

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO
Y FACTORES PSICOGENICOS

DR. MARIO FUENTES DELGADO

No se podría precisar con exactitud, en el curso del desarrollo de los conocimientos médicos, cuando aparece en forma científica el concepto de *medicina psicosomática*; pero es indudable que, desde la más remota antigüedad, se venían haciendo agudas observaciones, en las que el factor psicogénico y emocional era precipitante o formativo de síntomas orgánicos. Hay una literatura amplia, para que los estudiosos acopien datos de estas conquistas técnicas de la Psicología Médica.

Actualmente podemos diferenciar, siguiendo en English y Weiss,¹ el concepto clásico de Medicina (la medicina organicista) y el de la medicina psicosomática, que no es más que la *medicina integralista o totalista*, en la que toma como factor importante el factor psíquico, el factor emocional y en síntesis el factor personalidad.

Recordemos que inicialmente, la medicina fue simplemente sintomática; posteriormente, con la aparición del microscopio, y con WILLOW, la medicina fue fundamentalmente anatómica: se pretendía comprender la enfermedad sólo por las lesiones anatómicas o histológicas, de un órgano a veces, o de un tejido. Más tarde, aparece el concepto funcional de la enfermedad, el que afirma, que antes que aparezcan las lesiones, éstas se anteceden por trastornos funcionales. Conjuntamente los métodos de laboratorio, las exploraciones funcionales llevadas, como en la actualidad, a los más altos niveles de investigación, han servido y vienen sirviendo para llegar a la intimidad de estas múltiples disfunciones, para entender, en términos fisiológicos, muchos desarreglos secretorios, de hiperfunción o de hipofunción de órganos y de sus múltiples correlaciones y dependencias. Los trastornos funcionales y la medicina fisiológica, que sigue siendo nuestra aspiración para la comprensión de la fisiopatología de los padecimientos, sigue su proceso de interminable e infinita adquisición científica; pero la clínica, en

su proceso de análisis y de síntesis, se encuentra con una multitud de síntomas, síndromes o padecimientos, en los que no hay causas orgánicas que las determinen; ya la etiología infecciosa, lesional, tóxica o simplemente funcional, no son suficientes para comprender la enfermedad o el síntoma. Las estadísticas de las consultas externas en los hospitales generales; las estadísticas que proporcionan las clínicas de padecimientos de medicina interna; simplemente la experiencia médica de los consultorios de medicina general, muestran un alto porcentaje de padecimientos, ahora reconocidos como psicósomáticos. Para unos, más de un 50 % de estos grupos, son padecimientos psicogénicos o de origen emocional; otros, dan hasta un 60% y otros, 30 ó 40%. Estos lotes de enfermos deben ser estudiados por el internista y el psiquiatra, o por el internista si está preparado, pero con un enfoque psicológico. En todo caso, todo internista debe tener un conocimiento básico, una información, aunque fuera elemental de esta etiología psicológica de un porcentaje elevado de padecimientos, algunos de ellos, en su fase final, ostensiblemente orgánicos, pero que en su iniciación y aún en su mantenimiento evolutivo, dependen de los múltiples mecanismos neuróticos de la personalidad, o de esta personalidad en su constante lucha por conquistar el medio o por encontrar un ajuste que corresponda a sus relaciones interpersonales adecuadas.

Estas breves referencias precedentes, dan sólo una ligera idea del interés y la realidad, en la clínica, de lo que significa la *medicina psicósomática*. Para su comprensión y su aplicación en la práctica, se requiere un interés psicológico y no una actitud discriminativa o escéptica de lo que se ignora; todavía en la actualidad, en los mejores centros médicos de nuestra capital hay una negligente actitud para este concepto integral de la medicina; todavía no entra en la práctica hospitalaria, en donde la conducta clínica se concreta a agotar los recursos de la medicina somática, y al no encontrar una causa orgánica objetiva o alteraciones objetivas funcionales, se concluye diciendo al enfermo: "que no tiene nada, sólo son nervios", con lo que momentáneamente puede calmarse la angustia del paciente, mientras su médico no le da la espalda; pero esa frase sintética, "sólo son nervios", implica la necesidad de que el paciente sea incorporado a un estudio psicológico o psiquiátrico, a un estudio detenidamente biográfico, a un manejo técnico de sus conflictos, en fin, a una asistencia técnica y adecuada que lo conduzca a la verdadera comprensión de sus síntomas y a la liberación de su angustia y por ende, de los síntomas somáticos que no son sino la expresión funcional visceral o aún lesional de sus trastornos emocionales.

La repercusión de los diversos trastornos emocionales derivados de las tensiones internas, por conflictos intrínsecos de la personalidad siempre en función con el medio o los patrones sociales o familiares, se hace, diría yo en forma total sobre el organismo físico, dando sintomatologías predominantemente subjetivas, sobre los diferentes aparatos o sistemas de la economía o predominantemente objetivas, en la medida que los diversos conflictos o tensiones se expresen fisio-

lógicamente. Es decir, los síntomas psicosomáticos son la suma de las constelaciones psíquicas con sus correlaciones fisiológicas. Estas a su vez van a hacerse más ostensibles sobre determinados sitios orgánicos.

Me voy a concretar a considerar cuáles son los diferentes síntomas, síndromes o conductas del aparato digestivo, que se originan como consecuencia de mecanismos psíquicos.

Voy a empezar por enumerarlos y describirlos tal como se ven, estos cuadros en la clínica diaria; en la descripción particular de cada uno de ellos haremos una explicación sintética de los mecanismos psicológicos que privan en su formación.

1. La anorexia nerviosa (anorexia nervosa).
2. Los vómitos psicogénicos.
3. Los trastornos de la deglución, masticación, espasmos esofágicos.
4. Los trastornos funcionales gástricos y de los anexos al aparato digestivo: de secreción, de motilidad (disquinesias); la úlcera péptica, etc.
5. Los trastornos funcionales del intestino delgado y grueso, hiperquinesias, diarreas emocionales, los estreñimientos; las colitis, la colitis ulcerativa; los trastornos en la excreción fecal.

La anorexia nerviosa y la personalidad (sobre todo del niño problema, en la alimentación).—La clínica pediátrica y, en los hogares, los médicos y las madres confrontan el problema de alimentación en uno o varios niños que muestran una conducta de inapetencia constante o irregular, de rechazamiento, a veces discriminativo, más frente a una persona y menos frente a otras; conducta de bizarrería, a la hora de las comidas en donde se advierte el rechazamiento del alimento. El niño puede ser completamente normal, en otras áreas de su conducta, pero es particularmente neurótico o complicado e incomprensible en el momento de actuar como un ser incorporativo. Por supuesto que esta conducta de rechazamiento da por resultado otro u otras conductas que podríamos llamar de presión o más bien de angustia en la madre que inicia su experiencia, procurando al hijo de toda clase de solicitudes, con muestras de afecto, de seducción suaves, que muchas veces no modifican la conducta de oposición o de indiferencia del niño. Con la orientación del médico se continúan los métodos de paciencia y se varían, hasta el capricho, los platillos y aún las circunstancias rituales del alimento; el niño se sigue resistiendo o acepta muy limitada su alimentación; la angustia de la madre crece; se piden más instructivos o consejos al médico y éstos también fracasan. Por fin se acude a los métodos enérgicos, a las amenazas, a los castigos, a invocar al padre que representa, en concepto de la madre una amenaza o una mayor autoridad para el niño; métodos de coerción enérgicos que empeoran todavía la conducta opositora. A veces, cuando después de tantos afanes maternos y familiares el niño ha logrado

comer algo, a los pocos instantes vomita los escasos alimentos ingeridos. La reacción ansiosa de la madre llega al paroxismo y empieza la desesperación neurótica o ésta se mantiene permanente mientras transcurren los meses o los años con el problema. Este tipo de conducta ocurre comúnmente en niños con neurosis de ansiedad; no pueden explicar, a su edad, estas modalidades subjetivas de inseguridad, que se manifiestan como angustia. El psiquiatra debe intervenir para el manejo de estas conductas y casi siempre las mejorías que puedan lograrse, son alcanzadas más por el tratamiento que se hace en la madre o personas substitutas, que por el tratamiento directo del niño neurótico. No se trata, pues, de un cuadro de inapetencia secundaria a padecimientos digestivos; la inapetencia es consecuencia de la ansiedad. Son niños que ya van mostrando ciertas características de mayor inseguridad que otros, de timidez, de sensibilidad, de necesidad de ser sobreprotegidos. Estas conductas pueden abarcar desde los primeros días del recién nacido, que rechaza el pecho o el biberón, hasta los 9 ó 10 años de edad, o más.

Este mismo tipo de conducta de inapetencia casi absoluta, de bizarrería para comer, de baja progresiva de peso, hasta la caquexia hipo-nutricional crónica, forma parte del cuadro conocido también de anorexia nerviosa, que es frecuente observar en adolescentes o en adultos menores.

El cuadro físico de inanición crónica, con gran consunción, concurre con una falta de desarrollo corporal y en especial de la estatura; hay deficiencias endocrinas, hipofisiarias y gonadales; de manera que en algunos casos se han observado matriz infantil, disminución de los impulsos libidinosos y, en el hombre, impotencia. Este cuadro tiene gran semejanza con la Enfermedad de Simmond, que es netamente endocrina.

Los trastornos psíquicos encontrados en estos casos, no entran en un patrón más o menos rígido, pero en general, parece ocurrir en muchos de estos pacientes un estado de ansiedad crónica y una gran inseguridad básica en su vida. Pueden descubrirse una gran variedad de rasgos neuróticos. Rahman, Richerdson y Ripley mencionan la presencia de rasgos obsesivos, depresivos, esquizoides y ciertas tendencias compulsivas del carácter, como perfeccionismo, obstinación, exceso de escrupulosidad, de pulcritud, sensibilidad y ambición desmedida.

Un factor psicológico frecuente en la anorexia nerviosa, es una reacción de rencor inconsciente. Se citan casos de anorexia nerviosa como parte de la rivalidad entre hermanos, en donde las necesidades de predominar en el afecto de los padres hacen que se pongan en juego mecanismos de celos, envidia y auto castigo, a fin de lograr mayor afecto o restarlo de los hermanos; como consecuencia de un sentimiento de culpa, se rechaza el alimento y se mantiene una conducta masoquista.

La asociación de los impulsos del hambre (Alexander, p. 67) con tendencias sexuales, por la normal erotización de las funciones orales, hacen aparecer fantasías sexuales incompatibles con la ingestión de alimentos. La psicoterapia ana-

lítica muestra en estos pacientes numerosos mecanismos de tipo regresivo, más o menos específicos en cada caso y que conviene manejar, para lograr una rehabilitación psicológica.

Consideramos, sin embargo, que la *anorexia nerviosa*, es de los cuadros neuróticos más rígidos y más difíciles de modificar; en algunos casos hemos de recurrir tanto a la psicoterapia, como a la terapéutica orgánica, como los electrochoques, la insulina, los atarácicos, etc., para lograr la mejoría.

Otra forma de anorexia, muy frecuente, es la asociada a estados depresivos; conjuntamente con el insomnio y la baja de peso constituye una trípole sintomática, de muchas depresiones, especialmente aquellas en donde todavía no son tan manifiestos los cambios subjetivos del estado depresivo; lo que podríamos llamar depresión sin depresión. En estos casos adecuadamente estudiados, aparecen sentimientos de culpa, ideas de autoacusación, fantasías masoquistas, etc. Una vez diagnosticada correctamente la depresión, como una enfermedad afectiva, su terapéutica, por electrochoque o antidepresivos, es obligada y va seguida del éxito más espectacular que se pueda imaginar. Muchas otras somatizaciones sobre el aparato digestivo pueden coincidir con la anorexia depresiva; los pacientes se quejan de molestias hipocondríacas; hay negación de funciones, "no pueden deglutir", "no pueden digerir" ("porque no tienen estómago"); "no pueden eliminar", etc., hasta llegar a expresar otras más definidas ideas de negación, nihilistas, hasta negarse su propia existencia y afirmar que no tienen por qué comer, "porque están muertos". La depresión debe llevarlos a la supresión de la conciencia subjetiva del yo; a la supresión de la cenestesia, de modo que aparecen con un insufrible estado de despersonalización. Estos enfermos tienden al suicidio y hay que tratarlos pronto y eficazmente.

Como un mecanismo opuesto a la anorexia, está la *Bulimia* o hambre exagerada. En la bulimia psicogénica, el aumento del hambre no es un aumento de la necesidad del organismo por el alimento; el comer de más, se transforma en una recompensa substitutiva de otras tendencias emocionales frustradas, que no tienen que ver con la nutrición. La privación de afecto y la frustración consecutiva, puede en algunos casos substituirse por una ingestión mayor de alimentos. La adiposidad psicogénica es frecuente y, en general, el aumento de peso está en relación con la desmedida ansiedad que ponemos por el aumento de nuestras necesidades psicológicas de tipo receptivo; el que come en mayor cantidad, subcientemente es un acaparador que desea sustraer de los demás un "superávit", traducido en alimentos, para atenuar su inseguridad.

En el vómito psicogénico, el alimento es expulsado como símbolo de un rechazamiento de algo que no tolera la personalidad. Muchas veces el vómito, por ejemplo, es la expresión de sentimientos de culpabilidad surgidos en relación con deseos incorporativos o sexuales intolerables para el *ego*. Expresan la tendencia a devolver lo que el paciente incorpora en sus fantasías inconscientes (Alexander, p. 70). Se presenta, fácilmente en los niños como un mecanismo

de protesta, a la imposición materna, o bien como una expresión (a falta de una verbalización adecuada) de su intolerancia y de su incipiente autonomía. En la mujer embarazada, es común el mecanismo psicogénico, de una represión subconsciente del embarazo. El vómito, como otros muchos síntomas neuróticos, debe ser considerado como parte de una constelación psiconeurótica más amplia y su tratamiento psicoterápico debe depender de la terapia de la personalidad total. La eliminación del síntoma no debe hacernos creer que se ha hecho una curación completa; nos sirve como vía de entrada para el conocimiento y manejo de la personalidad en desajuste emocional; siempre tratar al sujeto enfermo y simultáneamente hacer extensivo el tratamiento psicológico al grupo en el que se mueve emocionalmente el paciente; para una nuera neurótica, con vómitos psicogénicos no se deben dejar de tratar: a la suegra o al marido inmaduro.

Los trastornos psicogénicos de la deglución, de la masticación y los espasmos esofágicos, son otros tantos síntomas físicos que también son expresión de conflictos. Observamos muchos casos de personas en conflicto en los que además de la resistencia a comer, la inapetencia, puede haber una modalidad infantil de masticar, de inmovilizar los alimentos dentro de la boca y esperar que determinada persona, cargada de afectos significantes o gratificantes para ella, le insista a pasar los alimentos; conducta regresiva, por necesidades neuróticas de gratificación o de seguridad: un paciente rechaza la comida que le procura la esposa, en cambio acepta la misma comida que le da la cuñada; otro no puede comer delante de determinada persona o frente a personas de poca confianza, etc.

La deglución se perturba por espasmos del esófago, en muchos casos de conflicto insoluble; simboliza un obstáculo moral; una intolerancia, una desaprobación o bien un medio a través del cual trata de conseguir una solución: una paciente del servicio de digestivo del Dr. A. A. fue exhaustivamente estudiada por presentar espasmos esofágicos, con sondeos, radiografías, endoscopías, etc., que no mostraron ninguna causa orgánica. La enferma estaba muy emaciada y sólo comía algunas veces con una sonda delgada. En el manejo psicológico de su caso, se comprobó, como parte de sus rasgos psicológicos: la escrupulosidad, perfeccionismo, sensibilidad exquisita al "qué dirán", el conflicto intolerable para ella, que se creó desde que su marido empezó a beber. Desde entonces apareció el espasmo esofágico, que sólo mejoró con la terapéutica psicológica y una relativa modificación de los hábitos alcohólicos del marido. Otra paciente con espasmos esofágicos, se declara en huelga de hambre consciente, hasta conseguir que algún hombre pudiera tener relación sexual con ella. Aquí se evidencian mecanismos compulsivos con una conducta de autocastigo a fin de lograr su objetivo.

Los trastornos funcionales gástricos o Neurosis gástrica, abarcan un gran número de molestias, en las que algunas son notoriamente psicogénicas y en las que éstas se pueden mezclar a otros síntomas claramente orgánicos. Podemos

simplemente enumerar y considerar que hay trastornos psicógenos de la motilidad gastrointestinal, como las hiperquinesias gastrocólicas, ruidosas a veces, en los precisos momentos en los que se agrupan personas alrededor de la mesa o en el curso de la comida. Alguna de las comensales, con tensión neurótica, tiene ruidos gastrointestinales por una gran hiperquinesia; a veces se añade una progresiva gastralgia y aún vómitos, que ya son síntomas "aceptables", a fin de permitir justificadamente que el paciente, se aleje del momento y simbólicamente de la persona o del conflicto, que solo el estómago "pudo confesar". En rigor, las vísceras hablan con su lenguaje simbólico y hay que estudiar al órgano y al psiquismo, para entenderlos como un todo, o como partes de un todo. La sensación de plenitud gástrica prematura, tan pronto como cae el alimento, es comúnmente otra manifestación de neurosis gástrica, con hipotonía de las paredes del estómago; simultáneamente hay exceso de fermentaciones, que dan lugar a las regurgitaciones escandalosas acompañadas a veces de sensación de opresión respiratoria y disnea angustiosa, además de otros muchos síntomas del miedo. Los trastornos sensitivos son frecuentes en esta zona epigástrica, con gastralgias que casi siempre aparecen en el paroxismo de una crisis de ansiedad, y obligan al paciente a discriminar en forma neurótica sus alimentos de una manera que, al final, sólo acepta comer uno que otro alimento, casi siempre con temor de sentir algún daño. También la intolerancia a estas molestias o la hiperestesia de esta zona gástrica simboliza a veces un conflicto. Hay personas que resienten sus emociones, aún las triviales, en el epigastrio.

Son también conocidos los diversos trastornos secretorios del estómago neurótico, como la hiperacidez, la hipoclorhidria de los deprimidos, la halitosis de los histéricos y en general muchas molestias por diversas dispepsias funcionales, que obedecen a inhibiciones de secreción, o a desarreglos en la interacción de los diversos jugos digestivos. Son bien conocidas las inhibiciones biliares en las emociones fuertes y las ictericias emocionales, así como las hipoquinesias y atonías vesiculares, que secundariamente conducen a estasis y a infecciones que obligan a manejos terapéuticos, médicos o quirúrgicos. La prevención de muchas operaciones puede hacerse en la fase neurótica o emocional de la disquinesia.

Muchos de estos enfermos son tratados por el especialista de vías digestivas como biliosos (dicen los enfermos) o biliares, porque el paciente hace énfasis, en sus trastornos digestivos con otros síntomas concomitantes, como la sequedad de la boca, el sabor amargo, la indigestión, la anorexia, etc., en cambio no puede ni quiere hacer énfasis, desde luego, en sus conflictos. Es el médico, con enfoque psicológico, el que debe ver más allá de la apariencia y ahondar en los auténticos orígenes de las disfunciones digestivas. Dice Alexander que la indebida atención dada a los síntomas únicamente ayuda a la evasión neurótica del paciente (p. 74) de aquellos problemas emocionales que, en el fondo, determinan dichos síntomas y de este modo se está contribuyendo a la perpetuación de la dificultad. Recordar siempre que: el paciente es accesible para informar sobre

sus síntomas físicos o somáticos y siempre evasivo para sus vivencias psicológicas, hasta la mentira inconsciente para defenderlos. La obligación del médico en estos casos (sigue Alexander) es llamarle la atención al paciente sobre la naturaleza secundaria de sus síntomas y para contrarrestar su fuga hacia la enfermedad orgánica, urgirle a finalizar tal situación, por ejemplo haciéndolo aceptar la psicoterapia que le hará posible resolver sus problemas emocionales.

La úlcera péptica está entre los padecimientos gastrointestinales más estudiados y considerados como psicósomáticos.

Cada vez la literatura médica, en este campo, ofrece más datos para reforzar la importancia de los factores emocionales en el determinismo de la úlcera. Por muchos años los clínicos venían observando la importancia de los factores psicológicos. Von Bergman y Westphan (p. 75, Alexander) llegaron a la conclusión de que la mayor parte de las úlceras pépticas, pueden considerarse "como la más molesta complicación" de las neurosis gástricas de larga duración. Para aceptar esta posibilidad del factor psicogenético, conviene estar anuente con el principio de causalidad en cadena, podríamos decir, partiendo de la existencia de las alteraciones conceptuales, con sus correlaciones emocionales, tanto psíquicas como fisiológicas; de modo que un concepto (consciente o subconsciente), se sigue de un trastorno funcional y, un trastorno funcional, con sus múltiples implicaciones fisiológicas, sus desarreglos funcionales, trae, si estos y aquellos son persistentes en la vida del sujeto, la aparición de trastornos orgánicos, como la úlcera u otras lesiones, que ya constituyen una fase orgánica, lesional y cuya valoración respecto a su formación, sólo podrá apreciarse correctamente considerando su desarrollo, o sea, al partir de lo psíquico o conceptual, siguiendo hacia lo funcional para terminar en las lesiones. Este es el proceso psicósomático en general y que sólo es una forma superficial de entender la importancia de la psicogénesis de los síntomas orgánicos.

Se han hecho estudios importantes mediante observaciones sobre las diferentes alteraciones de la mucosa gástrica, la secreción, la motilidad y hasta la sensibilidad gástrica, en un caso clásico en la literatura psicósomática, el caso TOM, estudiado por Wolf en Nueva York. Se trataba de un individuo que tenía una abertura de la pared abdominal, posterior a un trauma, de modo que el estómago estaba en parte expuesto al exterior. El experimento natural permitió observar a través de la fístula las modificaciones de la mucosa gástrica que ocurrían en ocasión de los cambios psíquicos: se le sometió a experiencias psicoanalíticas; a situaciones diversas de frustración, a situaciones de cólera, a reacciones de ansiedad, por ejemplo haciéndole saber que había perdido su pensión, etc. En todas estas situaciones y variantes psicológicas, se apreciaron cambios de coloración de la mucosa, cambios de secreción y de motilidad, así como manifestaciones de dolor en sitios en los que se erosionó intencionalmente. La erosión provocaba mayor secreción de ácido clorhídrico y ésta, dolor y cambios congestivos de la mucosa hasta sangrar. De modo que este experi-

mento humano ha sido demostrativo para considerar y aceptar, en la experiencia, la influencia de diversos estados emocionales sobre los diversos cambios en diferentes funciones del estómago.

Ahora bien, desde el punto de vista psicodinámico, varios autores han establecido diferentes tipos de personalidad y consideran que unos tipos son más avocados a sufrir la úlcera que otros. Walter Alvarez, internista y psicólogo, habla del tipo eficiente, del hombre activo y emprendedor como el predispuesto a la úlcera del estómago. Hartman, caracteriza el tipo del ulceroso como el del sujeto que "encontrando obstáculos que le crean dificultades y le obligan a esfuerzos, se empeña en superarlos, dada su naturaleza". Observa que entre los chinos y entre nuestros indios de Latinoamérica, nunca se presentan úlceras y se lo explica tomando en cuenta su actitud estoica y casi apática y la falta de esfuerzo y ambición de estas razas. Me temo que haya un error en estas apreciaciones, pues en nuestros servicios de gastroenterología, no son precisamente los tipos rubios los que forman la consulta y allí, hay enfermos ulcerosos. En realidad la úlcera es un padecimiento universal, cuyo estudio aún no llega mucho a las clases débiles económicamente y menos aún los estudios psicológicos en estas esferas. Ojalá que algún día, la ciencia —sobre todo la psicológica— llegue al pueblo, para entonces considerar casi seguramente, que en estas clases, operan los mismos mecanismos, la misma psicodinamia que en las clases favorecidas económicamente.

Los estudios de Alexander, Franz Alexander, antes Director del Instituto Psicoanalítico de Chicago, con su grupo de colaboradores, consideran que la úlcera puede ocurrir en diferentes tipos de personalidad, pero encuentran en todos ellos una típica situación conflictiva que es constante. Han observado que el deseo de mantenerse en la situación de dependencia infantil, la situación de ser amado y cuidado, se haya en conflicto con el sentimiento de orgullo e independencia, de éxito y de autosuficiencia del *ego*. Un gran número de personas que sufren úlcera, muestran en su conducta una actitud exagerada, agresiva e independiente; otros muestran asociadamente, síntomas de inmadurez, con una gran dependencia de las influencias maternas, como en el caso del complejo de Edipo, en contraste, como venimos diciendo, con una gran necesidad de aparecer independiente, altamente responsable y a su vez protector. No les gusta aceptar ayuda y se agobian con toda clase de responsabilidades. La lucha constante en que se enfrasan, el aumento de sus responsabilidades y las necesidades de competencia para lograr su superación, aumentan sus deseos subconscientes de dependencia; en su conducta externa y vista superficialmente no se expresa este conflicto ni esta necesidad de dependencia. Así se explica por qué las curas de reposo, que es un reposo emocional y una retirada transitoria de la vida de gran tensión, atenúan y favorecen la mejoría de los síntomas del ulceroso, para reaparecer nuevamente en sus condiciones habituales de trabajo. También es dable observar que en las situaciones de mayor "stress", aparezcan

complicaciones funcionales, como exacerbaciones de dolor, la mayor acidez o bien complicaciones orgánicas mayores, como las hemorragias y aún la muerte por graves accidentes de perforación.

Entre los trastornos psicogénicos, intestinales, los que más comúnmente se observan y los que han sido más estudiados, con enfoque psicossomático, consideraremos brevemente, la constipación psicógena, las diarreas, las colitis, la colitis ulcerativa, la rectocolitis hemorrágica, etc.

La constipación psicógena, es de observación común en la clínica psiquiátrica. En general se les observa en enfermos con depresión en los que a su vez, la retención de excrementos, constituye un síntoma de exagerada autoconciencia del paciente, que hace que muchos de sus pensamientos y conducta, sean constantes ruminaciones alrededor de la constipación; muchos desarrollan patrones obsesivos para lograr la evacuación, después de la cual, alivian en algo sus tensiones. Grace, Wolf y Wolf, han hecho observaciones, en casos de exteriorización de intestino, en sujetos fistulosos, con exámenes radiográficos y quimográficos, llegando a estas conclusiones: las situaciones de vida detestables, provocando depresión, van asociadas a una hipofunción de la motilidad del intestino grueso, con palidez, relajamiento, con ausencia de la actividad contráctil del colon y una disminución de las secreciones y de la concentración de un agente bacteriológico y mucolítico del intestino, la lizozima. En cambio, en los casos de situaciones provocadoras de conflictos, que determinan una reacción de cólera, de hostilidad, de resentimiento, o con aprehensión y ansiedad, están en relación con una hiperfunción del colon, un aumento de la actividad contráctil o rítmica y un aumento de la lizozima (T. Psiq. 2o. Pab. 37450 G (10)).

En la constipación, estos autores (Grace, Wolf y Wolf), describen al enfermo como esencialmente ansioso y deprimido. El sujeto vive lleno de responsabilidades que tiende a aceptar y comúnmente no da muestras externas de tensión, pero sí resiente el esfuerzo, sintiéndose débil o laxo internamente, desanimado y pusilánime; reconoce que actúa forzándose, que se arrastra penosamente a diario y es de carácter vivo e irritable y aún brusco; se queja de sentirse desalentado, descontento y aunque dice que no se interesa por su trabajo, se agobia para llenar sus responsabilidades, aunque en ellas no encuentre ninguna ventaja especial. Se hace escéptico de todo, se queja de cansancio, duerme mal, se queja de cefaleas, generalmente tensionales, de dolores musculares diversos. Sus dolores, como sus sentimientos de depresión y pobreza de espíritu, son atribuidos comúnmente a la retención de heces y a sus toxinas.

Según Alexander, estos pacientes tienen una actitud derrotista, hecha de pesimismo y desconfianza, que expresan el sentimiento de abandono y de indiferencia que él aprecia a su alrededor. En sus formas más acentuadas, estos rasgos corresponden a la melancolía o a las reacciones paranoides. El factor afectivo, que juega un papel en la constipación psicógena, según Alexander, se puede resumir así: "yo no puedo esperar nada de los otros, por lo tanto,

nada tengo que dar de lo que soy, debo guardar lo que es mío". Esta actitud posesiva, resultado de un sentimiento de abandono y de desconfianza, se traduce por un síntoma orgánico, que es la constipación. En nuestra práctica, en los casos de constipación psicogénica, indagamos muy especialmente sobre aquellos estados subjetivos y conductas que nos lleven a aclarar si además, hay, en la esfera emocional características depresivas y muy comúnmente se confirman; entonces la constipación, como muchos de estos síntomas psicogénicos, es un punto saliente dentro de la constelación sintomática y quizá el menos importante, al lado del sufrimiento subjetivo que es la depresión. Estos constipados psicógenos deben ser tratados con los recursos habituales con que tratamos la depresión: psicoterapia, neuroestimulantes o euforizantes y, en muchos casos, el electrochoque, como en las depresiones de niveles psicóticos o psiconeuróticos severos.

La diarrea simple emocional, es de observación frecuente para muchas personas, que registran sus emociones con esta urgencia de eliminación en situaciones de angustia sobre todo. Se caracteriza, por su correlación fácil, con el contexto emocional y por la urgencia imperiosa y ansiosa de la eliminación. Es común también la incontinencia fecal, en los paroxismos del miedo o del pánico, así como la incontinencia urinaria.

La colitis ulcerativa es un trastorno crónico con remisiones, es un síndrome, con etiología definida en algunos casos, tuberculosa, amibiana, bacilar crónica, etcétera y en otros, de etiología desconocida, en los que juega un papel importante la psicogénesis. Desde luego, sus síntomas tienden a ser intermitentes en relación con la intermitencia de las tensiones psíquicas o el "stress". El punto de interés en este síndrome, es saber si los trastornos estructurales que hay en la colitis ulcerativa ocurren por la repetición o persistencia del espasmo, debido a su vez a situaciones de conflicto. En numerosos estudios hechos sobre la colitis ulcerativa, se ha encontrado una incidencia alta de factores psicogénicos: estos incluyen conflictos que han antecedido a la enfermedad; algunos rasgos que son característicos de la personalidad, agravación del padecimiento por desajustes emocionales; precipitación de nuevos ataques colíticos por subsecuentes tensiones y mejoramiento del trastorno, por métodos psicoterápicos. En 6 casos de colitis ulcerativa, Groen, nota un conflicto específico, que él formula "como una aguda pérdida de afecto, combinada con humillación"; cada caso fue precedido en su iniciación o en sus recaídas, por traumas emocionales: según él, 4 casos mejorados rápidamente, con una simple psicoterapia de soporte.

Murray, sorprende, con un gran número de rasgos neuróticos entre sus pacientes de colitis ulcerativa: limpieza exagerada, imposibilidad de liberarse de los accesos emocionales. Lindeman, refiere, pobreza de las relaciones personales; excesiva dependencia con tendencias regresivas y patrones de conducta infantilizada; los pacientes masculinos tenían una fuerte fijación materna y temor al padre.

Entre los factores psicológicos específicos, considerados por Alexander, en estudios psicoanalíticos, se encuentran dos, preponderantes para precipitar la enfermedad o para provocar recaídas: un factor fue la frustración de tendencias para sobrellevar las obligaciones, ya sea moral o material el otro, una ambición frustrada para llenar un determinado gasto de energías requeridas. Casi siempre, el cumplir con una obligación, está íntimamente ligado a la evacuación intestinal.

En resumen, las diferentes situaciones de tensión en la vida, actuando sobre el sistema nervioso autónomo, producen efectos fisiológicos en el colon, e influyen sobre su hipermotilidad, congestión, edema, hipersecreción de moco y enzimas, etc. Hay aumento de la friabilidad de la mucosa, con hemorragias ocasionales y ulceraciones. Como en muchos de estos padecimientos psicósomáticos, la esencial continuidad entre lo psicogénico y los desarreglos fisiológicos, no se encuentran satisfactoriamente; sin embargo, es indiscutible la prevalencia de los trastornos emocionales en las colitis ulcerativas.

Para terminar, queremos referir brevemente una conducta relacionada con la simbolización de la defecación en una de nuestras pacientes del Manicomio, con un proceso esquizofrénico lentamente progresivo y sin gran disgregación. Por años vivió sometida a los desprecios y humillaciones de dos hermanas, que siempre habían actuado buscando supremacía social y buscando figurar, con detrimento de la enferma, a al que privaban de afecto y de interés; casi sentían vergüenza de considerarla su hermana y ésta sólo se preocupaba de servirles en las actividades domésticas; paulatinamente la paciente se fue retrayendo, se hizo autista, indiferente, inactiva, hasta conseguir invertir la atención, ahora de las hermanas hacia ella. Un buen día la paciente hace una abundante defecación en la mitad de la recámara de las hermanas tan pulcras y tan limpias. Esto decidió su internamiento en el Manicomio, habiendo conseguido por este mecanismo regresivo, un rechazamiento total de las hermanas y un despegue completo de ellas, que es lo que la paciente realmente deseaba. La defecación, puede ser, psicológicamente, un acto de hostilidad o de expresión de sentimiento de repulsión y de intolerancia y puede ser un mecanismo substitutivo de represalias que no pueden verificarse en niveles de verbalización, sino en otros, regresivos, a través de funciones viscerales.

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO
Y FACTORES PSICOGENETICOS

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. MARIO FUENTES *

DR. ALFONSO MILLÁN

EN EL DESARROLLO de su trabajo, el Dr. Fuentes tuvo que enfrentar dos grandes dificultades:

1. La primera es que su trabajo es muy ambicioso, ya que desea referirse prácticamente a todos los trastornos funcionales del aparato digestivo. Revisar, en el poco tiempo que se nos concede, los síndromes funcionales del aparato digestivo y sus anexos, considerando la anorexia nerviosa, los vómitos psicogénicos, los trastornos de la deglución, la masticación, los espasmos esofágicos, las funciones gástricas y de los anexos al aparato digestivo, comprendiendo trastornos de secreción y de motilidad; la úlcera péptica; y por último los trastornos funcionales del intestino delgado y del grueso, hiperquinesia, diarreas emocionales, estreñimientos, colitis de diversos tipos y la ulcerativa y los trastornos en la excreción fecal, es una tarea que no puede satisfacerse plenamente en el tiempo que se concede a nuestros trabajos. Se corren muchos riesgos tales como dejar incompletos algunos aspectos, ser superficial en otros, etc.

2. La segunda dificultad se refiere a la índole de nuestra Corporación, que por estar integrada con especialistas muy distinguidos de las diversas ramas de la medicina, no tienen por qué estar preparados en problemas psicodinámicos, lo cual hace más difícil la exposición.

Que el Dr. Fuentes pudo salir airoso de estas dificultades ustedes pueden apreciarlo; pero el problema es mucho mayor para un comentarista que en cinco minutos no puede expresar ni los puntos de divergencia de criterio con el autor, ni aquellos que puedan parecerle originales y substanciosos. Quizá el comentario libre fuese más productivo.

* Leído en la Sesión del 4 de mayo de 1960.

Deseo exponer algunas reflexiones que me sugiere este trabajo:

La primera es que suscribo el criterio del autor en lo que respecta a la terapéutica, que en general ha de ser integral, como debe ser también integral el estudio de los enfermos. Combinar acertadamente la psicoterapia con la quimioterapia o electroterapia y, en su caso, las intervenciones quirúrgicas, ha de ser el desiderátum de todo médico responsable; incluyendo, siempre que es posible, hasta la terapia de la familia y aún agregaría yo, de algunos aspectos de la vida social contemporánea.

Por lo que respecta a la búsqueda de diferentes tipos de personalidad como más avocados para sufrir la úlcera péptica, criterio que han sostenido no sólo los autores que ha mencionado el Dr. Fuentes (Franz Alexander, Walter Alvarez y Hartman) sino otros como la Dra. Flanders Dunbar, es mi opinión que no se ha comprobado la existencia de dicho tipo de personalidad, como tampoco se ha comprobado que ciertas razas como la de los chinos y dizque nuestros indios de América Latina, no la padezcan nunca. El Dr. Fuentes es bastante explícito sobre el último particular y se lamenta, como lo hemos hecho nosotros, de que en nuestros centros médicos haya una negligente actitud para este concepto integral de la medicina, lo que impide que nuestros enfermos, en general, no reciban la asistencia técnica adecuada que conduzca a la verdadera comprensión de sus síntomas. Pero tampoco la idea de buscar en las úlceras y en general en los enfermos de aparato digestivo con predominio de trastornos emocionales; y más en general todavía en los llamados enfermos psicósomáticos, la idea de buscar en ellos, repito, un tipo específico de conflicto para cada síndrome, no me parece correcta y considero que está fuera de la realidad clínica, pues es conocido de todos los clínicos, que la misma situación conflictiva está presente en algunos enfermos con síndrome funcional y en otros en los cuales no hay ningún síndrome funcional. Así, por ejemplo, no todos aquellos sujetos que están en situación de dependencia infantil, con deseos de ser amados y cuidados por una parte, y por la otra con sentimientos de orgullo e independencia y deseos de éxito y de autosuficiencia, no todos esos sujetos, repito, padecen úlcera. Quiero decir que no me parece comprobado por la clínica ni que exista un tipo de personalidad que somatice siempre, si se me permite esta expresión, su conflictiva por medio de determinados síndromes; ni creo tampoco que un conflicto psicológico sea específico a trastornos funcionales determinados. Este es uno de los problemas cruciales de la psicodinamia y de la psicoterapia. Pero no debe sorprendernos, puesto que se trata de una observación que puede generalizarse a toda la medicina. En efecto, no todos aquellos que están en contacto con el bacilo de Koch sufren de tuberculosis; ni todos los que ingieren tóxicos presentan los trastornos correlativos, etc. En este sentido no es legítimo exigir de la psicología, la psicodinamia o la psicoterapia, que satisfagan principios que tampoco se satisfacen en las otras ramas de la medicina en general. Por lo mismo, nuestro criterio debe consistir en considerar una constelación de

causas, la intervención de múltiples factores y no el criterio simplista de relación de una sola causa a un efecto. Creo que el Dr. Fuentes abunda en este criterio.

Por último, al excusarme por hacer un comentario tan general dadas las dificultades que menciono al principio, deseo señalar que el interés de nuestra Academia por estos problemas va siendo creciente recordando que desde 1949, precisamente con el Dr. Fuentes y los Dres. Fournier, González Enríquez, Guervara Oropeza, Cosío Villegas, Salvador Aceves y Mario Salazar Mallén, organizamos un symposium de "medicina psicosomática" con motivo del XXV aniversario del maestro Alfonso Pruneda como Secretario Perpetuo de nuestra Corporación. Tanto la Academia, como algunos de sus miembros en particular, nos esforzamos por combatir el ostracismo y la oposición sistemática que han encontrado las ideas de Freud y de los creadores contemporáneos de la psicología profunda, siendo el trabajo del Dr. Fuentes un esfuerzo muy meritorio en ese mismo sentido.

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO
Y FACTORES PSICOGENICOS

COMENTARIO LIBRE AL TRABAJO DEL DR. MARIO FUENTES

DR. JORGE FLORES ESPINOSA

DESDE LUEGO que este trabajo nos interesa muchísimo, en virtud de que tiene aplicación práctica en la clínica diaria.

Quisiera nada más aclarar que, en realidad, en nuestros hospitales tenemos la inquietud de que se queja el Dr. Fuentes, de no hacerle caso al aspecto integral del estudio del enfermo, y que en los servicios de Medicina Interna del Hospital General trabajamos junto con el Dr. Millán y el Dr. Salazar Mallén, con un grupo de psiquiatras, psicólogos, hipnotistas y neurofisiólogos, pues estamos tratando de hacer esta integración desde hace tres años. Esto evidentemente nos ha llevado a pensar en el problema en una forma un poco diferente de la que el Dr. Fuentes ha señalado.

1º Lo que ha dicho el Dr. Millán. No es posible decir que un síndrome determinado corresponda siempre a un determinado tipo de personalidad, sino más bien como lo ha señalado el propio Dr. Millán, es una expresión de diversos conflictos, pero dentro del matiz individual que provoca diversas manifestaciones sintomáticas y de reacción psicológica.

De tal manera, que yo creo que esos esquemas que se han repetido a través de trabajos más o menos amplios, en realidad no son aplicables en la clínica diaria y uno tiene que pensar en la acción psicogénica en cualquier parte que se presenta con modalidades especiales, sin pretender encasillar en un grupo determinado, la alteración neurótica o psicótica, sobre todo en el problema que se está planteando en relación con el tubo digestivo.

2º El siguiente aspecto, que es importante no sólo es psicósomático en el sentido que el Dr. Fuentes lo ha mencionado, sino que nosotros, aceptamos el estudio integral del enfermo dentro de lo psicósomático y de lo somatopsi-

quico. Es decir, nos parece igualmente importante no sólo ver la acción psicogénica de factores emocionales, sino también las respuestas psicológicas que el enfermo presenta ante una enfermedad bien definida.

Digamos, por ejemplo, la existencia de una amibiasis, una shigellosis o de otro proceso bien definido, producido por un agente biológico determinado, pero que acarrea en el sujeto diversos tipos de respuestas psicológicas. La del sujeto que no hace nada y que no se preocupa por sus síntomas, o la de aquel que presenta una marcada reacción angustiosa, incluso psicótica, en virtud de que se siente enfermo. Claro, dependiendo esto, de los rasgos de carácter y personalidad que el sujeto tiene y que hacen que sus respuestas sean variadas.

Entonces, para nosotros, el elemento psicosomático no se engloba exclusivamente en aquellos padecimientos, síndromes o trastornos funcionales que son de origen emocional o psicogénico, sino evidentemente en todo el estudio completo de un enfermo con su reacción ante la enfermedad. Esta puede haberse originado inicialmente por un factor neuropsicógeno o bien, se ha iniciado con un proceso patológico bien definido y da una respuesta psíquica anormal.

Quiere decir que en el estudio de estos enfermos necesitamos hacer su integración por un grupo de personas que ahora desarrollamos este trabajo en la Unidad de Medicina Interna del Hospital General y que nos ha dado resultados verdaderamente sorprendentes al descubrir que existen una gran cantidad de problemas de orden psicológico que tienen manifestaciones muy diversas y entre las cuales quizá el Dr. Fuentes no ha tomado en consideración algunas, que indirectamente son psicogénicas.

Por ejemplo, la cirrosis del hígado en el enfermo alcohólico; empieza con una perturbación desde el alcoholismo relacionado con un trastorno de su personalidad o de su ambiente, por la situación en que se encuentra, y esto a la larga acarrea una repercusión somática que es la cirrosis. Al grado de que constituye un problema de extraordinario interés, no el tratar al cirrótico, sino prevenir al alcohólico de que se haga cirrótico.

Pasamos meses en ocasiones, tratando de reintegrar a un cirrótico que es alcohólico. Lo logramos mientras está en el Servicio, por la protección, digamos, de nosotros y del ambiente que se le crea en el hospital, pero cuando sale del hospital, vuelve a caer en el alcoholismo, vuelve a caer en cama y todos nuestros esfuerzos se derrumban. Entonces, en ello no sólo hay integración de tipo psicosomático, sino también del factor ambiente y esto, que esboza apenas en forma muy discreta el Dr. Alfonso Millán, es el elemento social. Esta sociedad que Fromm ahora llama neurotizante, en la cual el ambiente resulta extraordinariamente adverso u hostil para el individuo, y que uno no puede controlar más allá de la técnica médica, para dar una ayuda efectiva a sus pacientes.

Creo que es necesario que pensemos en estos elementos de rehabilitación de tantos pacientes en los cuales lo psicossomático sólo es el reflejo, digamos así, de una sociedad extraordinariamente hostil que no vacilo en calificar de egoísta tremendamente, y que lleva hacia la destrucción algunos de sus elementos en una forma indirecta, al hacerlos primero neuróticos, inseguros; de hacerlos sentir un estado angustioso; después, el estado de enfermedad y por fin la autodestrucción, a través de las drogas, los tranquilizantes, los barbitúricos, el alcohol, la morfina, la marihuana y tantas condiciones que van repercutiendo de manera definitiva en estas ocasiones y entonces para nosotros la integración es *bio-psico-social* y seguramente que este aspecto parece tener una importancia extraordinaria, al grado de que ahora en la mañana al platicar con unas personas que han venido al Congreso Panamericano de Lima y otras personas de Filadelfia, nos interesamos muchísimo por conocer la forma en que están trabajando en sus respectivos servicios en relación con el estudio psicológico y psiquiátrico de los pacientes. Tratamos de que evidentemente, un gran grupo, el mayor número posible de los enfermos que nosotros atendemos, pudiera ser investigado desde este punto de vista y ello hace necesarias también la investigación social del ambiente, del trabajo, de la familia, del desarrollo sexual, etc., que tanta relación tienen con estos problemas. Mucho más que enfocar el problema como lo ha presentado el Dr. Fuentes, del cual yo definitivamente no estoy de acuerdo, en que una personalidad determinada, da un tipo de enfermedad. Por ejemplo, el ulceroso; este enfermo es perfectamente normal como cualquiera de nosotros, si es que lo somos, y claramente depende en algunos que tienen agresión irritativa en la mucosa gástrica.

Yo he publicado una serie de observaciones de numerosos casos de ulcerosos gástricos en los cuales el factor psicológico de una personalidad determinada, era totalmente secundario; cosa que no ocurría con el enfermo de úlcera duodenal, en el cual el factor psicológico y psicogenético era mucho más importante.

Creo que habrá que valorar a este distinto tipo de ulceraciones, para no pensar que todo ulceroso tiene el mismo mecanismo. Hay muchos tipos indudablemente y, por tanto, es limitar mucho decir que tal tipo ulceroso siempre será un dependiente, siempre será un individuo con frustraciones, siempre será un individuo ambicioso que quiere sobresalir, pero no, no es siempre, esto ocurre en algunos casos, pero en otros no existe este patrón.

Por lo tanto, habrá que olvidar un poco los esquemas y quisiera recordar ahora que está aquí el Dr. Pedro Ramos, presidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, que se ha planteado en la misma el estudio de este problema y que también como el Dr. Millán ha dicho, no está suficientemente demostrado.

La Sociedad de Gastroenterología pretende hacer una investigación que dure un año, en la cual se investigue en la forma de un patrón, siempre el mismo,

los caracteres psicológicos de enfermos ulcerosos. En eso, vamos a solicitar la ayuda del Dr. Millán, precisamente para hacer una encuesta en ulcerosos de un tipo determinado de la población, digamos los enfermos del Hospital General, otros del Hospital Español que también están en el grupo de Gastroenterología, y otro tipo de personas en otra institución como el Hospital de la Raza, con la finalidad de ver si efectivamente hay un patrón de personalidad, pero comparar simultáneamente con enfermos que no tengan úlcera. Es decir, con personas del mismo grupo social, para ver lo que dice Alfonso Millán, qué tantos neuróticos van a hacer siempre úlcera y no van a tenerla.

Habrán muchos que tengan los mismos rasgos y nunca padezcan úlcera pero no sólo se limitará el estudio a los ulcerosos, sino también hacerlo comparativamente con procesos en los cuales haya una enfermedad biliar, es decir, comparar a ver qué patrones se pueden encontrar bajo un estudio sistematizado y siempre organizado dentro del mismo cartabón, usando un machote de interrogatorio, investigación física y de laboratorio y cuáles son los patrones que en realidad pueden encontrarse en un grupo suficientemente grande para que el valor de los estudios sea real. Creo que esto nos llevará a una conclusión bastante más lógica que presentar los esquemas de grupos aislados que hasta la fecha se han hecho, sin estudios comparativos en distintos niveles de población, en distintos elementos raciales, en indígenas, mestizos, españoles, etc., y ver qué resultados tenemos con ellos.

De manera que este problema está preocupándonos bastante y el enfoque que le damos es un poco diferente del que el Dr. Fuentes nos ha presentado.