Bancroft, J.: 424
Bandura, Albert: 50, 57, 517, 522, 523
Barcai, A.: 387
Bard, P. A.: 261, 322
Barfud: 363
Baron, M.: 324

Barraclough, B.: 493
Barret, J. E.: 153
Bartrop, Roger: 346, 386
Baruk, H.: 57
Baughan, D. M.: 507
Beaumont, W.: 329
Beck, A. T.: 50, 57, 502, 508, 517, 523
Bender, Laretta: 297, 299
Benjamin, B.: 385
Benton: 299
Berelowitz, M.: 90
Berger: 253
Berkeley: 49
Bernard, Claude: 11, 28, 30, 329
Bertelsen, A.: 323
Bitner: 345, 381
Black, Samuel: 340
Blackmore: 47
Blackwood, D. N. R.: 324
Bleuler, M.: 399
Bliss, E. L.: 271, 410, 424
Bloomingdale, K. L.: 448
Blos, P.: 120, 152
Boccaccio: 41
Boller, F.: 323
Bowlby, J.: 92, 98, 152, 213, 442, 448.500
Braid: 53
Branch, C. H. H.: 410, 424
Branes: 102
Breese, G. R.: 322
Bremer, F.: 253, 322
Breuer, J.: 55, 57, 356
Brewanson: 347
Brill, A. B.: 322
Brizer, D.: 493
Broca: 278, 280, 296
Bruch, H.: 406-411, 424
Brunelleschi: 41
Bucy, P. C.: 263, 322

Budman, S. H.: 508
Bunge, Mario: 250, 322
Burrows, G. D.: 449
Burton, Robert: 43

Cadoret, R. J.: 316, 324
Caetano, R.: 472
Caine Eric, D.: 246
Cajal, Santiago Ramón y: 151
Camerino, M.: 386
Campillo Serrano, C.: 175, 472
Cannon, W. B.: 29, 30, 261, 322, 329, 337, 351, 372, 384, 403
Carey, G.: 317, 318, 324
Carruthers, M.: 385
Castellucci, V. F.: 323
Castro, M. E.: 473
Cattell, Raymond: 77
Cazullo: 485
Cellini: 41
Charcot: 53, 54, 57, 58, 330
Chávez, A.: 106, 152
Check, W. A.: 493
Checkley, S. A.: 448
Cheren, S.: 387
Chertok, L.: 57
Cheyne: 47
Clayton, P. J.: 313, 323, 493
Cleckey, H.: 81, 90
Cofrei: 363
Cohen, N.: 346, 386
Coid, J.: 473
Cole, J. O.: 153, 448
Collector, M. I.: 386
Com, T.: 448
Comstoch, G. W.: 386
Connor, J. W.: 57
Conte, H. R.: 508
Cooper, R. M.: 104, 152
Copérnico: 12, 43

Crane: 264
Cravioto, J.: 106, 152
Cruz Krohn, J. F.: 175

Da Fonseca, A. F.: 444, 448
Daniels, G. E.: 387
Darwin, Charles: 12, 27, 45, 213, 249
Davis, B.: 103, 152
Davis, J. M.: 448
Davis, M. S.: 220
Dax: 296
De la Fuente, J. R.: 221, 472
De la Fuente, R.: 30, 57, 58, 175, 472, 473
De Sade: 422
Da Vinci, Leonardo: 41
Del Corral, R.: 472, 493
Demarest, R. J.: 323
Demócrito: 248
Den Boer, J. A.: 448
Descartes, René: 43, 248, 501
Deutsch, F.: 385
Dewey, John: 102
Dionisio: 38
Dix, Dorothea: 46
Díaz, R.: 472
Dock, J.: 324
Dollard, J.: 479, 493
Donatello: 41
Down: 293
Dubos, René: 24, 30, 169, 175
Duchene: 320
Dunbar, Flanders: 331, 348, 362, 385
Durkheim: 484
Dyer, A. R.: 388

Eccles, John: 249, 282, 321
Edipo: 34, 97, 161, 500
Edward, S.: 220
Egeland, A. J.: 324

Ehrlich, Paul: 45
Einstein, A.: 44
Eisenberg, L.: 221, 485
Ellis, Albert: 50, 517, 523
Emery, G.: 508, 523
Engel, G. L.: 30, 246, 334, 339, 365, 367, 384-386
Engels: 14
Enrique VIII: 42
Erasmus: 41
Erickson: 486
Erikson, E. H.: 96, 97, 121, 153
Eros: 64
Escalona: 306
Escobar: 144
Esquirol: 46
Eysenck, H. J.: 77, 90, 504, 508

Farmer, A.: 448
Fábrega, J. Jr.: 182, 220
Ferenczi, S.: 125, 385
Fieve, R. R.: 448
Fireman, M. J.: 448
Fitzgerald., R. G.: 385
Flood, C.: 387
Folkman, S.: 385
Fordyce, W. E.: 519, 523
Frackowiak, R. J.: 323
Framey, C.: 448
Frances, A. J.: 90, 447
Frances, R. J.: 473
Frank, Jerome: 194, 221
Frankel, F. H.: 385
Frankenhauser, M.: 341, 385
Freeman: 306
Freud, Ana: 90, 97
Freud, Sigmund: 13, 31, 35, 52, 55-57, 59, 64-67, 69-72, 85, 89, 90, 95, 98, 101, 120, 125, 151, 161, 168, 184, 209, 212, 213, 215, 220, 330, 332, 356, 397, 401, 403, 416, 417, 429, 445, 446, 479, 480, 483, 487, 492, 499, 503, 508
Freudman, A. M.: 424

Friedman, M.: 362, 386
Friedman, S. D.: 335, 385
Fromm, Erich: 64, 65, 71-76, 89, 90, 98, 126, 398, 401, 478, 480, 481, 492, 493, 503, 504, 508
Fulton, E. K.: 472

Galeno: 36, 41, 46, 61, 328
Galileo: 43
Gantt: 49
García, G.: 472
Garrod: 304
Garske, J. P.: 58
Gazzaniga, M. S.: 281, 282, 323
Genovés, S.: 493
Gerhard, D. S.: 324
Gershon, E. S.: 323
Gerson, B.: 448
Gilbert, J.: 472
Giles de la Tourette: 117
Glaser, R.: 346, 386
Goelet, P.: 323
Goldberg, D. P.: 246
Goldblatt, P. B.: 410, 424
Goldstein, Kurt: 17, 30, 250, 322
González Alpuche, W.: 175
Good, B.: 221
Goodwin: 347
Gottesman, I.: 317, 318, 324
Grafman, J.: 323
Greenberg, E. S.: 406, 424
Griffith: 303
Grinker, R.: 62, 89, 334, 385
Grinspoon, L.: 493
Groddeck, G. W.: 220
Guel Jiménez, E.: 175
Giller, H.: 153
Gutenberg: 40
Gutiérrez, E.: 472

Hall, C. S.: 90

Hales, R. E.: 447
Halstead, W. C.: 147, 153, 297, 300
Hanis, C.: 424
Haque, N.: 387
Hare, E.: 57
Harlow, H. F.: 99, 152, 213
Harlow, M. K.: 152
Hartmann, E.: 424
Hebb, D. O.: 104, 152
Hegel, G. W. F.: 45
Heidegger, M.: 209
Heinroth, J. C.: 328
Helsing, K. J.: 364, 386
Heman, A.: 493
Henry, J. P.: 335, 385
Hernández Peón, R.: 254, 257, 258, 322
Herold, S.: 323
Heschl: 275
Hess: 261
Hillier, V. F.: 246
Hipócrates: 34-36, 51, 61, 328
Hobbes, Thomas: 49, 481
Hobson, A.: 401, 424
Hofer: 344
Holland, J. C.: 387
Hollingshead, A.: 171, 175
Holmes, T. H.: 338, 364, 385, 386
Holzinger: 306
Horney, K.: 65, 89
Hughes, J. U.: 354, 386, 493
Hull: 49
Hume: 49
Huntington: 308, 314, 320, 321
Huson, L. W.: 448
Husserl, E.: 198, 499, 508
Huxley: 208
Hyman, S. E.: 325
Inhelder, B.: 152

Inocencio VII: 40
Inouye, E.: 318, 324

Jackson, Don: 163, 168
Jackson, W. S.: 57
Jackson: 69, 369
Jacobson, H. G.: 324, 357
Jacobo I: 42
James, William: 250, 261, 321, 322
Janet, Pierre: 54, 58
Jaspers, K.: 499, 505, 507
Jay Linn, S.: 58
Jinich, H.: 368, 386
John, E. R.: 322
Johnson, A.: 379, 387
Jorden: 46
Jores, A.: 25, 30
Jouvet, M.: 258, 322, 424
Jung, C. G.: 62, 64, 89, 400

Kaij, L.: 315, 324
Kallmann, F. J.: 306, 323
Kandel, E. R.: 322, 323
Kant: 45, 501
Kaplan, H. I.: 424
Kaplan, H. S.: 425
Kaplan: 95
Karasu, T. B.: 508
Kardiner: 500
Karush, A.: 370, 387
Kaye, R.: 387
Keicolt-Glaser, J. R.: 346, 386
Keller, S. E.: 345, 385, 386
Kelly, G. A.: 502, 508, 517, 523
Kempthorne-Rawson, J.: 386
Kershenobich, D.: 472
Kiloh, L. G.: 386
Kimmel, H. D.: 152
Kinsey, A. C.: 423, 424

Kizuka, P. P.: 448
Klein, D. F.: 324
Kleinman, A.: 203, 221
Klerman, G. L.: 449
Kline, N. S.: 264, 322
Kluver, H.: 263, 322
Koch, R.: 45, 332
Koffka: 50
Köhler: 50
Kopin, T. J.: 322
Kornilov, K. N.: 57
Korsakoff: 455
Kosterlitz, H. W.: 354, 386
Kraepelin, Emil: 50-52
Krakowski, J.: 493
Kramer, Heinrich: 40
Krantz, D. S.: 388
Krassoievitch, M.: 58, 153
Kretschmer: 62, 89
Kubler-Ross, E.: 210, 221
Kuhn, R.: 264, 322

La Barba: 381
Lader, M. H.: 432, 447
Laguna, J. C.: 175
Laguna, J.: 175
Laing, R. D.: 157, 168
Laín Entralgo, Pedro: 26, 30, 246
Lamarck: 306
Lamaze: 358
Lange, Carl: 261
Lara Muñoz, M. C.: 221, 387
Larinson: 520
Lashley, K. S.: 269, 297, 323
Lauderslarger: 345
Laurenti: 46
Lazarus, R. S.: 337, 385, 386
Ledoux, J. E.: 323
Lehman, H. E.: 448

Leibniz: 44, 501
Leigh, H.: 30
Leriche: 350
Levine: 335
Levy, L.: 175
Lewis, Óscar: 168, 170, 175
Lewy, A. J.: 448
Leyhausen, P.: 89, 492
Liddell, H. S.: 49, 105, 152
Lidz, T.: 168
Ligh: 344
Lindzey, G.: 90
Lipowski, Z. J.: 326, 334, 384
Liríope: 125
Lister: 50
Lorenz, K.: 65, 89, 213, 479, 492
López Antúnez, L.: 323
López Ibor, J. J. Jr.: 448, 449
López, J. L.: 472
Luckhurst, E.: 386
Luria: 297, 300
Lutero, M.: 40
Lutkins, S. G.: 338, 385

Maas, J. W.: 448
MacCarley, Robert: 401
MacLean, P. D.: 262, 322
Magoun, W. H.: 254, 322
Mahl, G. F.: 337, 385
Mahler, M. S.: 92, 94, 98, 152
Mair, H.: 153
Malmquist: 377
Manning, P. R.: 182, 220
Manosevitz, M.: 90
Marco Aurelio: 210
Margáin-Charles, H.: 493
Marks, I. M.: 324, 432, 447
Marks, J. N.: 246
Marmor, J.: 141, 153, 423, 424

Martin, C. E.: 424
Martínez, C.: 152
Martínez, P.: 493
Mason, J. W.: 341, 385
Masserman, Jules: 24, 30, 49
Massie, M. J.: 387
Masterson, J. F.: 90
Maurere: 372
Mayner: 148
McConnell: 272
McDonald: 378
McGuffin, P.: 448
Mead, Margaret: 212
Mechan, J. P.: 385
Medina-Mora, M. E.: 472, 473
Meissner, W. W.: 323
Melamed, B. G.: 523
Mendel: 301
Mendlewicz, J.: 312, 323
Menninger, K.: 488, 493
Mesmer, Anton: 53
Meyerson: 307
Mezzich, J. E.: 246
Miguel Ángel: 41
Mihalik, G. J.: 424
Miller, A. H.: 387
Miller, N. E.: 386
Miller: 365
Milner, Brenda: 269, 323
Minuchin, S.: 168
Mirsky, J. A.: 100, 152
Mischel, Walter: 517
Monjan, A. A.: 345, 386
Montaigne: 41
Montesquieu: 44
Montessori, María: 102
Moore, M. E.: 410, 424
Moore: 51
Moos, R. H.: 379, 380, 387

Morgan, C. L.: 249, 321
Moro, Tomás: 41
Moruzzi, G.: 254, 322
Moser, J.: 472
Moses, L.: 387
Muir, W. J.: 324
Murray, H. A.: 60, 89

Naegele, K.: 220
Napoleón: 45
Narciso: 125
Narváez, A.: 472
Nasser, M.: 425
Nava Contreras, H.: 175
Neff, W. S.: 523
Neugebauer, R.: 57
Newman: 306
Newton: 44
Nietzsche, Friedrich: 52
Nobak, C. R.: 323
Noguchi: 51
Noyes, R.: 448

Offer, D.: 153
Olds, J.: 322
Ono, K.: 322
Ordóñez, B. R.: 175
Orfeo: 38
Ornstein, R. E.: 281, 323
Orsulak, P. J.: 448
Ortega y Gasset, José: 145
Osler: 209
Osmond, H.: 187, 220
Ostrov, E.: 153
Otero, B. M. R.: 472
Ovidio: 125
O'Connor, J. F.: 369, 387

Papez, J. W.: 262, 322
Paracelso: 41, 220

Parkes, C. M.: 214, 221, 338, 385
Parsons, T.: 187, 220
Pasteur, Luis: 45, 50, 328
Pavlov, Iván: 49, 57, 306, 329, 513
Paykel, E. S.: 449
Pellegrino: 219
Penfield, W.: 323
Penny, R.: 386
Perke, K. M.: 425
Persky, V. W.: 386
Pert, C. B.: 354, 386
Petrarca: 41
Pérez-Rincón, Héctor: 58
Piaget, Jean: 96, 100-102, 144, 147, 152, 153
Pick: 148, 314
Pinel, Philippe: 45, 46, 58, 152
Pitt, J. R.: 220
Platón: 35, 41, 63, 145, 157, 248
Ploog, D. W.: 425
Polin, W.: 472
Pomeroy, W. B.: 424
Pastel, J.: 58
Purcell: 47

Quetel, C.: 58
Quinson, J.: 392

Rabbin, J.: 324
Rabelais: 41
Rafael: 41
Rahe, R. H.: 338, 364, 385
Rainer, J. D.: 312, 323, 324
Rank, O.: 98, 152, 217
Rascón, M. L.: 472
Rawlins, J. N. P.: 323
Rawitz, L.: 175
Rayan: 345
Raynor: 514
Redlich, F. C.: 171, 175

Rees, W. D.: 338, 385
Reich, T.: 323
Reisen, S. E.: 388
Reiser, M. F.: 30, 386
Reitan, Ralph: 297, 300
Ribble, M.: 92, 152
Riley, Vernon: 345, 381, 386, 387
Rimon, R. H.: 380, 387
Risan: 365
Risch, N.: 324
Robbins, F. P.: 385
Robertson, M.: 324
Rolsten, Green: 365
Romero Álvarez, H.: 175
Romero, M.: 472
Rorschach: 402
Rosenman, R. H.: 362, 386
Rosenthal, D.: 504, 508
Rosovsky, H.: 472
Ross, H.: 89
Roth, M.: 449
Rotter, Julian: 517
Rousseau: 45
Rush, A. J.: 508, 523
Rush, B.: 46
Russell, Bertrand: 250, 321
Rutledge, B.: 472
Rutter, M.: 90, 153

Sachar, E. J.: 343, 386
Sack, R. L.: 448
Sadock, B. J.: 424
Sainsbury: 489
Salamanca-Gómez, F.: 493
Saltijeral, M. T.: 472, 493
Sansom, J. A.: 448
San Ambrosio: 37
San Basilio: 39
San Benito: 39

San Jerónimo: 39
San Martín: 175
San Vicente de Paúl: 42
Santos González, J. A.: 175
Sartre: 209, 481
Sazklo, M.: 386
Schacher, S.: 323
Schachter: 431
Schamberg, S. H.: 322
Schatzberg, A. F.: 448
Scherrer, H.: 258, 322
Schleifer, S. J.: 346, 386
Schmale, A. H.: 339, 385
Schneiderman, N.: 523
Schniermann, A. L.: 57
Schopenhauer: 52
Schukitt, M. A.: 323, 472
Scott, Reginald: 42, 305
Sears: 153
Sechenov: 49
Selesnick, S. T.: 57
Selye, Hans: 28, 30, 170, 175, 337, 385
Séneca: 150, 210
Shakespeare, William: 52, 247
Shapiro, L. B.: 379, 387
Shaw, B. F.: 508, 523
Shea, S. C.: 246
Shekelle, R. B.: 386
Sheldon, W. H.: 62, 89
Sherrington, C. S.: 323
Shields, J.: 447
Shildkraut, J. J.: 264, 322, 448
Shultz: 357
Siegel, L. J.: 523
Siegler, M.: 187, 220, 221
Sifneos, P. E.: 331, 385, 509
Sigerist, H. E.: 38
Singer, C. M.: 448
Skinner, B. F.: 49, 57, 514, 522

Slater, E.: 447
Smilansky: 170
Smith, T. N.: 386
Snyder, S. H.: 354, 386
Sócrates: 210
Sófocles: 34
Solomon, G. E.: 345, 380, 386, 387
Somenille, W.: 385
Sorensen, T. I. A.: 424
Spearman: 111
Sperry, R. W.: 249, 250, 280, 282, 321, 323
Spinoza, Baruch: 43, 52
Spitz, R.: 92, 94, 98, 152, 213, 442, 448
Spitzer, R. L.: 90, 424
Sprengel, Jakob: 40
Stavrakaki, C.: 449
Steckel: 487
Stein, M.: 346, 386, 387
Steinach: 414
Stephen, P. M.: 385
Stern, L. O.: 387
Stieglitz: 306
Stone, J.: 508
Strain, E.: 386
Stunkard, A. J.: 406-410, 424
Sullivan, H. S.: 65, 89, 96, 124, 152, 153
Swasey, J. P.: 322
Sydenham, Thomas: 43

Taggart, P.: 343, 385
Tang, Y.: 322
Tapp, J. T.: 523
Tarnopolsky, A.: 90
Temoshok, L.: 523
Terroba, G.: 472, 493
Tertuliano: 37
Thanatos: 64
Thompson, R. F.: 323
Thorndike: 49, 111

Thornton, J. C.: 386
Tinbergen, N.: 103, 152, 213
Tissot, R.: 153
Tiziano: 41
Toynbee, Arnold: 491
Tolstoi, León: 166
Tournier, R. E.: 472
Trestman, R. L.: 387
Trotter: 48
Tuke, W.: 46

Valencia, M.: 473
Van-Dyke, C.: 523
Van Leeuwenhoek, Anton: 43
Vandiver, R.: 448
Vargo, B.: 449
Velasco-Alzaga, J. M.: 493
Verhoeven, W. M. A.: 448
Vervosky: 358
Vesalio: 41
Viesca, C.: 58
Vincent, C. E.: 156
Virchow, Rudolf: 14, 328
Vólauka, J.: 493
Vóltaire: 44
Von Bertalanffy, Ludwig: 16, 19, 30
Von Weiszäcker, Viktor: 23

Waitzkin, H.: 221
Wallace, A. R.: 249
Walton, D. N.: 30
Watson, John: 49, 514
Watts, F. N.: 246
Wechsler: 297, 299
Weiss, J.: 386
Weissman, M. M.: 432, 447
Werkman, S. L.: 406, 424
Wernicke: 277, 296
Weschler, D.: 111

Westenberg, H. G. M.: 448
Wexler, B. E.: 325
Weyer, Johann: 41, 42
White, D. M.: 448
Widiger, T. A.: 90
Williams, J. B. W.: 90
Williams, Redford: 363
Wing: 347
Winnicott, D. W.: 95, 152
Winokur, G.: 313, 315, 323
Winslow: 47
Winston: 403
Winton, F.: 448
Wolberg, L. R.: 509
Wolff, H. G.: 329, 330, 384
Wolff: 414
Wolman, B. B.: 370, 387
Wolpe, J.: 437, 515, 522
Woody, C. D.: 323
Worden, F. G.: 322
Wundt, Wilhelm: 48

Yocasta: 34
Young, R.: 322, 448

Zales, M.: 424, 425
Zegans, L. S.: 523
Zeller: 264
Zeus: 34
Zubek, J. P.: 104, 152

ÍNDICE ANALÍTICO

- aborto habitual: 377
- abstracciones: 101
- abuso de alcohol: 226, 315, 451, 488
 - comorbilidad y psicopatología: 454
 - tratamiento: 457
- abuso de sustancias: 450, 520
- acetilcolina: 148, 272
- actitudes; ante la muerte: 208
 - hacia el suicidio: 484
- acupuntura: 205, 358
- adaptación: 23, 169, 501, 521
 - dinámica: 71
 - estática: 71
- adhesión al tratamiento: 518
- adicción: 457
- adolescencia: 119, 243
 - y sociedad: 127
- afasia receptiva: 277
- afectividad: 230
- afecto aplanado: 135, 232
- aflicción: 216
- agorafobia: 432
- agresividad: 474, 476-478
- aislamiento: 68
- alcohol; etílico: 452
 - consumo en México de: 455
 - consumidores ocasionales de: 510
- alcohólicos anónimos: 458
- alexitimia: 331
- alianza terapéutica: 180
- altruismo: 125, 139
- alucinaciones: 36, 238
 - somáticas: 356
- alucinosis alcohólica: 455
- alucinógenos: 466
- ambiente: 60, 88, 91, 110, 169

psicosocial: 335
social: 71
ambivalencia: 184, 487
amenorrea: 375, 412
aminas biogénicas: 264, 392
amitriptilina: 359
amígdala: 262
amor: 76, 125
analgesia (controlada por el propio paciente): 359
análisis computarizado: 294
anfetamina: 465, 470
angustia: 126, 232, 426
 de separación: 94, 107, 212
 en la infancia: 434, 435
 existencial: 427
 fóbica: 429
 libre: 429
 patológica: 107, 429, 431
 primal: 212
anhelo de superioridad: 64
anorexia matutina: 407
anorexia nervosa: 124, 410
ansiedad generalizada: 431, 433
antidepresivos: 264
antipsicóticos: 138
apatía: 232
apego a los tratamientos: 183
apetito: 226
apnea del sueño: 395
apoyo; de un grupo social: 496
 social: 170, 216, 347, 364
apraxia constructiva: 144
aprendizaje: 102, 268, 496, 513
 asociativo: 268
 no asociativo: 268
 por modelado: 514
 social: 517
aproximación organísmica: 250
área; de broca: 278

somestésica: 275
de asociación: 276
primarias: 275
arritmia ventricular: 365
artritis: 476
 reumatoide: 379, 380
asimetría perceptual: 281
asma bronquial: 372
asociaciones libres: 56, 499
ataques de pánico: 430
atención: 252, 258
 selectiva: 260
atlético-viscoso: 62
atrofia cerebral: 143
autismo: 114, 229
autoayuda: 522
autoestima: 116, 142
automatismos: 253
autonomía: 98, 122
 de los motivos: 65, 500
autoridad-aceptación: 183
autoridad racional: 183
autoritarismo: 189

barbitúricos: 464
bebedor problema: 451
benzodicepinas: 265, 437
biofilia: 64
biología de la luz: 447
biorretroinformación: 357, 511, 516
bisexual: 383
broncoconstrictores: 373
brujería: 41, 42
brujos: 39

cambios de la vida: 338
carácter: 60, 161
 anal: 70
 atesorador: 74

explotador: 73
genital: 71
inafectivo: 98
mercantilista: 74
oral: 69
productivo: 74
social: 197
castigo: 441
cataplejía: 396
catatonía: 136
catecolaminas: 341, 374
cáncer: 381
cefalea: 355
 tensional: 333
cercanía-distancia: 183
cerebro; de enlace: 249
 dividido: 280
 visceral: 262
células; b: 346
 T: 346, 382
cicatriz esquizofrénica: 135
ciclofosfamida: 346
ciclos; circadianos: 283
 infradianos: 283
 menstruales: 226
 ultradianos: 283
ciclotimia: 443
ciencias humanas: 13
circuito de Papez: 262
ciudad moderna: 156
civilización griega: 33
clasificaciones: 52
climaterio: 139, 140, 244
clomipramina: 431
cocaína: 462, 470
codeína: 462
cognición: 273
colecistoquinina: 404
cólera: 216, 261

colitis ulcerosa inespecífica: 369
colon irritable: 370
coma: 252
comorbilidad: 87
compasión: 220
complejo de Edipo: 97, 161, 500
complementariedad: 166
compulsiones: 236
comunas: 159
concepto; evolutivo: 23
 mágico-mítico: 204
 mágico-animista: 33
conciencia: 233, 251
 alteraciones de la: 233
 de sí mismo: 23
condensación: 400
condicionamiento; aversivo: 346
 clásico: 268, 513
 instrumental: 268
 operante: 49, 357, 514
conducta; alteraciones de la: 107
 antisocial: 98, 174
 de tipo a: 362
 provocativa: 68
 autodestructiva: 488
 riesgosa: 131
confianza: 496
 básica: 97
conflicto; específico: 333
 interno: 500
 intrapésquico: 67
 mental: 56
conformación de autómatas: 75
confusión mental: 146, 252
conocimientos médicos: 198
constitución biológica: 71
contagio social: 468
contaminación ambiental: 172
contracondicionamiento aversivo: 515

contratransferencia: 185, 504
control de la natalidad: 156
control muscular voluntario: 97
conversión: 69
corrientes psicológicas; conductual: 19
 fenomenológica: 19
 psicodinámica: 19
corteza; auditiva: 275
 cerebral: 274
 de asociación: 276
 frontal: 402
 visual primaria: 276
creatividad: 151
criminalidad: 174
crisis; colectivas de histeria: 38
 dipsománicas: 453
críticas: 156
cromosomas: 301; 11, 308; 21, 308, 314, 315; 4, 308
cruzadas: 38
cuidado primario de la salud: 511
culpa: 127, 216
cultura medieval: 37
curador tradicional: 198

daño cerebral mínimo: 100, 115
darse por vencido: 147, 339, 497
defensas psicológicas: 67
delincuencia juvenil: 133
delirios: 36, 237
delirium tremens: 455, 465
demencia: 147
 precoz: 134
 senil: 234
 presenil: 314
demerol: 462
dependencia: 450
depresión: 109, 142, 149, 231, 365, 438
 anaclítica: 94, 442
 bipolar: 442, 443

endógena: 433
enmascarada: 443
hostil: 143
severa: 475, 489
unipolar: 443
depresivo; equivalente: 143, 232, 443
 episodio aislado: 443
 episodio mayor: 393
 desamparo: 346, 482
desarrollo: 119
 de la individualidad: 98
 sexual: 415
desensibilización sistemática: 437, 515
deseo: 25, 419
desesperanza: 481
desipramina: 396
desnutrición: 105, 172, 410
despaternalización: 159
despersonalización: 235
despertamiento: 68, 430
desplazamiento: 400
destruictividad: 64, 76, 478
determinantes sociales: 61
diabetes mellitus: 373
diacetilmorfina: 461
dicotomía mente-cuerpo: 22
dietil triptamina: 466
dignidad personal: 131
dimensión social: 14
dimetil triptamina: 466
dimorfismo de los genitales: 414
disfunción orgásmica: 420
disfunciones psicosexuales: 419
dislexia: 114
dismenorrea: 376
disociación: 54, 252
 ideo-afectiva: 233
dispareunia: 421
dispepsia: 46

displásico: 62
disritmias del lóbulo temporal: 253
distimia: 443
disulfirán: 459
doble vínculo: 164
doctrina de la evolución emergente: 249
dolor: 349
 conversivo: 356
 crónico: 327, 359
 hipocondriaco: 356
 psicógeno: 475
 por depresión: 356
 tensional: 355
dopamina: 440
doxepina: 359
drogas: 459
 antidepresivas: 437
 de abuso: 460
 psicoactivas: 460
DSM-III: 78
dualismo interaccionista: 249
duelo: 211, 338, 445
 anticipado: 196
 patológico: 215

economía de fichas: 512, 516
ectomórfico: 62
edad adulta: 244
edad media: 37
educación para la salud: 512
ego: 66, 500, 501, 505
egocéntrico: 101
eje pituitariosuprarrenal: 343
electroencefalograma: 248
 anomalías: 81
embarazo: 91
embriaguez patológica: 233, 455
emociones: 23, 25, 260, 341
encefalinas: 354

endomórfico: 62
endorfinas: 342
enfermedad: 199
 coronaria: 360
 de Alzheimer: 148
 de la civilización: 361, 368
 mental: 169
 sagrada: 34
 autoinmune: 347
 biográfica: 25
 biológica: 25
 incurable: 489
 mental: 34, 35
 nerviosa: 46
enfermo; mental: 39, 41, 188
 crónico: 181
 esquizofrénico: 475
 papel social de: 187
enfoque; dimensional: 77
 médico-psicológico: 222
 psicoanalítico: 52, 330
 psicofisiológico: 329
ensayos sexuales: 415
enseñanza de la psicología médica: 29
ensueños: 397
entrevista: 224
enuresis: 117
epilepsia: 434
epitálamo: 262
escala de Holmes y Rahe: 364
escritura automática: 253
especialización: 12
especificidad: 331
esperanza: 496
esquizofrenia: 134, 296, 310, 393
estado mental: 222
estado oral: 407
estados; de pánico: 431, 432
 esquizofrénicos: 489

postraumáticos: 434
estilo; cognoscitivo: 282
de vida: 517
estimación de riesgo: 309
estimación-hostilidad: 183
estimulación: 104
estimulantes: 396, 465
estrés: 28, 174, 333, 361, 426
agudo: 365
psicológico: 341
psicosocial: 336
estructura; familiar: 173
socioeconómica: 14
estudios; bioquímicos: 137
de adopción: 309
de familia: 308
de gemelos: 308
genéticos: 137; *post mortem*: 137
ética: 217
etildietilamina del ácido lisérgico: 466
etiología específica: 45
evaluación neuropsicológica: 296
evolución: 23
examen; médico-psicológico: 223
neuropsicológico: 147
excitación: 419
exhibicionista: 422
explosión demográfica: 171
extinción: 49, 515
extraversión: 62
eyaculación precoz: 420

factor reumatoide: 380
factores constitucionales: 335
factores sociales en la obesidad: 410
falsa rabia: 261
familia: 154, 242
del enfermo: 195
desintegración de la: 160

introyectada: 157
y la personalidad: 160
fase; anal: 95, 417
de agotamiento: 337
de alarma: 337
de defensa: 337
genital: 417
de latencia: 417
de práctica: 94
de separación-individuación: 94
edípica: 417
fe: 496
feminización: 414
fenciclidina: 467
fenómenos mentales: 12
fetichismo: 421
fetichista: 422
fidelidad conyugal: 156
flash back: 466
flexibilidad cérea: 136
fobia: 236, 432
 escolar: 108
 simple: 109
 social: 432
formación reticular: 253, 389
fracaso escolar: 108
froterismo: 421
frustración: 481
funcionalidad: 297
funciones; cognitivas, declinación de las: 144
 deficiencias de las: 298
 intelectuales, alteraciones de las: 233
 mentales: 22, 230, 304

ganglios basales: 431
gemelos; dicigóticos: 309
 monocigóticos: 309
 univitelinos: 306
genética: 300

de la depresión: 442
género: 412
glándula pineal: 284

habitación: 268
hambre: 403
hebefrenia: 136
hemisferios cerebrales: 280
herejes: 39
herencia: 60, 81, 110, 435, 452
heroína: 461, 470
hiperactividad: 115
hiperemesis gravídica: 377
hiperfagia nocturna: 407
hipersomnia: 395
hipertensos: 476
hipertiroidismo: 434
hiperventilación: 371
hipnosis: 357
hipnotismo: 53
hipocampo: 392
hipocondría: 46
hipotálamo: 262, 266, 404
hipótesis; de activación y síntesis: 401
 de la consolidación: 270
hipoventilación: 371
histeria: 46, 53, 489
hombre primitivo: 32
homeopatía: 205
homeostasis: 29, 66
homicidio: 490
homosexual: 383
homosexualidad: 422
hospitalismo: 94
hostilidad: 97, 239, 363
 enmascarada: 165
humanidades: 13
humanismo: 13, 40, 42
humanistas: 41

humanización de la conciencia moral: 126
humor: 23
humores: 46
husos de sueño: 390

ideas; delirantes: 237
 demonológicas: 42
identidad: 121
 difusión de la: 486
 negativa: 121
 oclusión prematura de la: 122
 psiconeural: 250
identificación: 68
id: 66, 500, 501, 505
ilusiones: 36, 238
ilustración: 45
imagen corporal: 411
imipramina: 118, 396, 431
implosión: 515
impotencia: 345, 420
impulsos reprimidos: 399
inconsciente primitivo: 64
inconsistencia: 86
individualidad: 17
indolaminas: 440
industrialización: 156
infancia: 91, 228, 241
infertilidad: 376
inhalación de solventes: 468, 470
inhibición del deseo: 420
inhibidores de la MAO: 437, 440, 446
insomnio: 395
 inicial: 395
 tardío: 395
instinto: 63
 de muerte: 480
instituciones médicas: 14
integridad: 220
inteligencia: 111

interaccionismo emergente: 249, 250
intoxicación; aguda: 457
 con barbitúricos: 464
 con sustancias estimulantes: 434
introspección: 22, 66
introversión: 62
inundación: 515
iproniazida: 264
irregularidades menstruales: 375
irritabilidad: 233
isoproterenol: 373

jaqueca hemicránea: 333, 476
juego sexual: 417
juicio: 234
juventud: 244

lateralización cerebral: 279
lectura: 104
lenguaje: 278
 alteraciones del: 298
leptosomático: 62
lesbianismo: 423
ley de la segregación independiente: 301
liberación de las mujeres: 158
libido: 64
ligandos endógenos: 354
ligas de apego: 212, 500
 ruptura de: 442
linkage: 320
litio: 447
límites de la familia: 163
lobotomía: 277
locus caeruleus: 393, 431
lógica deductiva: 35
longevidad: 151
lunáticos: 41, 43

madres sustitutas: 99
maduración: 103, 335

madurez: 139
 biológica: 119
 emocional: 139
magnetismo animal: 53
mala salud: 201
manejo farmacológico: 446
manía: 447
mapas bioquímicos: 290
marcos culturales: 182
mariguana: 463
masculinización: 414
masoquismo: 69
 moral: 475
 sexual: 421
masturbación: 123
materialismo emergentista: 250
maternidad: 139
mecanismos; de defensa: 500
 inmunes: 336
 mediadores: 341
medicina; conductual: 511
 psicosomática: 326
medicinas paralelas: 205
médula espinal: 352
medio familiar: 227
melancolía: 43, 215, 445
 involutiva: 143
memoria: 233, 234, 268
menopausia: 141
mente primitiva: 33
mesomórfico: 62
metadona: 462
metilfenidato: 116
médico general: 20
métodos cognoscitivos: 50
metronidazol: 459
miedo: 209, 261, 427
modelado: 50, 89, 513, 514
 participante: 517

biomédico: 15
biopsicosocial: 18, 506
científico: 15, 179
humanístico: 180
mágico: 179
psicogenético: 349
técnico: 180
modelos; animales: 441
 cibernéticos: 16
 de la personalidad: 61
 descriptivos: 61
 dinámicos: 63
modificación de conductas: 511
moldeamiento: 514
monismo neutral: 250
morfina, dependencia de: 461
motivación: 265
muerte súbita: 365
mujer del alcohólico: 458

nacimiento psicológico: 95
naloxona: 354, 357
narcisismo: 125, 189
narcolepsia: 396
necesidades: 63
 emocionales: 99
 orales: 100
necrofilia: 65
negación: 96, 188, 239, 454
 de la muerte: 209
neurociencia: 285
neurosis: 43
 de angustia: 435
nicotina: 467
norepinefrina: 110, 265, 404, 440
núcleo; *acumbens*: 267
 geniculado lateral: 390
 del rafé: 352, 392

obesidad: 374, 405
 del desarrollo: 408
 reactiva: 407
objeto; transitorio: 95
 amoroso: 124
 fóbico: 97
obnubilación mental: 252
obsesiones: 236
obsesivo-compulsivos: 475
ondas; pontogéniculo-occipitales: 390
 teta: 392
opiáceos: 460
oralidad: 407
organicidad: 297
orgasmo: 419
orientación: 234
 receptiva: 73
 sexual: 413
 vocacional: 243
osciladores circadianos: 283

pacientes difíciles: 191
padecimiento: 26, 179, 199
paidofilia: 421
pandillas juveniles: 131
parafilias: 421
parálisis del sueño: 396
paranoide: 136
parasomnias: 396
parto: 92
 psicoprofiláctico: 358
pasividad: 181
paternidad: 139
patrones de comunicación: 163
pánico: 261
pensamiento paratáxico: 96
percepción: 274
perfiles psicológicos: 331, 348
periodos críticos: 102

persona; biofílica: 480
 necrofílica: 480
personalidad: 59, 81, 91, 154, 189, 240, 304, 331
 ansiosa: 83
 antisocial: 79
 autodestructiva: 84
 del médico: 26
 dependiente: 83
 emocionalmente lábil: 81, 82
 esquizoide: 79
 histriónica: 82
 limítrofe: 81
 masoquista: 84
 obsesiva: 82
 paranoide: 78, 475
 sádica: 84
personalidades dobles: 252
perspectiva; dualista: 248
 moralista: 179
persuasión: 496
perversiones sexuales: 421
pesadillas: 397
petidina: 462
peyote: 466
péptidos intestinales vasoactivos: 352
pérdida; de un objeto de amor: 442
 de un objeto psicológico: 339
 psicológica: 170
pícnico: 62
placebo: 354, 358, 498
plasticidad: 269
pobreza: 106, 170
polvo de ángel: 467
posesión demoníaca: 38
posición humanista: 13
potenciación a largo plazo: 271
potenciales evocados: 258
práctica simbólica: 203
presenil: 148

prevención: 471, 491
privación: 104
 maternal: 441
problemas médicos, aspectos psicológicos: 19, 20
procesiones de flagelantes: 38
procesos; cognitivos: 23
 de asimilación: 72, 73
 de socialización: 72, 74
 intelectuales: 101
 inconscientes: 65
 primarios: 96, 397
 secundarios: 96, 397
promiscuidad: 384
protestantismo: 42
proyección: 68, 454
pruebas; de Halstead y Reitan: 300
 de Luria-Nebraska: 300
 de memoria de Wechsler: 299
 de retención visual: 299
 gestáltica visomotora: 299
psicoanálisis: 55
psicodinamia: 51, 348, 499
psicoendocrinología: 341
psicofisiología: 348
psicogénesis: 24, 51, 499
 del asma: 372
psicoiatrogenia: 192
psicología; clínica: 510
 del comportamiento: 49
 experimental: 48
 genética: 147
psicopatología infantil: 107
psicosis: 399
 de Korsakov: 455
psicoterapia: 110, 458, 495, 499, 504
 cognitiva: 502
 médica: 505
psicólogos estructuralistas: 50
psicópatas: 79, 476, 489

psilocibina: 466
psiquiatría clínica: 50
pubertad: 243
pulsión: 63
 agresiva: 65

quiropaxia: 205

racionalización: 68, 454
razonamiento naturalista: 44
reacciones disociativas: 215
receptores de opiáceos: 354
recompensa: 441
 circuito neural de la: 266
reducción fenomenológica: 499
reflexología: 49
reforma: 40
 humanitaria: 45
reforzamiento; negativo: 514
 positivo: 514
región prefrontal: 278
regresión: 68
rehabilitación: 471, 519
relación; con la madre: 98
 madre-hijo: 92
 mente-cerebro: 247
 médico-paciente: 26, 177
relajación: 357
religión: 40
reloj endógeno: 283
renacimiento: 40
represión: 56, 66, 67, 500
resistencia: 56
resonancia magnética: 293
respuestas condicionadas: 329
retardo mental: 111, 229, 235
 grave: 113
 leve: 112
 moderado: 113

profundo: 113
retroalimentación negativa: 163
reumatismo psicógeno: 379
reversión de sentimientos: 68
riesgo de suicidio: 445
rigidez: 86
ritmos circadianos: 336, 447
ritos: 33, 128
robo de ideas: 135
romanticismo: 45

saciedad: 403
sadismo: 421
salud mental: 169
saturación: 515
seguridad social: 15
senectud: 143, 146, 244
senilidad: 146
sensación: 274
sensibilización: 268, 271
sentimientos; de culpabilidad: 214
 de irrealidad: 235
 de omnipotencia: 189
 de soledad: 189
separación: 93
serotonina: 110, 265, 392, 440
seudodemencia: 150, 234, 444
seudomutualidad: 164
sexo: 412
 aversión al: 420
 diferenciación del: 413
sexualidad: 123
 alteraciones de la: 413, 418
 infantil: 97, 416, 418
significado de la enfermedad: 198
simbiosis: 93, 94, 165
símbolos: 399
sinapsis: 285
síndrome; alcohólico fetal: 456

de abstinencia: 461
de deterioro social: 172
de devaluación del adolescente: 133
de Giles de la Tourette: 117
de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): 382, 461
de tensión premenstrual: 375
general de adaptación: 337
hiperquinético: 228, 229
presuicida: 490
síntomas; físicos: 24, 109
histéricos: 332
menopáusicos: 142
negativos: 135
neuróticos: 291
sistema; abierto: 17, 154
cerrado: 16
endocrino: 392
inmune: 345
límbico: 262, 479
simpático adrenal: 343
neurovegetativo: 335
sobrecompensación: 67
socialización: 108
sociedad urbana: 146
sociología: 154
sociopatía: 316
soledad: 126, 486
solidaridad: 125, 130
somatogénico: 51
somatostatina: 352
somnolencia excesiva diurna: 395
sonambulismo: 54, 118, 253, 396
subcultura; de la calle: 173
del adolescente: 129
juvenil: 469
succión: 103
sueño: 252
de movimientos oculares rápidos: 390
de ondas lentas: 390

manifiesto: 398
no MOR: 390
sueños: 65, 66
sufrimiento: 207
sugestión: 357, 496
suicidio: 150, 211, 457, 483
 consumado: 485
 intentos de: 485
superego: 66
sustancia gris periacueductal mesencefálica: 352
sustancia inmunorreactiva P: 352
sustitución: 68, 400

temores: 99, 107
 hipocondriacos: 193
temperamento: 61, 84, 88, 435
tendencias; autopunitivas: 85
 competitivas: 85
 femeninas: 86
 masculinas: 86
 masoquistas: 75
 narcisistas: 86
 sadistas: 75
tensión: 426
teoría; de la evolución: 249
 del desarrollo psicosexual: 161
 del trauma psíquico: 161
 dinámica de la personalidad: 55
 general de sistemas: 16, 19, 162
 geocéntrica: 43
 cognitiva: 501
terapia; cognoscitivo-conductual: 50, 517
 familiar: 162, 167
 genética: 318
terrores nocturnos: 118, 397
tomografía por emisión de positrones: 290
totalidad: 17
totemismo: 33
trance: 253

transexuales: 419
transferencia: 185
transmisión sináptica: 285
trastorno; de ansiedad excesiva: 108
 de déficit de la atención: 115
 de evitación: 107, 108
 de la identidad: 82
 depresivo recurrente: 443
 disfórico del final de la fase lútea: 375
 esquizoafectivo: 137
 hiperansioso: 107
 obsesivo-compulsivo: 431, 433, 438
 afectivo: 312
 cardiovascular: 360
 conversivo: 327
 de angustia: 317
 de la conducta: 116, 229
 de la identidad sexual: 418
 de la personalidad: 76
 de somatización: 327
 del humor: 393
 endocrino: 373
 gastrointestinal: 367
 musculoesquelético: 378
 psicofisiológico: 334
 respiratorio: 371
 somatoforme: 327
trasvestismo: 418, 421
trauma psíquico: 99
treponema pálido: 51
tricíclicos: 356, 396, 446
troquelado: 92, 103, 213

úlceras pépticas: 368
unión libre monogámica: 159

vaginismo: 421
vapores: 46, 48
vergüenza: 126

vía olfatoria: 276
vida escolar: 98
vigilia: 254, 255
violencia colectiva: 481
virginidad: 156
vocación: 122
voyerista: 422

ÍNDICE GENERAL

Introducción

I. Fundamentos de la psicología médica y definición del campo

Humanismo y medicina

La dimensión social en la medicina

Modelos conceptuales en medicina

Modelo biomédico

La teoría general de sistemas

El modelo biopsicosocial

El campo de la psicología médica

La importancia de la psicología para el médico

Bases psicológicas del trabajo del médico

Evolución y adaptación

Psicogénesis de los síntomas corporales

Enfermedades biológicas y enfermedades biográficas

La relación médico-enfermo como eje del trabajo del médico

El sustrato neural de los fenómenos mentales

Concepto de estrés

La enseñanza de la psicología médica en la clínica

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

II. Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos

Conceptos médico-psicológicos del hombre primitivo

La civilización griega

La cultura romana

La Edad Media

Los siglos XV y XVI

El siglo XVII

El progreso durante los siglos XVIII y XIX

La reforma humanitaria

Las “enfermedades nerviosas”

Desarrollos recientes

El enfoque de la psicología experimental

El enfoque de la psiquiatría clínica

El enfoque psicoanalítico

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

III. *La personalidad*

Definiciones

Modelos de la personalidad

Modelos descriptivos

Modelos dinámicos

La caracterología de Freud-Abraham

El carácter oral

El carácter anal

El carácter genital

La caracterología de Erich Fromm

El proceso de asimilación

El proceso de socialización

Los trastornos de la personalidad

Personalidad paranoide

Personalidad esquizoide

Personalidad antisocial

Personalidad limítrofe

Personalidad histriónica

Personalidad obsesiva

Personalidad ansiosa

Personalidad dependiente

Personalidad autodestructiva

Personalidad sádica

Tendencias competitivas

Tendencias autopunitivas

La rigidez y la inconsistencia

Tendencias narcisistas

Tendencias masculinas y femeninas

Comorbilidad y trastornos de la personalidad

Los orígenes de los trastornos de la personalidad

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

IV. *El ciclo vital*

Infancia

Simbiosis y separación

El crecimiento de la mente del niño según Jean Piaget

El aprendizaje del niño

Efectos de la desnutrición

Psicopatología infantil

Trastorno de angustia de separación

Trastorno de evitación

Trastorno de ansiedad excesiva

Fobias simples

Depresión

La inteligencia y el retraso mental

Retraso mental leve

Retraso mental moderado y grave

Retraso mental profundo

Trastornos generalizados del desarrollo

Dislexia

Trastorno de déficit de la atención

Trastornos de la conducta

Otras manifestaciones psicopatológicas

Adolescencia

Desarrollo durante la adolescencia

Aceptación de los cambios e integración de la identidad

Descubrimiento de la vocación

Separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía

Sexualidad y ternura en la adolescencia

Superación del narcisismo

Humanización de la conciencia moral

Angustia, soledad, vergüenza y culpabilidad

Adolescencia y sociedad

El grupo y la subcultura del adolescente

Conductas riesgosas de los adolescentes

Delincuencia juvenil

Esquizofrenia

Madurez y climaterio

Maternidad y paternidad

Climaterio

Psicopatología del climaterio

Senectud

Aspectos biológicos

Aspectos psicológicos

Cambios en la personalidad
Aspectos sociales
Psicopatología de la senectud
Longevidad y creatividad

Referencias bibliográficas
Lecturas recomendadas

V. *La familia y la salud mental*

Fundamentos de la familia
Aspectos sociales
Las críticas a la familia como institución
La liberación de las mujeres
Los cambios en la autoridad
Otras formas de vida familiar
Integración y desintegración de la familia
La familia y la personalidad
Un enfermo en la familia
La familia como sistema
Mecanismos disfuncionales que operan en la familia
El médico y la familia

Referencias bibliográficas
Lecturas recomendadas

VI. *Ambiente, salud y enfermedad*

Ambiente y salud mental
La explosión demográfica
La desnutrición
La contaminación ambiental
Aspectos socioculturales
Cambios en la estructura familiar
Criminalidad y conducta antisocial
Otras causas sociales de estrés

Referencias bibliográficas
Lecturas recomendadas

VII. *Relación médico-paciente*

Perspectiva histórica
Modelos de relación médico-paciente

- La importancia del marco de referencia conceptual
- Las polaridades en la relación
- La experiencia de estar enfermo
- El “papel de enfermo”
- La personalidad de los participantes en la relación
- Los enfermos de difícil manejo
- Psicoiatrogenia
- El poder terapéutico de la influencia del médico
- La familia del enfermo
- Influencias de la cultura en la práctica de la medicina
 - La adquisición de los conocimientos médicos
 - El significado de la enfermedad
 - Enfermedad y padecimiento
 - Modelos explicativos de los pacientes
 - Los sistemas de creencias acerca de la naturaleza y causas de las enfermedades
 - Interpretaciones de la efectividad del tratamiento
 - Atribución errónea de eficacia
 - Otras prácticas terapéuticas
- El médico y el enfermo ante el sufrimiento
- El médico y el enfermo ante la muerte
 - Actitudes ante la muerte
 - Reacciones ante la muerte
 - El médico ante la muerte de su enfermo
- El duelo como proceso psicológico
 - La ruptura de las ligas de apego
 - El proceso del duelo
 - El duelo patológico
 - El duelo como prototipo
- Dimensión ética de la relación médico-paciente

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

VIII. *El examen médico-psicológico como complemento del examen médico general*

La entrevista

El motivo de la consulta

El problema actual

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Hábitos

- La situación actual: personal, familiar y social
- Antecedentes patológicos personales y familiares
- Observación del paciente durante la entrevista
- El examen del estado mental
 - Afectividad
 - La conciencia y las funciones intelectuales
 - Forma y contenido de los pensamientos
 - Reacciones del enfermo hacia su enfermedad
 - Identificación de rasgos de personalidad y conflictos básicos
- La ampliación del estudio biográfico
 - Infancia y características del núcleo familiar
 - Pubertad y adolescencia
 - Juventud y edad adulta
 - Climaterio y senectud
- El diagnóstico

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

IX. *Relación de la mente y el cerebro*

- Bases biológicas de los procesos mentales
 - La conciencia
 - Formación reticular
 - Atención
 - Emoción
 - El sistema límbico
 - Aspectos bioquímicos
 - Motivación
 - Aprendizaje y memoria
 - Cognición
 - Lateralización cerebral
 - Neurobiología del tiempo
- Neurociencia y salud mental
- Imágenes funcionales y estructurales del cerebro
- La evaluación neuropsicológica
 - Desarrollo histórico
 - Usos en la práctica clínica
 - Instrumentos de evaluación
- Bases genéticas de las funciones y de los trastornos mentales

Conceptos básicos
Bases moleculares de los procesos genéticos
Trasmisión de la información genética
Genética, psicología y patología mental
Metodología de los estudios psiquiátricos genéticos
Estimación de riesgos para trastornos psicopatológicos específicos
Esquizofrenia
Trastornos afectivos
Demencias preseniles
Alcoholismo
Sociopatía
Trastornos de angustia
Terapia genética
Avances recientes en genética molecular

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

X. *Los trastornos psicobiológicos. Medicina psicosomática*

Desarrollo histórico

Enfoque psicofisiológico

Enfoque psicoanalítico

El problema de la especificidad

La etiopatogenia de los trastornos psicofisiológicos y las fases de la enfermedad

Estrés psicosocial

Mecanismos mediadores

La conversión de las experiencias en el cerebro

Inmunidad

Tendencias actuales en la medicina psicosomática

El dolor

¿Qué es el dolor?

Aspectos psicológicos del dolor

Reducción del dolor por medios psicológicos

El manejo del paciente con dolor

Trastornos cardiovasculares

Estudios de la historia natural

Estudios experimentales en seres humanos

Estudios en animales

Trastornos gastrointestinales

Úlcera péptica
Colitis ulcerosa inespecífica
Síndrome de colon irritable
Trastornos respiratorios
Asma bronquial
Trastornos endocrinos
Aspectos psicológicos en ginecología
Trastornos musculoesqueléticos
Cáncer
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XI. Los trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad

El dormir, sus alteraciones y los sueños
El dormir
El sueño y los trastornos mentales
Los trastornos del dormir
Los sueños
Conceptos actuales sobre los sueños
La alimentación y sus trastornos
Hambre y saciedad
Trastornos de la alimentación
Clasificación de la obesidad
Anorexia nervosa
La sexualidad y sus alteraciones
La diferenciación sexual
El desarrollo sexual
Las alteraciones de la sexualidad
Trastornos de la identidad sexual
Disfunciones psicosexuales
Las parafilias
La homosexualidad

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XII. La angustia y la depresión

La angustia

- Angustia existencial
- El sustrato biológico
- La angustia patológica: formas clínicas
- Causas de la angustia patológica
- Papel de la herencia
- La angustia en la infancia
- Manejo terapéutico
- La depresión
- Incidencia y prevalencia
- Aspectos biológicos
- Causas
- Formas clínicas
- Depresión enmascarada y equivalentes depresivos
- El diagnóstico
- El manejo del enfermo deprimido
- Manejo farmacológico

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XIII. *Abuso de sustancias y adicciones*

- Alcoholismo

- Causas

- Farmacología

- Consideraciones psicológicas

- Alcoholismo, comorbilidad y psicopatología

- Complicaciones

- Problemas relacionados con el abuso del alcohol

- Los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en México

- Manejo terapéutico

- Abuso y dependencia de sustancias adictivas

- Opiáceos

- Cocaína

- Cannabis

- Depresores centrales

- Estimulantes

- Alucinógenos

- Nicotina

- Los jóvenes y las drogas

Algunos aspectos del problema en México
Prevención, tratamiento y rehabilitación

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XIV. *La agresividad en la conducta y en la patología humanas*

Efectos de la agresividad sobre el organismo

La agresividad como rasgo de la personalidad

Las bases biológicas y sociales de la agresividad en los humanos

Tendencias autodestructivas: suicidio

Aspectos sociales

Psicología de los actos suicidas

Conductas autodestructivas

Suicidio y patología mental

El suicidio en México

Consideraciones acerca de la prevención y el manejo

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XV. *La psicoterapia en la medicina*

Mecanismos inespecíficos en la psicoterapia

La fe y la esperanza

El marco teórico

Psicogénesis y psicoterapia

Formulaciones psicodinámicas

La vuelta a la conciencia

Papel de la voluntad en la psicoterapia

Los valores y las creencias en la psicoterapia

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

XVI. *Aplicaciones de la psicología conductual al cuidado de la salud*

Participación del psicólogo en el manejo de los pacientes

Bases teóricas

Principales técnicas empleadas

El psicólogo en el cuidado de la salud

La rehabilitación

Abuso de sustancias

El papel del psicólogo en la salud de la comunidad

Referencias bibliográficas

Lecturas recomendadas

Índice de nombres

Índice analítico

Psicología médica refleja de manera muy clara los avances que se han dado en este campo en las últimas décadas, particularmente en el área biológica. Mantiene incólume el enfoque original en lo que concierne a considerar a la psicología médica como un instrumento humanizador del trabajo del médico en nuestro país. En este ámbito la obra de Ramón de la Fuente ha sido pionera y la UNAM introdujo en sus estudios la enseñanza de esta disciplina antes que otros países. El lector culto, el médico en formación y el clínico encuentran aquí un útil y didáctico instrumento en el que el autor, en colaboración con María del Carmen Lara Muñoz, pasa revista de manera ágil a los temas de mayor desarrollo en los últimos años: la relación cerebro/mente, el papel de la genética, los trastornos psicofisiológicos, las alteraciones del sueño y las conductas motivacionales, el gran problema de la angustia y la depresión, los trastornos adictivos y la agresividad. Se incluye también una revisión de las principales corrientes psicoterapéuticas y de las provenientes de la psicología conductual. Se hace especial énfasis en las técnicas de rehabilitación, por lo que la obra mantiene su vigencia y su originalidad.

Índice

Introducción	7
I. Fundamentos de la psicología médica y definición del campo	11
Humanismo y medicina	12
La dimensión social en la medicina	13
Modelos conceptuales en medicina	14
Modelo biomédico	14
La teoría general de sistemas	15
El modelo biopsicosocial	17
El campo de la psicología médica	18
La importancia de la psicología para el médico	19
Bases psicológicas del trabajo del médico	20
Evolución y adaptación	22
Psicogénesis de los síntomas corporales	23
Enfermedades biológicas y enfermedades biográficas	23
La relación médico-enfermo como eje del trabajo del médico	24
El sustrato neural de los fenómenos mentales	25
Concepto de estrés	26
La enseñanza de la psicología médica en la clínica	27
Referencias bibliográficas	27
Lecturas recomendadas	27
II. Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos	29
Conceptos médico-psicológicos del hombre primitivo	29
La civilización griega	31
La cultura romana	33
La Edad Media	34
Los siglos XV y XVI	37
El siglo XVII	39
El progreso durante los siglos XVIII y XIX	40
La reforma humanitaria	41
Las “enfermedades nerviosas”	42
Desarrollos recientes	44
El enfoque de la psicología experimental	44
El enfoque de la psiquiatría clínica	46

El enfoque psicoanalítico	47
Referencias bibliográficas	51
Lecturas recomendadas	52
III. La personalidad	53
Definiciones	53
Modelos de la personalidad	55
Modelos descriptivos	55
Modelos dinámicos	56
La caracterología de Freud-Abraham	61
El carácter oral	62
El carácter anal	62
El carácter genital	63
La caracterología de Erich Fromm	63
El proceso de asimilación	65
El proceso de socialización	66
Los trastornos de la personalidad	68
Personalidad paranoide	70
Personalidad esquizoide	70
Personalidad antisocial	70
Personalidad limítrofe	73
Personalidad histriónica	73
Personalidad obsesiva	73
Personalidad ansiosa	74
Personalidad dependiente	74
Personalidad autodestructiva	75
Personalidad sádica	75
Tendencias competitivas	76
Tendencias autopunitivas	76
La rigidez y la inconsistencia	76
Tendencias narcisistas	77
Tendencias masculinas y femeninas	77
Comorbilidad y trastornos de la personalidad	78
Los orígenes de los trastornos de la personalidad	78
Referencias bibliográficas	79
Lecturas recomendadas	80

IV. El ciclo vital	81
Infancia	81
Simbiosis y separación	83
El crecimiento de la mente del niño según Jean Piaget	89
El aprendizaje del niño	91
Efectos de la desnutrición	93
Psicopatología infantil	95
Trastorno de angustia de separación	95
Trastorno de evitación	96
Trastorno de ansiedad excesiva	96
Fobias simples	97
Depresión	97
La inteligencia y el retraso mental	98
Retraso mental leve	99
Retraso mental moderado y grave	100
Retraso mental profundo	100
Trastornos generalizadas del desarrollo	101
Dislexia	101
Trastorno de déficit de la atención	102
Trastornos de la conducta	103
Otras manifestaciones psicopatológicas	104
Adolescencia	105
Desarrollo durante la adolescencia	106
Aceptación de los cambios e integración de la identidad	107
Descubrimiento de la vocación	108
Separación de los padres y fortalecimiento de la autonomía	108
Sexualidad y ternura en la adolescencia	109
Superación del narcisismo	111
Humanización de la conciencia moral	111
Angustia, soledad, vergüenza y culpabilidad	112
Adolescencia y sociedad	112
El grupo y la subcultura del adolescente	114
Conductas riesgosas de los adolescentes	116
Delincuencia juvenil	117
Esquizofrenia	119

Madurez y climaterio	123
Maternidad y paternidad	123
Climaterio	124
Psicopatología del climaterio	126
Senectud	127
Aspectos biológicos	127
Aspectos psicológicos	127
Cambios en la personalidad	128
Aspectos sociales	129
Psicopatología de la senectud	129
Longevidad y creatividad	133
Referencias bibliográficas	134
Lecturas recomendadas	135
V. La familia y la salud mental	137
Fundamentos de la familia	137
Aspectos sociales	138
Las críticas a la familia como institución	140
La liberación de las mujeres	142
Los cambios en la autoridad	144
Otras formas de vida familiar	144
Integración y desintegración de la familia	145
La familia y la personalidad	148
Un enfermo en la familia	139
La familia como sistema	141
Mecanismos disfuncionales que operan en la familia	141
El médico y la familia	142
Referencias bibliográficas	149
Lecturas recomendadas	149
VI. Ambiente, salud y enfermedad	151
Ambiente y salud mental	151
La explosión demográfica	153
La desnutrición	154
La contaminación ambiental	154
Aspectos socioculturales	154
Cambios en la estructura familiar	154

Criminalidad y conducta antisocial	155
Otras causas sociales de estrés	155
Referencias bibliográficas	156
Lecturas recomendadas	156
VII. Relación médico-paciente	158
Perspectiva histórica	159
Modelos de relación médico-paciente	160
La importancia del marco de referencia conceptual	162
Las polaridades en la relación	163
La experiencia de estar enfermo	165
El “papel de enfermo”	166
La personalidad de los participantes en la relación	168
Los enfermos de difícil manejo	170
Psicoiatrogenia	172
El poder terapéutico de la influencia del médico	173
La familia del enfermo	174
Influencias de la cultura en la práctica de la medicina	175
La adquisición de los conocimientos médicos	176
El significado de la enfermedad	177
Enfermedad y padecimiento	177
Modelos explicativos de los pacientes	178
Los sistemas de creencias acerca de la naturaleza y causas de las enfermedades	180
Interpretaciones de la efectividad del tratamiento	180
Atribución errónea de eficacia	181
Otras prácticas terapéuticas	182
El médico y el enfermo ante el sufrimiento	184
El médico y el enfermo ante la muerte	185
Actitudes ante la muerte	186
Reacciones ante la muerte	187
El médico ante la muerte de su enfermo	187
El duelo como proceso psicológico	188
La ruptura de las ligas de apego	189
El proceso del duelo	190
El duelo patológico	191

El duelo como prototipo	192
Dimensión ética de la relación médico-paciente	193
Referencias bibliográficas	196
Lecturas recomendadas	196
VIII. El examen médico-psicológico como complemento del examen médico general	198
La entrevista	200
El motivo de la consulta	200
El problema actual	200
Interrogatorio por aparatos y sistemas	201
Hábitos	201
La situación actual: personal, familiar y social	202
Antecedentes patológicos personales y familiares	203
Observación del paciente durante la entrevista	205
El examen del estado mental	205
Afectividad	205
La conciencia y las funciones intelectuales	207
Forma y contenido de los pensamientos	209
Reacciones del enfermo hacia su enfermedad	212
Identificación de rasgos de personalidad y conflictos básicos	213
La ampliación del estudio biográfico	215
Infancia y características del núcleo familiar	215
Pubertad y adolescencia	216
Juventud y edad adulta	217
Climaterio y senectud	217
El diagnóstico	218
Referencias bibliográficas	219
Lecturas recomendadas	219
IX. Relación de la mente y el cerebro	221
Bases biológicas de los procesos mentales	224
La conciencia	224
Formación reticular	226
Atención	231
Emoción	233
El sistema límbico	234

Aspectos bioquímicos	236
Motivación	237
Aprendizaje y memoria	240
Cognición	245
Lateralización cerebral	250
Neurobiología del tiempo	253
Neurociencia y salud mental	255
Imágenes funcionales y estructurales del cerebro	259
La evaluación neuropsicológica	265
Desarrollo histórico	265
Usos en la práctica clínica	266
Instrumentos de evaluación	268
Bases genéticas de las funciones y de los trastornos mentales	269
Conceptos básicos	269
Bases moleculares de los procesos genéticos	271
Trasmisión de la información genética	272
Genética, psicología y patología mental	272
Metodología de los estudios psiquiátricos genéticos	276
Estimación de riesgos para trastornos psicopatológicos específicos	277
Esquizofrenia	277
Trastornos afectivos	279
Demencias preseniles	281
Alcoholismo	281
Sociopatía	282
Trastornos de angustia	283
Terapia genética	285
Avances recientes en genética molecular	285
Referencias bibliográficas	287
Lecturas recomendadas	289
X. Los trastornos psicobiológicos. Medicina psicosomática	291
Desarrollo histórico	292
Enfoque psicofisiológico	293
Enfoque psicoanalítico	295
El problema de la especificidad	295
La etiopatogenia de los trastornos psicofisiológicos y las fases de la enfermedad	298

Estrés psicosocial	300
Mecanismos mediadores	304
La conversión de las experiencias en el cerebro	307
Inmunidad	307
Tendencias actuales en la medicina psicosomática	310
El dolor	311
¿Qué es el dolor?	312
Aspectos psicológicos del dolor	316
Reducción del dolor por medios psicológicos	318
El manejo del paciente con dolor	320
Trastornos cardiovasculares	321
Estudios de la historia natural	323
Estudios experimentales en seres humanos	326
Estudios en animales	327
Trastornos gastrointestinales	327
Úlcera péptica	328
Colitis ulcerosa inespecífica	329
Síndrome de colon irritable	330
Trastornos respiratorios	331
Asma bronquial	331
Trastornos endocrinos	333
Aspectos psicológicos en ginecobstetricia	334
Trastornos musculoesqueléticos	337
Cáncer	340
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	341
Referencias bibliográficas	343
Lecturas recomendadas	345
XI. Los trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad	347
El dormir, sus alteraciones y los sueños	347
El dormir	347
El sueño y los trastornos mentales	351
Los trastornos del dormir	352
Los sueños	354
Conceptos actuales sobre los sueños	358
La alimentación y sus trastornos	359

Hambre y saciedad	360
Trastornos de la alimentación	361
Clasificación de la obesidad	363
Anorexia nervosa	366
La sexualidad y sus alteraciones	368
La diferenciación sexual	369
El desarrollo sexual	370
Las alteraciones de la sexualidad	372
Trastornos de la identidad sexual	373
Disfunciones psicosexuales	374
Las parafilias	375
La homosexualidad	376
Referencias bibliográficas	378
Lecturas recomendadas	378
XII. La angustia y la depresión	380
La angustia	380
Angustia existencial	381
El sustrato biológico	383
La angustia patológica: formas clínicas	384
Causas de la angustia patológica	387
Papel de la herencia	387
La angustia en la infancia	388
Manejo terapéutico	388
La depresión	390
Incidencia y prevalencia	391
Aspectos biológicos	392
Causas	393
Formas clínicas	394
Depresión enmascarada y equivalentes depresivos	395
El diagnóstico	396
El manejo del enfermo deprimido	397
Manejo farmacológico	398
Referencias bibliográficas	398
Lecturas recomendadas	399
XIII. Abuso de sustancias y adicciones	401

Alcoholismo	401
Causas	402
Farmacología	402
Consideraciones psicológicas	404
Alcoholismo, comorbilidad y psicopatología	405
Complicaciones	405
Problemas relacionados con el abuso del alcohol	406
Los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en México	406
Manejo terapéutico	407
Abuso y dependencia de sustancias adictivas	409
Opiáceos	410
Cocaína	412
Cannabis	412
Depresores centrales	413
Estimulantes	414
Alucinógenos	415
Nicotina	416
Los jóvenes y las drogas	416
Algunos aspectos del problema en México	418
Prevención, tratamiento y rehabilitación	419
Referencias bibliográficas	420
Lecturas recomendadas	421
XIV. La agresividad en la conducta y en la patología humanas	422
Efectos de la agresividad sobre el organismo	423
La agresividad como rasgo de la personalidad	424
Las bases biológicas y sociales de la agresividad en los humanos	425
Tendencias autodestructivas: suicidio	430
Aspectos sociales	431
Psicología de los actos suicidas	432
Conductas autodestructivas	434
Suicidio y patología mental	435
El suicidio en México	436
Consideraciones acerca de la prevención y el manejo	437
Referencias bibliográficas	438

Lecturas recomendadas	439
XV. La psicoterapia en la medicina	440
Mecanismos inespecíficos en la psicoterapia	440
La fe y la esperanza	441
El marco teórico	442
Psicogénesis y psicoterapia	443
Formulaciones psicodinámicas	443
La vuelta a la conciencia	445
Papel de la voluntad en la psicoterapia	446
Los valores y las creencias en la psicoterapia	447
Referencias bibliográficas	451
Lecturas recomendadas	451
XVI. Aplicaciones de la psicología conductual al cuidado de la salud	453
Participación del psicólogo en el manejo de los pacientes	454
Bases teóricas	455
Principales técnicas empleadas	457
El psicólogo en el cuidado de la salud	459
La rehabilitación	461
Abuso de sustancias	462
El papel del psicólogo en la salud de la comunidad	462
Referencias bibliográficas	464
Lecturas recomendadas	464
Índice de nombres	466
Índice analítico	484