

12
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

" Z A R A G O Z A "

**CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS
TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS
FRECUENTES Y SU MANEJO
ESTOMATOLOGICO**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N

**BALBUENA MONROY FEDERICO
SANTIAGO BRAVO ZOILA AURORA**

MEXICO, D. F.

1 9 8 5



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E :

CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MAS FRECUENTES Y SU MANEJO ESTOMATOLÓGICO.

PROYECTO INICIAL: PAGINA

Introducción	1
Fundamentación	3
Planteamiento del problema	5
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Hipótesis	23
Material y Método	24
Bibliografía	27

CAPITULO I

MARCO TEORICO, CONCEPTUAL E HISTORICO DE LA PSICOLOGIA MEDICA.

Conceptos generales de la Psicología Médica	28
Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos	34
Relación de la psicología médica con la unidad bio-psico-social del hombre	44
Relación de la psicología médica con la naturaleza de los procesos mentales	48
Relación de la psicología médica con la personalidad	52
Relación de la psicología médica con el temperamento, los motivos de la conducta y el carácter	56
Relación de la psicología médica en lo referente a la angustia	66
Relación de la psicología médica con la infancia y la adolescencia	73
Bibliografía	82

CAPITULO 2

ETIOPATOGENIA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

Neurosis	83
Angustia	85
Ansiedad histérica	87
Estado fóbico	89
Hipocondriasis	90
Adicciones: alcoholismo y drogadicción	91
Neurosis impulsivas	94
Desviaciones sexuales	95
Psicosis y tipos de ella	96
Bruxismo	105
Síndrome dolor disfunción de la ATM	107
Bibliografía	108

CAPITULO 3

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Características clínicas de la neurosis	109
Angustia	110
Ansiedad histérica	111
Fobia	111
Hipocondriasis	112
Alcoholismo y drogadicción	112
Neurosis compulsivas	114
Desviaciones sexuales	114
Psicosis	115
Bruxismo	126
Síndrome dolor disfunción de la ATM	127
Bibliografía	130

CAPITULO 4

METODOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Historia clínica	131
Electroencefalograma	141
Exámenes de laboratorio y gabinete	141
Tratamiento médico - farmacológico	142
Bibliografía	144

CAPITULO 5

PRONOSTICO

Pronóstico	145
Bibliografía	147

CAPITULO 6

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO INTEGRAL.

Tratamiento preventivo (relación médico - paciente)	148
Entrevista psicológica	150
Plan de tratamiento y programación de citas	151
Tratamiento dental con anestesia general	153
Interacción odontólogo - médico - psicólogo	158
Terapia de reforzamiento	159
Bibliografía	160

CAPITULO 7

ASPECTO FARMACOLOGICO.

Bases farmacológicas de las principales drogas utilizadas	161
---	-----

Interacción medicamentosa de los fármacos	168
Bibliografía	176
Resultados	177
Conclusiones	180
Propuestas y/o recomendaciones	182
Bibliografía general	183

INTRODUCCION

El profesional de la salud, cuyo saber y actividad consisten en conocer al hombre enfermo para curarlo, debe considerar a la psicología, ciencia del "cuerpo psíquico", como una de las bases primordiales de la Medicina. La denominación de la psicología médica, no conceptualiza a un tipo particular de psicología, sino, a los aspectos de esta ciencia médica que son necesarios para la comprensión total de la enfermedad y de la relación de este profesional con su enfermo. (5).

La psicología médica tiene en su campo al conjunto de experiencias y conceptos propios de la psicología que son aplicables a la Medicina. (5). Sus límites son necesariamente un tanto imprecisos y pueden a veces confundirse con los de otras ramas de las ciencias del hombre y con los de la Psiquiatría, considerada a su vez como especialidad médica. Sin embargo, el propósito de formar un campo aparte que deje a un lado aquello que es del campo exclusivo del psicólogo y del psiquiatra, obedece a una necesidad práctica: ni es posible que los médicos sean psicólogos clínicos, ni tampoco se les puede pedir que dominen las técnicas del especialista. Lo que verdaderamente necesitan es tener a su disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral.

Es decir, los procesos mentales, los normales y los patológicos, no son fáciles de estudiar con la misma objetividad 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, su propio conocimiento. 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 conmuevan 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 distintas de los que suponemos, tuvieron que enfrentar la ira y el desprecio de sus contemporáneos antes de que la importancia de sus descubrimientos pudiera imponerse venciendo la oposición tenaz de las fuerzas conservadoras, siempre operantes en las sociedades humanas. (1).

El concepto corriente de enfermedad contiene, aún 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 afuera. Todavía solemos decir que una persona "contrae" una infección, cuando en realidad lo que ocurre, como dice J. Masserman (1), es que "reacciona adaptativamente con todos los medios fisiológicos a su alcance: fiebre, anti-toxinas, etc., ante una compleja combinación de circunstancias internas o externas que lo hicieron temporalmente susceptible a una infección bacteriana".

Una buena parte de los síntomas, tanto en las enfermedades mentales como el las orgánicas, se entienden mejor como procesos adaptativos del organismo, como trans acciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras. A mayor abundamiento, la enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biografía personal.

Cuando estamos enfermos, el padecimiento que nos agobia no pudo haber ocurrido en nosotros, de no ser porque en un momento biológico y psicológico de nuestra existencia, factores físicos, químicos y orgánicos, así como acontecimientos per sonales dependientes de nuestra relación con otros individuos, han coincidido en un organismo cuya historia personal determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores.

El profesional de la salud que posee una clara advertencia de que la civilización y la cultura tienen una relación directa con el bienestar o el malestar de los organismos humanos, puede incluir más efectivamente en la curación de sus enfermos; pero sobre todo, haciendo uso de su autoridad en la estructura social, puede convertirse en un agente efectivo para que la sociedad evolucione hacia formas de organización en las que los individuos puedan desarrollar al máximo sus potencialidades somáticas y psicológicas.

A aquellos médicos que aún se resisten a aceptar a la psicología como parte integral de la medicina sobre la base de que los conocimientos psicológicos actua les no son suficientemente "científicos", debe aclarárseles que la psicología médica es parte legítima del curriculum profesional, porque no puede dudarse que para entender al hombre sano o enfermo, es necesario partir del principio de su unidad indivisible: biológica, psicológica y social.

Asimismo, es conveniente destacar que la diversa patología de orden psiquiátrico que incluye en su contexto múltiples trastornos que van desde simples alteraciones emocionales y estados de stress hasta verdaderas fobias y procesos neuróticos y psicóticos, representa un gran dilema para el Cirujano Dentista en el curso de su ejercicio profesional, ya que origina un cúmulo de dificultades y contra dicciones, mismas que el profesional debe afrontar con capacidad y destreza al implementar el tratamiento odontológico integral.

A su vez, cabe señalar que en múltiples ocasiones, el paciente acude al consulto rio refiriendo "dolor de dientes", por lo que el dentista debe estar capacitado para determinar con exactitud el origen de dicha alteración, ya que ésta puede ser debida a trastornos de orden emocional.

Por otra parte, se hace preciso destacar el hecho de que este tipo de pacientes, habitualmente se encuentran bajo tratamiento médico o psiquiátrico y por lo mismo ingieren medicamentos que a su vez pueden entrar en combinación con otros pres critos por el odontólogo y producir así, reacciones secundarias desfavorables en el enfermo.

FUNDAMENTACION DEL TEMA

La diversa patología de orden psiquiátrico que incluye en su contexto múltiples trastornos que van desde simples alteraciones emocionales y estados de stress, hasta verdaderas fobias y procesos neuróticos y psicóticos, representa un gran dilema para el Cirujano Dentista en el curso de su ejercicio profesional, ya que origina un cúmulo de dificultades y contradicciones, mismas que el profesional debe afrontar con capacidad y destreza al implementar el tratamiento odontológico integral.

Asimismo cabe señalar que en múltiples ocasiones, el paciente acude al consultorio refiriendo "dolor de dientes", por lo que el dentista debe estar capacitado para determinar con exactitud el origen de dicha alteración, ya que ésta puede ser debida a trastornos de orden emocional. Con el fin de ejemplificar aquellas entidades de carácter psicológico que se reflejan en cavidad oral, citaremos entre otras al bruxismo, el cual se define comunmente como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales; también es conocido con otros nombres tales como parafunción, neurosis oclusal y bruxomanía (3). Dentro de los factores etiológicos de dicha patología mencionaremos el desequilibrio oclusal aunado a un estado de ansiedad o neurosis que cierra el círculo y mantiene al paciente efectuando dicho movimiento, en ocasiones por espacio de horas (5).

Algunos autores afirman que el paciente emplea el bruxismo como el mecanismo que le permite descargar la tensión emocional generada por estados de ansiedad (6).

Por otra parte, se hace preciso destacar el hecho de que éste tipo de pacientes, habitualmente se encuentran bajo tratamiento médico o psiquiátrico y por lo mismo ingieren medicamentos que a su vez pueden entrar en acción o combinación con otros prescritos por el odontólogo y producir así, reacciones secundarias desfavorables en el enfermo.

Al efectuar una revisión de tales trastornos, es donde nos percatamos de los precarios contenidos temáticos concernientes al campo de la Psicología médica y que el Plan de Estudios de la carrera de Cirujano Dentista de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza" ha pasado por alto, ya que la información dada al respecto es mínima, si consideramos que constituyen una problemática manifestada con preponderante frecuencia en los centros urbanos como los que se localizan en nuestro país, reflejándose y definiéndose por ende, como una omisión grave.

La razón primordial para que la Psicología médica sea incluida como una disciplina dentro de nuestro plantel, radica en el hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinando y contribuyendo a la objetivización de disfunciones de órganos y sistemas en general, o bien modificando la evolución de procesos patológicos de otro origen.

La psicogénesis es un proceso etiológico no más misterioso que la infección bacteriana. Para entenderlo, basta que los conflictos psicológicos de los enfermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad con que se estudia el funcionamiento de algún órgano; entonces, se puede comprobar que los desórdenes en esfera son tan efectivos para alterar la función de un órgano, como son los producidos por los microorganismos o las toxinas.

Una implicación del concepto de psicogénesis es que, puesto que los conflictos mentales se originan mediante el vivir en relación recíproca con otros individuos que son portadores de las metas, ideales, restricciones y prohibiciones vigentes en una sociedad, es necesario para entender las causas de salud o enfermedad de un individuo, tener en cuenta las circunstancias de su ambiente natural y cultural.

Comprendiéndose con ésto, que los estímulos ambientales repercuten en el individuo en forma de conflictos mentales, los cuales inciden preponderantemente en su relación familiar, laboral, en el aprendizaje y hasta de manera corporal, ya que en ocasiones, estos sujetos, debido a problemas de orden mental, refieren padecer cuadros clínicos que involucran enfermedades mortales y contagiosas, o bien son tributarios de padecer trastornos de tipo psicósomático, entre los que destacan úlceras pépticas, alergias y asma, los cual los hace alejarse y rehuir de su ámbito social y en general de la sociedad misma, generando de tal manera, una marcada improductividad y un incremento de la patología de fondo psíquico, consecutiva a la ansiedad que suscita la notable sensación de enfermedad antes mencionada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El desconocimiento por parte del Cirujano Dentista de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica clínica limitará la implementación de un óptimo ejercicio odontológico?

La Psiquiatría moderna intenta explicar el mal funcionamiento de la personalidad en función de los factores psicológicos y sociales que imprimen su huella sobre la personalidad del individuo y de sus reacciones frente a situaciones específicas creadas por el poderoso fuego recíproco de dichas fuerzas. Uno de los enfoques para valorar al paciente, se basa en la formulación de un diagnóstico que incluye los diferentes ámbitos del ser: 1) clínico; 2) dinámico y 3) genético; dado que tal marco de referencia resulta especialmente útil para planear y administrar la psicoterapia.

1).- El diagnóstico clínico consiste en observar la forma de reacción del enfermo y determinar la amplia categoría en la que puede inclinarse de acuerdo con la nomenclatura clínica generalmente aceptada (esquizofrénica, paranoide, etc.).

2).- El diagnóstico dinámico se refiere al conocimiento de las fuerzas motivadoras de las dificultades actuales del paciente. Comprende los factores ambientales que precipitan o perpetúan la reacción (pérdida de personas queridas, peligro de mutilación corporal, actitudes neuróticas de personas importantes en la vida del enfermo), y la estructura de la personalidad que según se cree, determina la naturaleza de la reacción. En un intento por esclarecer los diferentes rasgos de conducta, Freud (1) postuló el concepto de estructura de la personalidad dividida en tres secciones hipotéticas reconocibles por sus funciones independientes: a) el id representa los deseos y las tendencias instintivas inconscientes de la personalidad. Originan los impulsos básicos, con frecuencia inaceptables, hacia los alimentos, la satisfacción sexual, la agresión o la consecución inmediata de objetivos emocionales; b) el superyo, es la parte de la personalidad constituida por valores morales y sociales, tabúes y obligaciones adquiridas en la fase precoz de la vida por identificación con los padres y con el medio ambiente cultural. Buena parte del material que constituye el superyo se vuelve inconsciente durante los años de desarrollo, por lo que un individuo puede tener sentimientos de que las cosas están bien o mal, son adecuadas o inadecuadas, sin saber el origen exacto de dicho sentimiento. El superyo incorpora y a veces se usa como sinónimo de conciencia; y c) el yo, que es el responsable del pensamiento, sentimientos y acciones conscientes. Actúa como intermediario entre el mundo interno y el mundo externo (es decir, el id y el superyo). La función del yo consiste en encontrar soluciones que satisfagan las tendencias instintivas y sean aceptables al superyo y al medio ambiente en que se encuentra la personalidad.

El diagnóstico dinámico explica de que forma las fuerzas internas y las ambientales entran en conflicto para producir ansiedad, que el yo intenta reducir mediante ensayos de defensa para resolver el conflicto. La ansiedad y la defensa contra ella forman uno de los conceptos importantes para comprender los síntomas psicógenos. Un "yo fuerte" es decir, una personalidad bien adaptada, es flexible, resultando así capaz de responder a las situaciones vitales de stress, sin tener que recurrir a los mecanismos de defensa que originan síntomas neuróticos, psicóticos

o defectos del carácter.

3).- El diagnóstico genético intenta esclarecer el desarrollo evolutivo de la personalidad del paciente, y el origen de sus conflictos actuales a la luz de sus experiencias pasadas. En la actualidad, los psiquiatras tienden a desvalorizar los factores hereditarios o constitucionales verdaderos y a dar mayor importancia a las reacciones y actitudes que derivan de las primeras relaciones y experiencias familiares. Incidentes traumáticos específicos (ej., operación quirúrgica hacia los 4 ó 6 años de edad, cuando el niño tiene un castigo severo por su actividad o deseos) pueden originar más tarde síntomas psicógenos.

En nuestros tiempos, la medicina puede enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento 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, hoy en día, con escasas excepciones, el profesional de la salud que se dedica a la práctica de alguna de las especialidades tendrían que reconocer que hay una marcada desproporción entre sus conocimientos acerca de la estructura y la fisiología del organismo y lo que conocen de ese organismo como persona que vive en relación recíproca con otros individuos, que es parte activa del proceso social y cultural, que intenta resolver del mejor modo que le es posible los problemas de su existencia.

Para comprender las causas remotas de la desproporción entre los conocimientos médicos y los psicológicos en la medicina actual es necesario tener en cuenta algunas condiciones inherentes a la Psiquiatría, que nos permitirán tener a nuestra disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una correcta odontología integral.

Antes de entrar en materia, es conveniente establecer que no es posible trazar una línea de demarcación precisa entre las neurosis bien constituidas y los desajustes emocionales menores o pasajeros de las personas normales. Las diferencias son cuantitativas.

La neurosis puede ser definida como una serie de reacciones esterotipadas ante problemas que el enfermo no ha solucionado nunca en el pasado y es aún incapaz de solucionar en el presente. En otras palabras, la neurosis es el resultado de la interrupción de un proceso de aprendizaje.

Cuando las capacidades constitucionales de un sujeto se ven expuestas a dificultades ambientales tempranas, conducen a la formación de pautas rígidas de la personalidad; cuando posteriormente esa personalidad es sujeta a situaciones de exigencia o apremio, resulta la neurosis.

La conducta del neurótico, menos apropiada y eficaz que la de los individuos normales, se caracteriza por su exageración, incongruencia o por el contrario excesiva rigidez, o bien, por la inercia, la indecisión y la incapacidad para actuar autónomamente.

El Conflicto en la Neurosis.- los conflictos son condiciones siempre presentes en la psiconeurosis. Un conflicto ocurre cuando el organismo reacciona con igual intensidad y en forma simultánea a un número de ideas o sentimientos contradictorios. La presencia de un conflicto que pone en peligro el funcionamiento integrado de la personalidad se manifiesta por angustia. Freud (1), consideró que la angustia inherente a los conflictos es la causa de todas las neurosis. Razón y pasión, deseo y deber, amor y odio, simbiosis y autonomía, no son sino otras tantas polaridades conflictivas presentes en los seres humanos.

Los conflictos del neurótico no son distintos de los del individuo sano, pero en tanto que éste es capaz de suprimir uno de los impulsos, conformarse con satisfacciones parciales, renunciar o cambiar metas o proponer ciertas satisfacciones, en fin, pugnar por encontrar soluciones objetivas y racionales, el neurótico no es capaz de hacerlo y la razón de ello es que las lesiones que ha recibido o sufrido en su infancia, lo han hecho más vulnerable que los demás y más incapaz para lograr compromisos y transacciones satisfactorias.

Represión en la Neurosis.- la represión impide que el neurótico pueda verse a sí mismo con objetividad, pues la imagen que de sí mismo tiene, está construida a expensas de lo no reprimido, en tanto que todo lo demás, que no armoniza con esta fachada ideal, queda fuera del cuadro.

El Núcleo de las Neurosis.- el concepto de que las psiconeurosis representan un proceso que se inicia en la infancia y en cuya producción la relación entre el niño y sus padres juega el papel primordial, es generalmente aceptado. Este concepto lleva aparejado el de que el factor más significativo en la relación padre-hijo son las tendencias y actitudes engrandadas en el carácter de los padres y que por ello tiende a repetirse en forma más o menos continua. Más allá, no existe un acuerdo completo acerca de la naturaleza específica de las situaciones en la infancia cuyo resultado es la distorsión de la personalidad.

Tendencias y Defensas Neuróticas.- no son sino las tendencias a la acción, comunes en todos los seres humanos, y que se originan en necesidades universales, pero que el neurótico adquiere una particular exageración y compulsividad. Su propósito es evitar que la persona se vea expuesta a la misma clase de peligros que no pudo manejar en su infancia. Las tendencias neuróticas se manifiestan indiscriminativamente y en condiciones inadecuadas; tienen un matiz de culpabilidad, avidez e insaciabilidad. Las tendencias neuróticas se agrupan en varias categorías:

- 1) Las que representan un movimiento agresivo contra la gente.
- 2) Las que representan un impulso a someterse, como la tendencia de complacer a los demás, a evitar ofenderlos y a la pasividad y la receptividad.
- 3) Las tendencias a alejarse de la gente, evitando el contacto íntimo: tendencias escapistas. A las anteriores pueden agregarse otras como la auto-inflación, el perfeccionismo, la auto-devaluación, la rebeldía y otras más.

Los Síntomas Neuróticos.- constituyen expresiones de los intentos del individuo de reconciliar tendencias antagónicas y de establecer transacciones con las demandas del ambiente exterior. En el síntoma, una tendencia e impulso inconciente es en parte reprimido y en parte satisfecho. Su satisfacción, sólo parcialmente permitida por las fuerzas represoras, se hace en forma simbólica. Es por lo tanto, el producto de una transacción en que la energía reprimida es parcialmente descargada en forma distorsionada.

La variedad de los síntomas que caracterizan a cada neurosis dependen de diferentes tipos de defensa empleadas para resolver la angustia, la soledad, la culpa y la vergüenza resultante de la reactivación del conflicto neurótico original.

Etiología de la Neurosis.- resumiendo, podemos decir que el proceso neurótico se inicia en la infancia. La etiología de la neurosis depende de diversas variables, entre las que destacan:

- 1) Factores constitucionales de base hereditaria que condicionan la intensidad de impulsos y necesidades primarias, la angustiability y la predisposición individual para el uso de algunas formas de defensa en lugar de otras.

- 2) Condiciones morbógenas en el núcleo familiar, particularmente actitudes y tendencias engranadas en el carácter de los padres que actúan en forma repetitiva o persistente en el sentido de quebrantar la espontaneidad y la voluntad del niño.
- 3) Ciertas situaciones traumáticas son importantes en cuanto a la selección de sig temas, particularmente en las fobias y en las neurosis conversivas.
- 4) Factores tales como el desarrollo deficiente de la capacidad integradora de la personalidad (ego débil), rigidez e intolerancia irracional de la conciencia moral (superego rígido).

Mecanismos de Defensa:

Son aquellos procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener, a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integración mental relativamente de con gruencia interior que permita al individuo funcionar unitaria y efectivamente ante los problemas que le plantea la situación externa. A continuación se describirá en forma somera estos mecanismos:

a) Represión.- Puede ser definida como la exclusión del campo de la conciencia, de impulsos, tendencias, y contenidos psicológicos que, siendo incompatibles con otras tendencias o inaceptables para la moralidad de la persona, serían generadores de angustia, culpabilidad o vergüenza. Lo reprimido pudo haber sido consciente alguna vez o puede no haberlo sido nunca, pero en tanto que pertenece al inconsciente, no es influenciable por ocurrencias externas y no es susceptible de ser modificado por la experiencia.

La represión tiene limitaciones que varían en los individuos, en parte debido a factores constitucionales. En ciertos individuos, configuraciones enteras pueden ser obliteradas, como en los casos de las llamadas "múltiples personalidades", en tanto que otros, constituidos por elementos que son más compatibles entre sí, dominan la vida mental consciente del sujeto.

b) Racionalización.- Aquí, el individuo impensadamente escoge, entre los varios motivos coexistentes, aquellos que le son más aceptables, más razonables y más de finibles. Al hacerlo, refuerza la represión de los más inaceptables, que no pocas veces son los más importantes. El racionalizador suele defenderse con gran vehemencia cuando los motivos de su conducta son puestos en duda por los demás, Este ejemplo puede ilustrar la racionalización; una esposa masoquista piensa que se somete a las arbitrariedades de su esposo, únicamente por amor o impulsada por un noble espíritu de sacrificio, cuando en realidad lo hace por un miedo intolerable a la soledad y a la independencia.

c) Sobrecompensación.- La represión de tendencias poderosas puede ser mantenida me

diante el desarrollo de otras tendencias diametralmente opuestas. Una tendencia que es sobrecompensadora de otra suele ser exagerada y ésto permite sospechar su carácter espurio. Por otra parte, las tendencias sobrecompensadoras suelen no ser suficientemente efectivas, de tal manera que la conducta del sujeto en el área correspondiente traduce la intensidad motivadora de la tendencia primaria no suficientemente compensada.

d) **Conversión.**- Se trata de un dinamismo que se pone en juego en situaciones agudas de conflicto.

Las cargas emocionales correspondientes a una o ambas tendencias conflictivas (el afecto, los contenidos conceptuales o ambos), son reprimidos. Entonces entra en juego el dinamismo conversivo. La carga emocional reprimida, cuyo paso a la conciencia no es permitido, se desvía y a través del sistema nervioso de la vida de relación se expresa por síntomas tales como la ceguera, parálisis, temblores, anesias, etc., síntomas cuya relación simbólica con el conflicto motivante es consecuencia susceptible de ser evidenciada.

e) **Proyección.**- La tendencia a defendernos, atribuyendo a otros nuestras intenciones malévolas o nuestras culpas, es un procedimiento bastante generalizado. Por ejemplo; el marido culpable que acusa a su mujer de infidelidad, atribuye a ella lo que trata de ocultar en sí mismo.

f) **Regresión.**- Cuando una persona se encuentra en circunstancias que implican privación, frustración o conflicto, es susceptible de adoptar actitudes y formas de conducta asociadas con experiencias de mayor satisfacción y menos responsabilidad. Como ejemplo de este dinamismo, a un nivel superficial, podemos señalar el caso frecuente de individuos que cuando asumen actitudes caprichosas y demandan de las personas que los rodean atención y consentimientos exagerados.

g) **Desplazamiento o Sustitución.**- mediante este dinamismo, cargas emocionales, son desplazadas de un objeto a otro aparentemente no relacionado con el anterior. Implica el cambio de dirección de un impulso o tendencia hacia objetivos menos peligrosos o simplemente más asequibles. Por ejemplo, es bien conocida la tierna dedicación que con algunas solteras atienden y miman a sus gatos. En estos casos, puede decirse que los impulsos maternos frustrados por la falta de hijos se desvían hacia los animales caseros.

h) **Sublimación.**- puede definirse como la modificación de una tendencia inaceptable hacia formas de expresión que siendo apropiadas para eliminar la tensión original, al mismo tiempo no sólo son inobjetables, sino socialmente valiosas. Por ejemplo, la poesía o la literatura pueden proporcionar satisfacciones que sustituyen a los impulsos eróticos.

i) Identificación e Introyección.- el deseo de ser como otros, identificación, y el de retener las cualidades de otros, introyección, son en gran parte responsables de que el niño incorpore y asimile las actitudes e intereses de sus padres y de su grupo social. Por ello, estos dos dinamismos son particularmente importantes en la formación del carácter.

j) Enquistamiento o Aislamiento.- este dinamismo es casi exclusivo de las neurosis convulsivas. Tendencias objetables son aisladas del resto del contenido mental y en esta forma el individuo puede experimentarlas concientemente sin angustia o culpabilidad. El individuo que sufre obsesiones de carácter erótico, destructivo o irreligioso, las experimenta como verdaderos parásitos de su mente y por lo tanto no se siente responsable de ellas.

k) Negación de la Realidad (Fantasía).- Todas las personas son susceptibles de renunciar a sus conocimientos objetivos y de construir imágenes del mundo de acuerdo con sus deseos. Los niños, los psicóticos y los hombres primitivos tienen en común vivir en un mundo real e irreal simultáneamente. El soñar despierto permite al individuo aliviar sus tensiones, satisfacer sus necesidades, prescindiendo en la acción y el esfuerzo que son necesarios para lograrlo en la vida real.

Ansiedad Histérica.- en tanto que en la sintomatología de otras neurosis son discernibles, los intentos de entrar al equilibrio por la participación de mecanismos defensivos secundarios, aquí se trata del desequilibrio en sí mismo (angustia).

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto considera como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso vegetativo.

Proporcionalmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. Podemos decir, que el desarrollo individual, en tanto que entraña la necesidad de separarse de las fuentes de seguridad, acometer situaciones nuevas y cada vez más complejas, internarse en lo desconocido y escoger entre distintas posibilidades, también implica angustia. La angustia es una experiencia humana universal e ineludible.

Aunque en casos concretos, no siempre es fácil hacer el deslinde, es conveniente distinguir entre la angustia y el miedo. Ambos son reacciones globales de la personalidad ante amenazas. En el miedo, la amenaza es objetiva, es decir, externa. El individuo que experimenta miedo tiene conocimiento de la fuente del peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, y defenderse. En la angustia,

la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella. Al desconocer la fuente del peligro, no está en posibilidad de defenderse; de ahí la impotencia y el sentimiento de verse amenazado por todos lados y por ninguno. La capacidad de angustiarse es innata; los individuos difieren constitucionalmente en su susceptibilidad de experimentar y en su capacidad de tolerar angustia. Cada persona tiene umbrales específicos más allá de los cuales ciertas situaciones amenazantes son experimentadas por él como catastróficas y ante ellas reacciona con angustia. Una situación que para una persona es apenas suficiente para elevar el "nivel de alertamiento", en otra produce una reacción que es tan intensa como si un peligro mortal le amenazara.

Angustia Normal y Angustia Neurótica.- si bien la angustia es una experiencia universal, hay diferencias importantes entre la angustia experimentada por cualquier persona sana y la del neurótico; estas diferencias estriban: a) en los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad; b) en la relación entre la intensidad de la relación y el peligro; c) en la persistencia o terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido; d) en la posibilidad de confrontar el peligro constructivamente a un nivel consciente.

El neurótico no puede confrontar los peligros a un nivel consciente porque sus represiones le impiden tener advertencia de sus conflictos. Con frecuencia intenta escapar a su angustia cambiando de lugar, ocupación, esposa, etc., sin darse cuenta que no es posible escaparse de aquello que está en uno mismo. Algunos se ven en la necesidad de utilizar mecanismos defensivos para protegerse, adhiriendo su angustia a objetos o situaciones distintas de la causa original pero simbólicamente relacionadas con ella. La fobia por ejemplo, permite al individuo funcionar relativamente de angustia en todas aquellas situaciones que no están relacionadas con ella, en tanto que las que sí están son cuidadosamente evitadas. Las obsesiones y los rituales compulsivos llevan una función semejante. El individuo se siente relativamente libre de su angustia en tanto que acepta su obsesión o se conforma con llevar a cabo repentinamente el acto ritualista. Si el individuo trata de eliminar su fobia o de suprimir sus obsesiones, la angustia reaparece. Otra forma característica como el neurótico se enfrenta a los peligros, es "convirtiendo" la angustia inherente a sus situaciones conflictivas en síntomas que se expresan en el sistema nervioso somático (parálisis, ceguera, etc.), previa eliminación del conflicto del campo de la conciencia. En tanto que el síntoma persiste, el enfermo se ve sorprendentemente tranquilo e indiferente a pesar de su incapacidad.

Muchas de las actividades del neurótico no tienen otro objeto que atenuar su angustia, de ahí su compulsividad en el trabajo, las diversiones, las actividades sociales, el uso de alcohol, o bien, su inactividad y abuso de la fantasía, en la que es fácil obtener satisfacciones sin tener que enfrentarse a una realidad que para él siempre aparece como peligrosa.

Soledad, Vergüenza y Culpabilidad: Fuentes de Angustia.- la soledad es el afecto resultante de la insatisfacción de la necesidad básica en los seres humanos de experimentar vinculados a otras personas; el miedo a quedarse solo es, a través de la vida, un importante agente regulador de la conducta. Con tal de no estar solos, los hombres son capaces de cualquier cosa, porque la soledad es incompatible en la salud mental.

El afecto que llamamos vergüenza tiene caracteres fenomenológicos propios y se origina y suscita en experiencias específicas. La vergüenza posee una pauta fisiológica propia: el sonrojo. Cuando es intensa, genera el impulso de taparse la cara, a hacerse pequeño. La persona avergonzada desearía "ser tragada por la tierra". El miedo a experimentar vergüenza adquiere en ciertos individuos una intensidad particular. Muchas personas están dispuestas a violar una forma moral que a hacer o dejar de hacer algo requerido convencionalmente y que podía hacerlos quedar en ridículo, sentirse avergonzados. Cuando el miedo a experimentar vergüenza es reprimido, hemos dicho que se convierte en angustia; es decir, el sujeto puede experimentar los efectos desorganizantes del afecto sin que éste tenga un contenido propio, en aquellas ocasiones en que se encuentra en la más leve posibilidad de quedar en ridículo o cuando se generan en él impulsos y tendencias incompatibles con su código de dignidad y amor propio.

La culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos, es función de la conciencia moral. Las normas esperan desde dentro, aumentada considerablemente su eficacia, ya que si antes era posible ocultarse de las autoridades para llevar a cabo actos prohibidos, no es posible ocultarse a uno mismo. Es conveniente distinguir entre dos formas de reacción ante la culpabilidad; el arrepentimiento y el recordamiento. En el primer caso, este sentimiento va acompañado del propósito de modificar la conducta, en ocasiones subsecuentes lo que permite al sujeto hacer uso constructivo de la experiencia. En el segundo caso, se trata de una condición negativa en la que falta el propósito de restitución. De ahí que la culpabilidad persista sin alivio y el sujeto se hunda más y más en su propia autodespreciación.

Estado Fóbico.- en la angustia neurótica, la represión de los impulsos o tendencias objetables puede verse reforzada por la utilización de otro dinamismo protector: el desplazamiento. Cuando esta defensa es puesta en juego, el sujeto queda libre de aprensiones y angustia, salvo cuando se encuentra en presencia de ciertos objetos o situaciones específicas, siempre las mismas, relacionadas simbólicamente con su conflicto original y ante las cuales la angustia emerge. A este temor irracional y recurrente a una situación u objeto específico se le denomina fobia. Dando a la angustia un objeto específico se la localiza y en parte se la neutraliza.

Conversión Histérica.- la angustia resultante de un conflicto puede ser difusa, flotante, o bien, fija y circunscrita. Además, la angustia puede ser eliminada de la conciencia, es decir, ser reprimida y convertida en síntomas. Algunas características son comunes en los síntomas histéricos: a) el síntoma afecta órganos que mantienen contactos con el mundo exterior. b) la distribución del trastorno es más que anatómica, conceptual. Esto quiere decir que lo que se encuentra afectado es el concepto de la función corporal, el cual es disociado de la conciencia. c) ausencia de preocupación ante la enfermedad (belle indifférence), que se explica por la represión del conflicto. d) en algunos casos, el enfermo copia sus síntomas de otras personas con quienes se ha identificado. El enfermo histérico es siempre una persona que tiene dificultad para expresar afectos reales, de ahí su tendencia a simular y a dramatizar las emociones que realmente no puede sentir.

Neurosis Obsesivo-Compulsiva.- los síntomas consisten en pensamientos y acciones ritualistas, cuya recurrencia el enfermo no puede evitar, a pesar de reconocer su naturaleza irracional. Una obsesión es un pensamiento parásito que tiende a ingresar en la conciencia en forma repetida y contra la voluntad del sujeto. Una compulsión es un impulso a la acción que tiene la misma tendencia irracional a la repetición. Cuando el enfermo intenta rechazar el pensamiento o resiste al impulso, experimenta angustia. Una condición importante en el carácter obsesivo es, la ausencia de verdadera emoción. El enfermo manipula palabras y objetos, pero no experimenta afecto genuino.

Depresión Neurótica.- la depresión, una de las reacciones psicopatológicas más frecuentes, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde interés en las situaciones externas. El deprimido tiende a la pasividad y el abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones.

Hipocondriasis.- el término se aplica a situaciones en que predomina un estado de preocupación ansiosa con el propio cuerpo y un temor de sufrir enfermedades. Frecuentemente acompaña a ciertos grados de depresión o los sustituye como un equivalente.

La personalidad Psicopática.- ésta puede ser entendida como una neurosis en la que el paciente actúa su conflicto neurótico en la vida diaria. Se manifiesta por un modo recurrente de conducta resueltamente antisocial que no es influido por las normas culturales. El sujeto vive en pugna tanto en la sociedad como consigo mismo y realiza actos que acusan una deficiencia en su sentido de responsabilidad. Su conducta es socialmente destructiva o bien autodestructiva o ambas cosas a la vez. En ocasiones se ve claramente una sucesión que consiste en actuar en forma que sea conducente al castigo. El carácter inexorablemente repetitivo de los

actos es característico. No desafortunadamente se les denomina imbéciles morales a estos individuos incapaces de rectificar su conducta a pesar de los castigos y reprimendas; carentes de la capacidad de aprender por experiencia, se arrepienten superficialmente, reconocen sus yerros y los permiten en corto plazo.

A diferencia del psicótico, el psicópata distingue claramente entre lo bueno y lo malo. La psicopatía tiene más parecido con las perversiones y las neurosis compulsivas, de las que difiere en que la conducta antisocial no se limita a ciertos actos sexuales o destructivos.

El Alcoholismo.- En las adicciones, incluyendo la adicción al alcohol, intervienen factores específicos de personalidad y de ambiente. El alcoholismo puede ser definido como una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol, en forma repetida, para la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto de otras formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas necesidades.

Neurosis Impulsivas.- Las neurosis impulsivas se caracterizan por la expresión repetida y estereotipada de un impulso placentero específico. Entre las impulsiones más conocidas están la cleptomanía, piromanía, los impulsos exhibicionistas y el impulso a cortar el cabello.

Las Desviaciones Sexuales.- Como las adicciones y los estados impulsivos, las desviaciones sexuales tienen en común con las psicopatías el que sus manifestaciones están sintonizadas con el ego. Se trata en la mayor parte de los casos de manifestaciones patológicas circunscritas de personalidades que son sanas en otros aspectos. En otros casos, el sujeto exhibe además de su desviación rasgos psicopáticos francos.

El término desviación puede aplicarse a cualquier forma de funcionamiento sexual en la que la satisfacción se encuentra en expresiones cuya meta no es el coito heterosexual. Algunas de las llamadas desviaciones sexuales son simples variantes del acto sexual normal que son puestas en práctica por muchos individuos como parte del juego sexual previo al coito. Se vuelven patológicas cuando no le preceden sino que lo sustituyen y son usadas en forma exclusiva o en condiciones socialmente inaceptables.

Trastornos Psicósomáticos:

Psicología del Sistema Endócrino.- La relación entre hormonas y procesos mentales parece ser bastante íntima. El exceso o el defecto en la secreción de diversas glándulas se traduce por cambios en la conducta. Del mismo modo, las glándulas de secreción interna pueden ser inhibidas o sobreestimuladas en diversos estados emocionales con consecuencias tanto somáticas como psicológicas; R.A. Cleghor (1) expresa esta relación diciendo que las emociones y las hormonas forman un sistema circular de estimulaciones recíprocas cuya interferencia en algún punto perturba el funcionamiento del organismo total.

Como hemos señalado anteriormente, los procesos mentales afectan la actividad endócrina a nivel de hipotálamo, centro nervioso en el que radican importantes mecanismos relacionados con las funciones de los principales sistemas homeostáticos; el autonómico y el endócrino. El hipotálamo tiene aparentemente la importante función de convertir en efectos visceromotorios y neuroendócrinos impulsos provenientes de otras partes del cerebro. A través del hipotálamo, las funciones endócrinas son activadas en las respuestas adaptativas del organismo en las situaciones de stress.

a) **Obesidad:**

Se acepta generalmente que cuando la ingestión de calorías es excesiva en relación al gasto de energías, resulta la obesidad. Este desequilibrio se ha explicado por alteraciones en la absorción o en la utilización de energía, disfunción tiroidea o hipofisiaria y alteraciones del hipotálamo. Por otra parte, algunos estudios psiquiátricos apoyarían la idea de que el problema es en grado importante de naturaleza psicológica. El problema aparece como más complicado si se concede que la obesidad interfiere por sí misma con las funciones endócrinas. Margolin (1), sugiere que este proceso puede ser la base de un reforzamiento somático de la compulsión psíquica a cometer excesos y que este mecanismo puede estar activo en los casos de personas normales sujetas a stress. El apetito puede ser condicionado de manera tal que puede suscitarse por estados emocionales que originalmente están conectados por la situación alimenticia. Por otra parte, es una observación clínica frecuente que el comer es uno de los métodos eficaces y frecuentemente usados para reducir la angustia.

b) **Aspectos Psicopatológicos de la Diabetes Mellitus:**

El interés acerca de la posible participación de factores emocionales en la etiología de la diabetes es pequeño, posiblemente debido al importante papel que a este respecto se atribuye a la herencia. La tendencia actual es considerar el factor psicológico como un mecanismo entre varios otros capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo de la glucosa por el organismo y que un aumento de ésta en la orina y en la sangre puede acompañar los estados de emoción intensa, ha sido reconocido por múltiples internistas. Los estudios de Hinkle, Wolf y colaboradores (1), confirman que el control efectivo de la diabetes puede ser seriamente perturbado por causas psicológicas. Más importante que la relación entre factores psicológicos y el desarrollo y evolución de la diabetes, es la valorización de los efectos de la enfermedad sobre el psiquismo del enfermo. En esta enfermedad, la interacción entre el equilibrio metabólico y la adaptación personal es tal, que la regulación clínica no es suficiente para tener éxito en el manejo de los enfermos.

Tanto el perfeccionismo como la sobreprotección, pero sobre todo el rechazo, engendran graves problemas en el desarrollo de la personalidad del niño diabético. Las restricciones dietéticas pueden afectar profundamente al psiquismo tanto del niño como del adulto y muchos enfermos, a pesar de ser personas inteligentes y sensatas, no son capaces de disciplinarse a una dieta que es indispensable para su salud.

Aspectos Psicológicos de las Enfermedades de la Piel:

Un problema debatido en relación con la participación cutánea en los estados emocionales es si la piel puede o no llenar la función de descargar simbólicamente tensiones derivadas de los conflictos psicológicos subyacentes. A este respecto, Seitz (1) hace notar que no obstante que la piel carece de inervación voluntaria, es indudablemente un órgano de expresión. Puede decirse que su posición es intermedia, ya que no es uno de esos órganos que por tener una inervación voluntaria son capaces de expresar simbólicamente estados psicológicos, ni tampoco puede situarse entre los órganos vegetativos internos, a través de los cuales tales significados no pueden expresarse directamente.

Basándose en su experiencia psicoterapéutica con enfermas de la piel, Ida Macalpi ne señala que el síntoma psicósomático es equiparable al psicótico e implica ansiedad profunda y hostilidad reactiva que sólo parcialmente se expresan en forma rudimentaria en el síntoma (1).

Factores Psicológicos en los Padecimientos del Aparato Cardiovascular:

La gran sensibilidad del latido cardiaco a los cambios emocionales, particularmente la cólera, el miedo y la angustia, es un hecho bien conocido en el que se funda la creencia muy extendida literaria y popularmente, de que el corazón es el asiento de las emociones y los afectos.

1) Trastornos de la Frecuencia y el Ritmo Cardíacos:

Seguramente que las causas más frecuentes de alteración de la frecuencia y el ritmo cardiaco (taquicardia y arritmia) son el miedo y la angustia, ambos son las formas de reacción del organismo ante situaciones que son percibidas como amenazas.

2) Síndrome de Esfuerzo o Astenia Circulatoria:

Se trata de un síndrome caracterizado por palpitaciones, disnea, dolor precordial, sudoración y fatigabilidad; síntomas que con frecuencia son desencadenados por el esfuerzo físico. Los hallazgos objetivos suelen limitarse a un aumento en la frecuencia del pulso o de la respiración, hiperactividad de los reflejos patelares

y temblor digital. Las investigaciones del laboratorio no han demostrado anomalías específicas. Deben distinguirse formas agudas y formas crónicas. Las manifestaciones de éstas últimas se inician en la infancia.

Se acepta que situaciones que suscitan angustia son definitivamente susceptibles de ser relacionadas con la iniciación del padecimiento en los casos agudos, y con la agravación crítica en los casos crónicos.

Síndrome Dolor Disfunción Miofacial:

Algunos autores (5 y 6), opinan que el principal factor que origina las manifestaciones de este síndrome, es el espasmo de los músculos masticatorios. Este espasmo puede deberse a tres causas fundamentalmente: Hiperextensión muscular, hipercontracción muscular o fatiga muscular (5). Así, la sobreextensión muscular puede ser producida por aparatos o restauraciones dentales que invaden el espacio intermaxilar; por el contrario, la contracción excesiva se originaría por la pérdida bilateral de dientes posteriores o resorción continuada del hueso alveolar tras la colocación de un aparato protético. Sin embargo hay indicios de que la causa más común de este síndrome es, la fatiga muscular que es producida por hábitos bucales crónicos, como frotamiento o apretamiento de los dientes; se cree que estos hábitos son mecanismos involuntarios de alivio de tensiones que como agentes etiológicos comprenden factores emocionales y mecánicos. Por ello, el síndrome de disfunción dolorosa sería esencialmente una enfermedad psicósomática.

Debido al espasmo muscular masticatorio no sólo hay dolor y limitación de movimiento, sino también un desplazamiento pequeño de la posición de reposo mandibular, de manera que los órganos dentarios presenten deficiencias en su oclusión. Estos pueden desplazarse gradualmente para acomodarse en una posición inadecuada, presentándose de esta manera una maloclusión, posteriormente, cuando desaparece el espasmo, el sujeto presenta un nuevo desequilibrio oclusal cuando la musculatura relajada permite la vuelta de los maxilares a su posición original.

Si el espasmo continúa o recidiva con frecuencia, se cree que es capaz de producir artritis degenerativa y contractura muscular, por lo que puede terminar en una alteración irreversible orgánica.

El síndrome presenta cuatro signos y síntomas característicos:

1) dolor, 2) sensibilidad muscular, 3) chasquido o ruido seco en la articulación temporomandibular y 4) limitación del movimiento mandibular ya sea uni o bilateral.

El dolor suele ser unilateral y se describe como apagado, en oído o zona preauricular que se irradia al ángulo de la mandíbula, zona temporal o zona cervical lateral. Frecuentemente su intensidad variará entre la mañana y el resto del día. La mayoría de los autores (1, 5 y 6) coinciden que el alivio de los factores emocionales, corrección de restauraciones y aparatos inadecuados, ejercicios mioeléctricos, fisioterapia y tratamiento con medicamentos (tranquilizantes, relajantes musculares) forman parte de los recursos para el tratamiento de esta enfermedad.

Bruxismo:

La bruxomanía, bricodoncia, briquismo, bricomanía, neurosis oclusal, efecto Karoly, stridor dentium, etc. (3), consiste en el tratamiento habitual de dientes durante el sueño o como hábito inconsciente en horas de trabajo (3 y 5).

Parece ser que la tensión nerviosa es una causa común para la aparición del hábito en presencia de una oclusión patológica. En muchas ocasiones es una manifestación local de una condición general de psiconeurosis. La bruxomanía puede ser la expresión de una tensión nerviosa y de tendencias conscientes e inconscientes de agresividad o de manifestaciones de angustia somatizadas en boca (6).

Ramfjord S. (13) opina que el factor causal más frecuente para la iniciación de la bruxomanía, es la discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. Los signos y síntomas de esta patología se engloban en:

- 1) Facetas sobre los dientes que indican desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 2) Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación del maxilar inferior.
- 3) Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, especialmente el masetero.
- 4) Sonido apagado a la percusión de los dientes.
- 5) Sensación de cansancio en músculos de la oclusión, al despertar en las mañanas.
- 6) Dolor en la articulación temporomandibular.
- 7) Sensibilidad pulpar al frío.
- 8) Sonidos rechinantes o ásperos.

Se han descubierto nexos entre la agresividad y el bruxismo. Siendo éste una expresión oral de la agresividad, se observa con más frecuencia en individuos que cursan severos trastornos de conducta (3).

Por regla general, la bruxomanía ocasiona un desgaste oclusal excesivo que amerita una restauración total de la dentición; por tanto que el tratamiento ideal es la rehabilitación oclusal completa, sin embargo existen otros tipos de tratamientos tales como el ajuste oclusal por desgaste mecánico, un guarda oclusal y la autosu gestión.

OBJETIVO GENERAL

Analizar los conceptos generales de la psicología médica concernientes a los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica clínica, sus fundamentos etiológicos, su fisiopatología, características clínicas, métodos de diagnóstico y - tratamiento, pronóstico y consideraciones propias del tratamiento odontológico en sus aspectos clínico, psicológico y farmacológico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Mencionar los conceptos generales de la psicología médica, en lo referente a su relación con la medicina, a la evolución histórica, de los conceptos médico-psicológicos, a la unidad bio-psico-social del hombre, a la naturaleza de los - procesos mentales, a la base neural de los procesos mentales: las emociones, la conciencia; a la personalidad, a el temperamento, los motivos de la conducta y - el carácter, a la angustia, así como a la infancia y la adolescencia.
- 1.2 Describir los fundamentos etiológicos de los trastornos psiquiátricos más - frecuentes en la práctica clínica.
- 1.3 Explicar la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos más frecuentes.
- 1.4 Enumerar las características clínicas de los trastornos psiquiátricos más fre- - cuentes en la práctica clínica.
- 1.5 Describir los métodos de diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psi- - quiátricos más frecuentes en la práctica clínica.
- 1.6 Enunciar el pronóstico de cad uno de los trastornos psiquiátricos más fre- - cuentes en la práctica clínica.

1.7 Analizar las consideraciones generales del tratamiento odontológico en sus -
aspectos clínico, psicológico y farmacológico.

H I P O T E S I S

El desconocimiento por parte del Cirujano Dentista de los trastornos psiquiá- -
tricos de mayor relevancia epidemiológica, constituye una radical limitante, con
la cual obstaculizará la práctica de un óptimo ejercicio odontológico.

MATERIAL Y METODO

Material.- libros de texto básicos, revistas y artículos de reciente edición y - publicación respectivamente, obtenidos de las principales bibliotecas del área - médica y del CENIDS.

Método.- se obtendrá bajo los siguientes criterios:

Criterio de selección.- inicialmente se procederá a recabar la información básica referente al tema de los textos elementales de Psicología médica, Psiquiatría, - Medicina interna y Patología oral. Una vez obtenida, deberá ser dosificada y - seleccionada por objetivos en fichas bibliográficas, las cuales permitirán estructurar el contenido temático del trabajo. Así mismo, la adición de artículos contenidos en revistas médicas afines al tema y las emanadas del CENIDS, serán incorporadas a esta tesis, con lo cual se le otorgará el matiz actualizado que debe - incluir.

Criterio de organización.- será obtenido conforme a los capítulos que constará la tesis:

Capítulo 1. Marco teorico y conceptual de la Psicología médica.

- 1.1 Conceptos generales de la Psicología médica en lo referente a su relación con la medicina.
- 1.2 Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos.
- 1.3 Relación de la Psicología médica con la unidad bio-psico-social del hombre.
- 1.4 Relación de la Psicología médica con la naturaleza de los procesos mentales.
- 1.5 Relación de la Psicología médica con la personalidad.
- 1.6 Relación de la Psicología médica con el temperamento, los motivos de conducta y el carácter.
- 1.7 Relación de la Psicología médica con la angustia.
- 1.8 Relación de la Psicología médica con la infancia y la adolescencia.

Capítulo 2. Etiopatogenia de los principales trastornos psiquiátricos.

- 2.1 Etiopatogenia de la neurosis.
- 2.2 Etiopatogenia de la angustia.
- 2.3 Etiopatogenia de la ansiedad histérica.
- 2.4 Etiopatogenia del estado fóbico.
- 2.5 Etiopatogenia de la hipocondriasis.
- 2.6 Etiopatogenia de las adicciones: alcoholismo y drogadicción.
- 2.7 Etiopatogenia de las neurosis impulsivas.
- 2.8 Etiopatogenia de las desviaciones sexuales.
- 2.9 Etiopatogenia de las psicosis y tipos de ellas.
- 2.10 Etiopatogenia del Bruxismo.
- 2.11 Etiopatogenia del síndrome dolor disfunción de la ATM.

Capítulo 3. Características clínicas.

- 3.1 Características clínicas de la neurosis.
- 3.2 Características clínicas de la angustia.
- 3.3 Características clínicas de la ansiedad histérica.
- 3.4 Características clínicas del estado fóbico.
- 3.5 Características clínicas de la hipocondriasis.
- 3.6 Características clínicas de las adicciones: alcoholismo y drogadicción.
- 3.7 Características clínicas de las neurosis impulsivas.
- 3.8 Características clínicas de las desviaciones sexuales.
- 3.9 Características clínicas de las psicosis y tipos de ellas.
- 3.10 Características clínicas del bruxismo.
- 3.11 Características clínicas del síndrome dolor disfunción de la ATM.

Capítulo 4. Métodos de diagnóstico y tratamiento.

- 4.1 Historia clínica integral.
- 4.2 Electroencefalograma.
- 4.3 Estudios de laboratorio y gabinete.
- 4.4 Tratamiento médico-farmacológico.

Capítulo 5. Pronóstico.

Capítulo 6. Tratamiento odontológico integral.

- 6.1 Tratamiento preventivo (relación médico-paciente).
- 6.2 Plan de tratamiento y programación de citas.
- 6.3 Indicaciones de anestesia general.
- 6.4 Entrevista psicológica.
- 6.5 Interacción odontólogo-médico-psicólogo.
- 6.6 Terapia de reforzamiento.

Capítulo 7. Aspecto farmacológico.

- 7.1 Bases farmacológicas de las principales drogas utilizadas en Neuropsiquiatría.
- 7.2 Interacción medicamentosa con los fármacos utilizados en odontología.

Criterio de análisis.- las actividades a seguir consistirán en acudir a las principales bibliotecas, así como al CENIDS, con el fin de obtener y seleccionar información básica referente al tema, complementándola con artículos de revistas - actualizadas concernientes a la materia que nos ocupa; dicha información la recopilaremos y ordenaremos conforme se vaya obteniendo en forma de fichas bibliográficas, las que a su vez se archivarán para poder disponer de ellas en el momento que se requiera.

Criterio de síntesis.- se procederá a ordenar la información, contenida en las fichas bibliográficas en base a nuestro criterio de organización, lo que nos permitirá estructurar el contenido temático de nuestro trabajo, esto nos permitirá conocer la incidencia y prevalencia de estas patologías, además del interés prestado por las dependencias oficiales al respecto, ya que se ha visto que los trastornos de conducta del individuo repercuten radicalmente en las actividades sociales, laborales y culturales del mismo, alterando así su esfera bio-psico-social.

Criterio de evaluación.- una vez revisado el contexto teórico de dichos trastornos, surgirán necesariamente un cúmulo de contradicciones y de determinantes, lo que permitirá ejercitar el análisis que permita dictar propuestas y conclusiones, como propósito preponderante implícito en la realización de este trabajo receptacional.

BIBLIOGRAFIA

- .- De la Fuente Muñiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpresión 1981, "FONDO DE CULTURA ECONOMICA"
- .- Glickman, Irving
"PERIODONTOLOGIA CLINICA"
4a edición 1980, "INTERAMERICANA"
- .- Martínez Ross, Erick
"OCCLUSION"
2a edición 1978, "VICOVA EDITORES"
- .- Rosman, Farreras
"MEDICINA INTERNA"
1a reimpresión 1978, "MARIN"
- .- Shafer, William G.
"TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL"
3a edición 1980, "INTERAMERICANA"
- .- Zegarelli, Edward
"DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL"
6a edición reimpresión 1979, "SAWES"
- .- Bamfjord, Ash
"OCCLUSION"
2a edición, "INTERAMERICANA"

CAPITULO I. Marco Teórico, Conceptual e Histórico de la Psicología Médica.

I.1 Conceptos generales de la Psicología Médica.

Los conocimientos de la esfera psicológica son tan necesarios para el médico como los anatomofisiopatológicos, constituyendo desde tiempo inmemorial, una verdad indiscutible; a pesar de esto, tales conocimientos debía adquirirlos el futuro profesional de la salud fuera de la Universidad, ya que la Psicología ni la Psiquiatría figuraban en su plan de estudios.

En nuestros tiempos, la medicina puede enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento 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, hoy en día, con escasas excepciones, tanto el médico general como el que se dedica a la práctica de alguna de las especialidades, tendrían que reconocer que existe una marcada desproporción entre sus conocimientos acerca de la estructura y la fisiología del organismo y lo que conocen de ese organismo como ente que vive en relación recíproca con otros individuos, que es parte activa del proceso social y cultural y que intenta resolver, del mejor modo posible, los problemas de su existencia.

Se puede afirmar que siempre han existido algunos médicos dotados de una especial comprensión de la naturaleza humana, que intuitiva y más bien empíricamente valoran la importancia de las experiencias y situaciones emocionales de sus enfermos y que aún en formas no intencionadas, ejercen influencias psicológicas favorables sobre ellos. Sin embargo, los problemas psicológicos de las enfermedades y los problemas de las enfermedades psicológicas requieren para su comprensión y manejo bastante más que intuición y sentido humano y, desde luego, siendo problemas que el médico práctico enfrenta cotidianamente, lo mismo en una clínica que en su consultorio particular, no es válida la excusa frecuentemente usada de que hay que dejar que el psiquiatra se ocupe de esos problemas "oscuros y complicados". Esto, a pesar de que la experiencia de la práctica profesional hace sentir a cualquier médico reflexivo que existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, teme y quiere; entre sus alegrías, odios, tristezas y estados de salud o enfermedad. Por intangibles que parecían la angustia, la frustración, la hostilidad o la culpabilidad, no por eso dejan de ser tan reales y efectivas para alterar las funciones mentales y corporales como las bacterias, los virus y las toxinas.

En el modo actual de la práctica profesional, en los centros urbanos, cuando el paciente se queja de fobias y obsesiones o exhibe ideas delirantes inequívocas, el médico general resuelve el problema dirigiendo al enfermo hacia el psiquiatra, pero cuando el paciente no exhibe alteraciones mentales francas, sino por ejem-

plo, sólo muestra algunas de las múltiples manifestaciones somáticas de la depresión o de la angustia, el profesionista que no sabe reconocer más patología que la orgánica, se encuentra en una situación desventajosa.

Para aquellos profesionales de la salud que aún se resisten a aceptar la psicología como parte integral de la medicina sobre la base de que los conocimientos psicológicos actuales no son suficientemente "científicos", se les puede hacer notar que muchos tratamientos medicamentosos, dietéticos e intervenciones quirúrgicas que se practican cotidianamente a enfermos neuróticos no identificados como tales, no resultan, a pesar de su apariencia de medicina apegada a la ciencia, más científicos que los exorcismos, las "limpias" y las sangrías de otros tiempos y que, además, son tanto más peligrosos en relación a que con frecuencia producen alivios temporales que contribuyen a convencer al médico y transitoriamente al enfermo de su eficacia. Ciertamente que la pura sugestión y la fe han sido siempre reconocidas como paliativos poderosos, pero la psicoterapia es mucho más que eso y, en todo caso, no puede ser base adecuada para el ejercicio de una medicina razonable.

La Psicología Médica tiene en su campo, el conjunto de experiencias y conceptos propios de la Psicología que son aplicables a la medicina; sus límites son necesariamente un tanto imprecisos y pueden a veces confundirse con los de otras ramas de las ciencias del hombre y con los de la psiquiatría considerada como especialidad médica. Sin embargo, el propósito de formar un campo aparte que deje a un lado aquello que es del campo exclusivo del psicólogo y del psiquiatra, obedece a una necesidad práctica; ni es posible que los médicos sean psicólogos clínicos, ni tampoco se les puede pedir que dominen las técnicas del especialista. Lo que verdaderamente necesitan es tener a su disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral.

Es conveniente aclarar algunos conceptos importantes 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 de vinculación más estrecha entre ambas ciencias.

a) Psicogénesis de los síntomas corporales.

Es un hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinando y contribuyendo a la objetivización de disfunciones de órganos y sistemas en general, o bien modificando la evolución de procesos patológicos de otro origen.

La psicogénesis es un proceso etiológico no más misterioso que la infección bacteriana. Para entenderlo, basta que los conflictos psicológicos de los en-

fermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad con que se estudia el funcionamiento de algún órgano; entonces, se puede comprobar que los desórdenes en esta esfera son tan efectivos para alterar la función de algún órgano, como son los producidos por los microorganismos o las toxinas. El criterio psicogenético permite apreciar que, en ciertas circunstancias, un síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y en otras, simplemente la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. En ocasiones el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio. En otras, lo que ocurre es que un enfermo está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas. (14).

Una implicación del concepto de psicogénesis es que, puesto que los conflictos mentales se originan mediante el vivir en relación recíproca con otros individuos que son portadores de las metas, ideales, restricciones y prohibiciones vigentes en un grupo o en una sociedad, es necesario para entender las causas de salud o de la enfermedad de un individuo tener en cuenta las circunstancias de su ambiente natural y cultural.

Comprendiéndose con esto que los estímulos ambientales repercuten en el individuo en forma de conflictos mentales, los cuales inciden preponderantemente en su relación familiar, laboral, en el aprendizaje y hasta de manera corporal, ya que en ocasiones, estos sujetos, debido a problemas de orden mental, refieren padecer cuadros clínicos que involucran enfermedades mortales y contagiosas, o bien son tributarios de padecer trastornos de tipo psicósomático, lo cual los hace alejarse y rehuir de su ámbito social y en general de la sociedad misma, generando de tal manera, una marcada improductividad y un incremento de la patología psíquica de fondo, consecutiva a la ansiedad que suscita la notable sensación de enfermedad antes mencionada.

b) Represión e inconsciente dinámico.

Una de las aportaciones más importantes de la Psicología al campo de la Medicina es el descubrimiento debido a S. Freud, donde demostró que gran parte de nuestra vida mental transcurre inconscientemente sin que nos percatemos de ello. Freud postuló la teoría de que un mecanismo fundamental, al que denominó represión, protege al individuo, al eliminar del campo de su conciencia la presencia de impulsos y tendencias que afectarían en forma importante su equilibrio mental. La teoría del inconsciente dinámico, activo, y la de la represión, que son complementarias, han hecho posible la comprensión de fenómenos que a primera vista aparecen como absurdos e incomprensibles, tales como las fobias, las obsesiones, los delirios y las múltiples y peculiares manifestaciones de la histeria. Un aspecto importante de estos descubrimientos, desde el punto de vista médico, es

que no sólo las emociones que el sujeto experimenta abiertamente sino también sus emociones reprimidas, particularmente la hostilidad y la dependencia, deben ser tomadas en cuenta como "factor psicológico" en un grupo numeroso de padecimientos orgánicos. Otra consecuencia es la imperiosa necesidad para el médico de poseer conocimientos que vayan más allá del sentido común, si es que quiere identificar en sus enfermos la participación de los mecanismos del inconsciente, ya que éste no es fácilmente abordable cuando se usan los métodos de una observación superficial y estática.

c) Papel central de las emociones en la determinación de la conducta y en el equilibrio orgánico.

Las emociones son el verdadero 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 pasiones. Siguiendo esta línea de pensamiento se llega a la conclusión de que la angustia que expresa la reactividad del organismo total ante cierta posibilidad de injurias o de amenazas vitales debe ser singularizada como la energía primordial. El que las más importantes teorías modernas de la personalidad consideren la angustia como un núcleo dinámico de la neurosis y como un generador prominente de patología orgánica, ha determinado que este fenómeno ocupe actualmente un lugar central en el campo de la medicina.

d) Concepto unitario de salud y enfermedad.

Bajo la influencia de Bernard y de Canno: desde el campo de la fisiología y de Freud desde el campo de la psicología, los conceptos de salud y enfermedad han experimentado modificaciones considerables. Hasta hace algunos años, los conceptos salud y enfermedad, han sido generalmente entendidos como procesos cualitativamente diferentes. Freud demostró que entre la salud y la enfermedad mentales puede trazarse una línea continua en la que sitúan múltiples estadios intermedios.

De hecho, todos los atributos de la personalidad patológica son en cierto grado observables en todas las personas. El considerar que las diferencias entre lo normal y lo patológico son cuantitativas, ha permitido unificar el campo de la psicología con el de la psicopatología y ha facilitado la vinculación de ambas con la medicina.

La enfermedad sigue siendo vista como "algo que sobrecoge", que ataca a ciertos individuos desde afuera. Todavía solemos decir que una persona "contrae" una

infección, cuando en realidad lo que ocurre, como dice J. Masserman, es que "reacciona adaptativamente con todos los medios fisiológicos a su alcance: fiebre, leucocitosis, antitoxinas, etc., ante una compleja combinación de circunstancias internas o externas que lo hicieron temporalmente susceptible a una infección bacteriana". Parte de la sintomatología, tanto de enfermedades mentales como en las orgánicas, se entiende mejor por un proceso adaptativo del organismo, como transacciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras. Desde Freud, este concepto de enfermedades ha sido ampliamente usado en el campo de la psicopatología, donde los síntomas son entendidos como intentos de restaurar un equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas. La enfermedad no es del todo comprensible como un evento aislado, sino como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biografía personal. Cuando se está enfermo, el padecimiento que nos agobia no pudo haber ocurrido, de no ser porque en un momento biológico y psicológico de nuestra existencia, factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos, han coincidido en un organismo cuya historia personal determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores.(1).

e) Importancia de la relación médico-enfermo.

El énfasis en el estudio de la interrelación del médico con el enfermo como parte importante del proceso terapéutico, es otra aportación importante de la psicología a la medicina. Esto ha representado el análisis por métodos psicológicos de una noción tradicional: la de la personalidad del médico como catalizador de los procesos recuperativos del organismo enfermo. Desde el campo de la psicología se ha mostrado que el médico influye sobre el enfermo a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis y de apoyo emocional. De la capacidad de cada médico para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el enfermo, depende su habilidad para identificar e influir en el elemento psicológico en sus síntomas, estimulando en él el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución del equilibrio orgánico. Esto se logra más eficazmente cuando el médico, además de poseer los conocimientos necesarios, se siente libre para manejar su propia personalidad como instrumento terapéutico, como complemento en todos los casos y en sustitución de las terapéuticas médicas y quirúrgicas en algunos casos. (2).

En los puntos anteriores hemos intentado señalar las principales áreas de contacto y de influencia mutua entre la psicología y la medicina. Si queremos relacionarlos con un concepto único, podemos hacerlo refiriéndonos al organismo como una totalidad.

El organismo como totalidad.

El punto de vista de que la mente, el soma y las manifestaciones de ambos deben ser entendidos en relación con la totalidad de un organismo que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que lo rodea se ha convertido en uno de los postulados de la psicología moderna y de las ciencias del hombre en general.

Sobre el concepto del organismo como totalidad, se asienta el de la personalidad entendida como una integración de fuerzas vectoriales; fuerzas que no son otras que las necesidades humanas que, teniendo sus raíces en la estructura biológica del organismo, son modificadas desde el principio de la vida por el ambiente social y cultural y que el sujeto experimenta como deseos, impulsos, intereses, etc. Las necesidades humanas son el punto de partida de conflictos que ocurren cuando su satisfacción es interferida por barreras ambientales o por tendencias que por ser antagónicas, generan conflictos internos.

El punto de vista psicósomático.

Una de las consecuencias más trascendentales de la nueva vinculación de la psicología y la medicina ha dado lugar a la constitución de un nuevo campo de investigación de las relaciones psicofisiológicas generalmente conocido como medicina psicósomática. Hacia el presente, el principal empeño ha sido precisar las relaciones que existen entre ciertas constelaciones psicodinámicas y algunos padecimientos tales como la úlcera gástrica, la hipertensión arterial y el asma bronquial, entre otros, en los cuales se estipuló que condiciones psicológicas engendradas en las relaciones interpersonales, juegan un papel codeterminante de vital importancia en la etio-patogenia de dichas enfermedades. La medicina psicósomática no es, ni puede llegar a ser nunca, una especialidad, ni está justificado restringirla al estudio de ciertas condiciones morbosas. Representa una orientación más inclusiva y realista de la medicina, que exige del médico el conocimiento de los principios fundamentales de la psicología.

El médico tiene una clara advertencia de que la civilización y la cultura tienen una relación directa con el bienestar o el malestar de los organismos humanos, puede influir más efectivamente en la curación de sus enfermos; pero sobre todo, haciendo uso de su autoridad en la estructura social, puede convertirse en un agente efectivo para que la sociedad evolucione hacia formas de organización en las que los individuos puedan desarrollar al máximo sus potencialidades somáticas y psicológicas.

La psicología médica es parte legítima del curriculum médico, porque no puede darse que para entender al hombre sano o enfermo, es necesario partir del principio de su unidad indivisible: biológica, psicológica y social.

I.2 Evolución Histórica de los Conceptos Médico-Psicológicos. (1).

Como todas las ciencias, también la psicología ha pasado por una serie de vicisitudes y ha experimentado una larga evolución hasta llegar a su estado actual. En cualquier rama del conocimiento, el estudio del proceso que conduce a los conceptos y los métodos actuales tienen la virtud de ampliar la perspectiva individual, enriqueciéndola con la experiencia de los predecesores. En el campo médi-co-psicológico, 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.

Concepto médico-psicológico del hombre primitivo.

Teniendo como objeto de estudio los fenómenos psíquicos, en su más amplio sentido, y habiendo aparecido éstos desde que el hombre existe sobre la tierra, es lógico suponer que las razas más primitivas, incluso las prehistóricas, que precedieron al actual "Homo sapiens" ("Phitecanthropus", "Homo neanderthalensis", "Homo hodesiensis", y luego los "trogloditas" de la época llamada "monsteriana" del cuaternario medio), tenían ya ciertas prenociones psicológicas intuitivas, siquiera éstas fuesen muy rudimentarias y no constituyesen en modo alguno un saber auténtico.

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 inventados o creados por su exaltada fantasía, llegando a adorarlos, inclinándose ante su poder que para él resultaba incomprensible y ante el cual se consideraba inerte, tal es el origen de muchas religiones, nacidas del fondo animista y super-emotivo del hombre salvaje. Estos sentimientos religiosos rudimentarios, engendran fácilmente las supersticiones, la magia, la hechicería, que crean en las mentes ingenuas un sin-fin de fuerzas misteriosas, dotadas de un extraño poder sobre la naturaleza y sobre el destino humano. El salvaje intenta, a su manera, dar respuestas sobre la vida y sobre la muerte; sus hipótesis se objetivan, pasando a la categoría de realidades. Su vida es más imaginativa y afectiva que auténticamente racional, siente más lo que piensa, y todavía actúa más por instinto, emoción e intuición que por juicios reflexivos. No pierde su ingenuidad.

Los estudios antropológicos ponen de manifiesto que aunque la mente primitiva es potencialmente capaz de manifestar su pensamiento lógico y razonamiento objetivo, en su medio cultural funciona en forma diferente a la mente del hombre civilizado y en ciertos aspectos semejantes a la del niño y a la de ciertos

hombres psicóticos, particularmente los esquizofrénicos. Por ejemplo, el hombre primitivo no tiene impedimento para aceptar simultáneamente cosas contradictorias. 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 aquellas cosas que él desearía que fueran 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 al exorcismo, los encantamientos y la administración de algunos cocimientos y brebajes; en casos extremos, los brujos y los chamanes a cuyo cargo estaba el tratamiento, empleaban la flagelación y el hambre como recursos más enérgicos.

La Psicología Médica en civilizaciones anteriores a los griegos.

Las nociones psicológicas intuitivas nacen en el ser humano desde las épocas más primitivas de su desarrollo histórico. Pero tales ideas distan mucho de constituir conceptos científicos, ni siquiera rudimentarios. Es por esto que hemos de referirnos a civilizaciones relativamente recientes, para encontrar formulaciones netamente psicológicas, las cuales nos dejaron, en una u otra forma, vestigios del modo como concebían los fenómenos psíquicos. Como iremos revisando, tales esbozos de psicología se encuentran, al principio, íntimamente ligados a las ideas religiosas de cada civilización, es decir, que por lo que respecta a tales épocas, se trata casi siempre de una psicología teológico-moral.

Entre los egipcios, dominaba, como es sabido, la idea de la inmortalidad del alma, y rendían un extraordinario culto a la muerte. Sus maravillosos templos funerarios, sus métodos, todavía no descifrados ni igualados de embalsamamiento de los cadáveres y sus inscripciones, demuestran plenamente su creencia acerca de que, tras la vida mundanal, había una ulterior existencia en la que tomaba también intensa parte el cuerpo. Creían que los espíritus divinos se encarnaban en sus monarcas, y que los hombres buenos seguían, de un modo u otro, viviendo después de la muerte, mientras los cadáveres de los malos eran devorados por un monstruo.

La civilización hindú admitía una divinidad para cada atributo humano. Creía en un alma indestructible, dotada de la facultad de la transmigración, y poseedora de una energía de la que emana toda actividad del hombre, de tal modo que incluso las sensaciones y los conocimientos procedentes del exterior eran considerados como fenómenos ilusorios. Toda su psicología se reducía a una "conciencia superior", extrapersonal, panteísta, que procede de las divinidades y vuelve a ellas. Y como meta de la existencia humana señalaba el "nirvana", como estado perfecto de inmovilidad corporal y predominio absoluto del espíritu.

La vieja sabiduría china aparece condensada en los libros sagrados, cuyas reglas morales fueron escritas por la propia divinidad en las vestiduras de la primera criatura humana. Este código moral, redactado en forma de decálogo, regula el pensamiento y la acción, la vida y los sentimientos, la conducta de los hombres y de los gobiernos. Confucio y, posteriormente Mencio y Lao-Tse, crean una mística basada en el deber, única y suprema ley de la razón, que domina a las pasiones. La norma general de la conducta del hombre es, para Confucio, la del perfeccionamiento y amar al prójimo como a sí mismo. Vemos, pues, que entre los chinos la psicología es puramente empírica y normativa, careciendo de un conjunto de conocimientos sistematizados sobre la naturaleza humana, y reduciéndose a una serie de rígidos patrones de conducta.

Los antiguos persas tuvieron un concepto dinámico del mundo y de la vida, a los que consideraban como lucha activa, algo así como aquella "lucha por la existencia" y aquella fuerza orientadora de la selección y de la evolución de la que, varios milenios después, nos hablara Darwin. Esta lucha constante (luz y tinieblas, bien y mal, verdad y mentira, espíritu y materia) da un carácter dualista a las concepciones filosófico-religiosas de los persas. Para ellos el dinamismo de la vida terrena arrancarían de la propia naturaleza humana; el hombre no sería sino parte de una estrella que descendería a la tierra y, al morir, volvería a los espacios siderales a reunirse con su otra mitad. El "hombre de la tierra" representaría la parte negativa o sombría, frente al "hombre del cielo", que personificaría el aspecto primitivo, puro y luminoso.

La religión de los hebreos, esencialmente monoteísta, concibe al ser humano como una creación de Jehová, hecha a su imagen y semejanza, animado por el soplo divino y con atributos que son un trasunto de los del Creador. El alma humana, dotada de inteligencia y voluntad, libre y, por lo tanto, responsable de sus actos, volverá al seno de la Divinidad al separarse del cuerpo en el momento de la muerte. El destino de las almas sería muy diverso (premio o castigo eterno), según la conducta moral observada por el hombre en la tierra. La psicología hebrea es, pues, esencialmente individualista, no sólo del ser, sino también de la familia y de la raza; se basa en el conjunto de preceptos ético-religiosos. La idea del pecado original, hace imperativa la necesidad del mejoramiento y la elevación personal mediante una orientación educativa.

La civilización occidental de los galos, cultivada por los "druidas" de Galia y de Bretaña, y que fue casi aniquilada por la dominación romana, se caracteriza, en lo filosófico, por un profundo desprecio de la muerte, fundamentado en la creencia firme de la inmortalidad de la persona humana y que tiene como consecuencia la libre expansión a las tendencias naturales, a las luchas audaces y a las hazañas heroicas. Los druidas creían en la metempsicosis, admitiendo que las almas inmortales pasaban, indefinidamente, de una a otra existencia terrenal, durante toda la duración de los tiempos. Negaban las penas eternas (lo

que liberaba a la conciencia humana de temores ante lo irremediable), siendo el único freno a la mala conducta, la existencia de expiaciones temporales.

Las civilizaciones Griega y Romana.

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 hoy debaten la filosofía y su hija natural, la psicología, sino que propusieron una gran variedad de soluciones.

Seguramente que el mejor 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 (460-370 A.C.) y a sus discípulos hacer observaciones clínicas e inferir a partir de ellas conceptos que no sólo trascienden al pensamiento demonológico, sino que aún superan a 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 como 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 lo son del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis. Basándose en la observación de los hechos escritos, 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 terapia, fue más allá de las prácticas exorcistas. Confianza 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 (429-347 a.c.) enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud 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 que deseo hacer notar es que en todos nosotros, aún en los hombres buenos, hay una naturaleza de bestia salvaje que persiste en el sueño..."

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: "... algunos pueden cometer un acto cuando está loco o afligido con alguna enfermedad... que simplemente pague por el daño y exceptúesele de otro castigo".

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 e Inglaterra se revelaron contra su autoridad en los siglos XVI y XVII. Aristóteles pensó que siendo la mente 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 retardó varios siglos el desarrollo de la psicopatología.

La civilización y la cultura griega 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 tres siglos previos a su ocaso, su cultura se viera desvirtuada por la pedantería, el acadéusismo 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 educadas de más de cincuenta razas, unidas bajo el control de Roma.

Asclepiades (124-96 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 (ca. 30-90 d.c.) señaló la relación entre ciertos rasgos psicológicos de las personas y su propensión a las enfermedades mentales y fue el primero en describir las fases maniaca y melancólica de las psicosis como expresiones de una misma enfermedad y en expresar 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, aún la muerte, del mismo modo que la risa sin restricción".

Galeno de Pergamo (fl. ca. 130-200 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 como Alejandro Traliano (525-605 d.c.), volvieron a la aceptación de conceptos demonológicos y se perdieron las contribuciones científicas de Hipócrates y sus discípulos griegos y romanos.

La Edad Media.

Con la venida de Cristo, puede decirse que comienza la decadencia de la psicología pagana, al introducirse el elemento sobrenatural en el estudio de la naturaleza humana. Tras el caos originado por la caída de las culturas griegas, la tina y oriental, surge el cristianismo como elemento renovador y restaurador. La doctrina evangélica sienta las bases de una nueva concepción del hombre y en ella se hacen múltiples alusiones a diversos aspectos psicológicos que lo dignifican de sobremanera, teniendo en cuenta, sobre todo, el origen y destino divino de su alma inmortal y en la existencia en nosotros de un elemento trascendente, el espíritu, que nos lleva por encima de todo lo creado.

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 esa época: las procesiones de flagelantes, las cruzadas, la histeria colectiva, la posesión por el demonio y la brujería. 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 efectivo de la psicología y la medicina, cuyas consecuencias fueron notorias en el desarrollo de ambas: por una parte la psicología, desligada del resto de las ciencias naturales, no participó del desarrollo de ellas y el esfuerzo de sus 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 personalógicas preconizadas por los médicos sacerdotes de la antigua Grecia. Esto tuvo consecuencias particularmente 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 como sujetos de "visitaciones" casi siempre deplorables, fueron tratados de acuerdo con la calidad atribuida al huésped que ocupaba su espíritu.

Durante la última parte del siglo XV las creencias relativas a la posesión demoníaca alcanzaron un desarrollo que condujo a uno de los aspectos más crueles de la historia de la humanidad. 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 sobre naturales como poder arruinar las cosechas a su voluntad, 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 brujos.

El Renacimiento.

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 en un tratamiento el uso del "magnetismo corporal". John 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. Weyer fue uno de los primeros médicos que se dedicaron especialmente al estudio de los desórdenes mentales. Algunos eclesiásticos comenzaron también a poner en tela de juicio las prácticas de su tiempo. San Vicente de Paul (1576-1660), a riesgo de su vida, declaró que las enfermedades mentales no son diferentes de las enfermedades corporales y que ambas clases de enfermedades 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 progreso durante los siglos XVIII y XIX (la reforma humanitaria).

Conforme la moderna actitud científica se fue abriendo paso, fue posible para un número cada vez mayor de gente ver que la locura se debe a causas naturales y el problema de los enfermos mentales fue enfrentado más comprensiva y racionalmente. El año 1792 señala, con los trabajos de Felipe Pinel (1745-1826), un cambio de rumbo. Pinel, director del hospital de la Sisétre 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 son 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 en la época. Se permitió a los enfermos circular libremente en los patios, se les alimentó mejor y se les trató con suavidad.

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 Benjamín 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 de pensamiento científico, puede considerarse una figura representativa de la transición hacia la psiquiatría y la psicología médica modernas.

Desarrollo Reciente.

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 constituirla nuevamente con la medicina han tomado distintas direcciones.

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 fueron llevadas a cabo en laboratorios. La psicología experimental se ha empeñado desde el principio 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 como la percepción, la memoria, etc. Sin embargo, los intentos de encerrar en los moldes de la matemática lo que es esencialmente subjetivo, no han rendido los frutos que sus más decididos partidarios esperaban. Los experimentos psicológicos llevados a cabo en laboratorios no han contribuido significativamente al esclarecimiento del problema fundamental de la psicología: el de los motivos de conducta, cuya solución es la clave para poder prever las acciones y reacciones de una persona en situaciones concretas de la vida, bien distintas por cierto de las creadas en el laboratorio.

Un desarrollo importante en esta dirección tuvo como representante ilustre a John Watson, que 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 tales como el de la 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, es entendida como un simple agregado de reflejos incondicionados innatos, modificados por la acumulación posterior de reflejos condicionados. Los "conducistas" no han tomado suficientemente en cuenta el hecho de que la conducta es engañosa, puesto que puede corresponder a las más variadas motivaciones y que tras las similitudes aparentes están las profundas y significativas diferencias de los individuos.

Este error ha sido claramente puesto en evidencia por los psicólogos "estructuralistas"; por otra parte, conciencia y subjetividad son datos incontrovertibles y prescindir de ellos como intentan hacerlo los conducistas, es pretender eliminar de la psicología lo esencialmente psicológico. A pesar de que los representantes más modernos del conductismo (Liddel, Gant, etc.), han rectificado algunos de sus conceptos iniciales y han aceptado el principio del organismo y del ambiente como totalidades, la psicología de laboratorio permanece aún como un marco muy rígido y estrecho, insuficiente para explicar las complejidades de la conducta humana.

El enfoque taxonómico-organicista.

Esta etapa taxonómica y descriptiva de la psiquiatría tuvo su mejor representante en Emilio Kraepelin (1855-1926), quien a principios del presente siglo elaboró, merced a una labor monumental de observación clínica, una clasificación de las enfermedades mentales que fue más o menos universalmente aceptada y que aún constituye la base de la mayor parte de las clasificaciones en uso. Cuando los estudios anatómo-patológicos no mostraban lesiones cerebrales que explicaran los síntomas, lo cual ocurría señaladamente en los casos diagnosticados como esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, y neurosis; Kraepelin proponía como explicaciones etiológicas cambios metabólicos, desórdenes sistémicos de la economía corporal o bien defectos hereditarios. Las ideas de Kraepelin 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 subsiguientes, evidenciaron que no se encuentran cambios patológicos de significación etiológica en el sistema nervioso central ni en otras partes del organismo de enfermos neuróticos y psicóticos funcionales. Por otra parte, las modernas investigaciones genéticas no justifican la atribución a la herencia de un papel preponderante en la mayor parte de los trastornos mentales. Hay quienes confiando en que eventualmente llegará a explicarse toda la patología mental por la demostración de lesiones o defectos en algunas partes del organismo, particularmente en el cerebro o en las glándulas de secreción interna, restan importancia a la comprensión y explicación psicológica.

Las limitaciones del punto de vista orgánico y descriptivo se hacen más aparentes en cuanto el material de estudio deja de ser el que llena las salas de los manicomios y el médico se encuentra ante los problemas que le plantean los enfermos neuróticos; personas que cuya conducta es desajustada o antisocial y las víctimas de alteraciones funcionales o estructurales, consecutivas a perturbaciones emocionales, sin duda alguna mucho más numerosas y más susceptibles de ser ayudadas por el médico que muchos psicóticos, y cuya patología no puede entenderse en términos de lesiones, solo en términos de personalidad, carácter y relaciones interpersonales. Por otra parte, aún aquellos padecimientos mentales que resultan de lesiones del cerebro, requieren para su comprensión el estudio de la personalidad y de las situaciones externas que rodean al individuo, ya que las defensas mentales puestas en juego por cada sujeto cuando es víctima de traumas, infecciones o procesos degenerativos, así como el contenido de sus síntomas y la evolución de su padecimiento, dependen en mayor o menor grado de ellas. El mérito principal de Kraepelin (1) fue haber puesto en orden el caos de múltiples aberraciones de la conducta, agrupándolas en entidades nosológicas. Describir objetivamente y clasificar representa un estadio importante en el desarrollo de cualquier ciencia, pero esto no es sino el prerrequisito para la iniciación de su etapa dinámica, cuyas finalidades son explicar las causas de los fenómenos que se observan y poder establecer predicciones. Es necesario mencionar por último que por útiles que sean las clasificaciones, en tanto que están basadas en descripciones fenomenológicas, su valor es limitado, de ahí que adherirse rígidamente a ellas sea un obstáculo para el progreso.

El enfoque psicoanalítico.

Hasta fines del siglo pasado, cuando S. Freud hizo su ingreso al campo de la psicología, los psicólogos académicos y los psicopatólogos se acogían a conceptos clásicos. Se pensaba que los seres humanos planean inteligentemente su conducta y que las fuerzas que los mueven no son otras que aquellas de las que el individuo está plenamente consciente. Ciertamente que ya algunos filósofos como Spinoza, Nietzsche, Schopenhauer (2) y algunos literatos como Shakespeare y Balzac (1) bien sabían que lo irracional no sólo determina la conducta de los enfermos mentales, sino que también, en grado importante, la de los individuos normales; pero en cuanto a los médicos y los psicólogos, puede decirse que sólo consideraban como objetivos válidos para la investigación, los procesos mentales conscientes. De hecho, mente y conciencia eran para ellos términos 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, conservando al hombre para el estudio 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 resultado ser el más luminoso de los

empleados hasta la fecha para comprender los procesos mentales normales y sus desviaciones patológicas. Es cierto que muchas de sus concepciones originales han sido definitivamente superadas o sustituidas, pero esta movilidad es característica saludable de toda ciencia nueva.

1.3 Relación de la Psicología Médica con la Unidad Bio-Psicosocial del Hombre.

El estudio de los seres humanos puede hacerse con tres distintos enfoques: el biológico, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; el psicológico, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales y el de las ciencias sociales, que estudia las sociedades y las culturas. Los tres enfoques representan distintos niveles de abstracción y aunque utilizan distintos conceptos y métodos, tienen el mismo objeto de estudio: El hombre. Sin embargo, hasta épocas relativamente recientes, biólogos, psicólogos, antropólogos, culturistas y sociólogos han trabajado con escasa vinculación entre unos y otros. Es sólo en las dos últimas décadas que a través del mayor intercambio y de la colaboración más estrecha entre los exponentes de estas distintas disciplinas se ha llegado a la conclusión de que el hombre sólo puede ser entendido como una unidad bio-psico-social y es generalmente aceptado por todos que el criterio de que la comprensión de los enfermos relativos a los seres humanos requiere la utilización de conocimientos que provienen de esas tres ciencias. Gradualmente las artificiales fronteras entre ellas, y cuyas ventajas son administrativas y didácticas, van siendo eliminadas en beneficio de un marco de referencia más amplio: el de la ciencia del hombre. (1).

El hombre: resultado de la evolución biológica.

El hombre es el resultado de la evolución biológica, es parte de la naturaleza y ocupa un lugar en el desarrollo evolutivo de las especies. En el mundo de la naturaleza, el paso de lo orgánico a lo psicológico y a lo social es gradual. El hombre proviene de antepasados de organización inferior. Su origen puede probablemente trazarse a un topo o musaraña terrestre que vivía fundamentalmente en el mundo del olfato. Más tarde, convertido en topo arbóreo, desarrolló cola larga, brazos emancipados para la aprensión, ojos, oídos y nariz igualmente importantes. Esta línea genealógica que indujo a un desarrollo parejo de todos los sentidos hizo necesario el aumento considerable de la corteza asociativa del cerebro, incrementándose enormemente con ellos la posibilidad de nuevas asociaciones (asociación de la base fundamental de aprendizaje y del intelecto). La principal diferencia entre el hombre y el animal desde el punto de vista biológico y estructural, es pues, la mayor complejidad del cerebro humano, enriquecido por la aparición de sistemas filogenéticamente nuevos que se han superpuesto a las estructuras primitivas.

Debilidad y superioridad del hombre:- lo que caracteriza al hombre en el concierto de la naturaleza es su debilidad: desnudo, con defensas naturales pobres comparadas con las de otras especies, no saber nadar espontáneamente ni correr tan veloz como algunos animales, ni tiene mayor agilidad y fuerza; además, su poder reproductor es reducido. Sin embargo, en tanto que especies poderosas han desaparecido en el proceso de la selección natural, el hombre afirma continuamente su superioridad sobre las demás especies e incrementa su número y su dominio de la naturaleza. Paradójicamente, es precisamente su debilidad la base de su fuerza y de su superioridad. En el animal, la fuerza va aparejada con su dependencia de las pautas rígidas del instinto, en tanto que el hombre depende menos de ellas; de hecho, el instinto es una categoría decreciente en la escala zoológica que alcanza en el hombre su mínima expresión. En lugar de instintos, el hombre ha desarrollado capacidades suprainstintivas y, ligada con ellas, la necesidad más imperativa de los seres humanos, la necesidad de aprender a vivir y la posibilidad de escoger entre múltiples formas de vida. Sus metas, sus pasiones, sus miedos, sus ambiciones, etc., lo que más distingue a un ser humano de otro, es resultado del aprendizaje.

El hombre, producto de la evolución social.- La existencia del hombre como tal es conjuntiva con la existencia de organizaciones sociales. Un hecho verificable es que todos los seres humanos han nacido dentro de alguna forma de sociedad. El hombre en aislamiento no existe y sus procesos mentales y su conducta son sólo lo inteligibles en función de su interrelación con otros individuos. Cuando el hombre nace, el escenario cultural y social en que ha de vivir se encuentra ya preparado: normas, ideas, hábitos y técnicas, así como formas de organización social que le preceden y que habrán de sobrevivirle, y que son el producto acumulado de la experiencia humana. Las sociedades y las culturas en que los hombres viven son el resultado de la evolución social; en tanto que la evolución biológica se mide en millones de años y los cambios no son perceptibles en un período histórico determinado, la evolución social se mide en cientos de años y ha dominado a la orgánica, que de todos modos continúa. Ambas evoluciones, la biológica y la social, no obedecen a leyes rígidas, son más bien inteligibles si se las interpreta como una mezcla de lo orientado y el azar (1).

La comprensión del hombre actual es incompleta si no se hace en función de las fuerzas históricamente condicionadas que, a través de las agencias e instituciones de la sociedad, modelan su carácter, sus metas y sus deseos.

Las capacidades específicamente humanas.- la mayor complejidad estructural de los seres humanos se manifiesta en el terreno psicológico por capacidades nuevas que son el fundamento de sus formas únicas de vida: a) la capacidad de experimentarse a sí mismo, como una entidad separada, distinta del mundo que lo rodea y única en la individualidad. El tener conciencia de sí mismo, rompe la armonía

del hombre con el resto de la naturaleza y lo obliga a buscar formas nuevas de relación con los demás, con el mundo y consigo mismo. En el hombre la soledad total es incompatible con la salud mental. b) la razón, que lo obliga a comprender al mundo y a comprenderse a sí mismo. La razón ha permitido al hombre crear las leyes del pensamiento científico, sistemas religiosos y filosóficos y técnicas para el dominio de la naturaleza. c) el lenguaje simbólico por el cual sensaciones y cambios corporales son susceptibles de ser representantes en una forma nueva, de símbolos. La simbolización de ideas por medio de grupos de sonidos, no sólo de ideas representativas, sino también de las ideas abstractas que su razón elabora, amplifica enormemente las posibilidades del hombre para comunicarse con sus semejantes, con los que le precedieron, con los que son sus contemporáneos y con las generaciones futuras. Mediante el lenguaje oral y escrito, ideas y técnicas, herencia de sus antepasados, están a su disposición; ya no aprende únicamente por su experiencia individual, puede también aprender por la experiencia de los demás que le es comunicada; no tiene que empezar desde el principio, puede continuar la tarea siempre inconclusa de sus predecesores. d) la imaginación que le permite trasponer las barreras del tiempo y del espacio, prever el futuro y preocuparse por él; así como resolver en su mente los problemas antes de enfrentarse a ellos y angustiarse ante los peligros y las consecuencias de su conducta. e) la capacidad de pensar críticamente, que le permite escoger y decidir, hace al hombre responsable ante sí mismo y ante los demás y lo sujeta al mundo de los valores que él mismo ha creado en el curso de su historia.

Estas capacidades únicas del hombre le han permitido transformar el medio geográfico y natural y transformarse a sí mismo; su mundo se ha convertido en algo infinitamente más complicado: mundo de ideas, de técnicas, de planeaciones sociales y de valores.

La herencia (individualidad biológica).- las funciones que llamamos mentales y la personalidad están sólidamente construidas en la estructura en la estructura y función del sistema nervioso, de las glándulas de secreción interna y en general sobre la fábrica total del organismo. Tenemos pues, que asumir que están sujetas a las leyes de la herencia y del ambiente. Al afirmar esto, es necesario que distingamos entre las capacidades y los contenidos. Por ejemplo, la capacidad para aprender, común a los seres humanos, está normalmente 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 que le transmiten sus ancestros; pero lo que es aprendido por ese individuo, depende del 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, las normas morales que adquiere, sus frustraciones y angustias específicas, entre otras.

En el terreno psicológico, la importancia del mecanismo evocativo se manifiesta constantemente en la evocación de tendencias polares, uno de cuyos polos se desarrolla de preferencia al otro, suscitado por condiciones del ambiente socio-cultural, por ejemplo, el desarrollo de la tendencia a dominar, preferentemente a su opuesto polar, o sea la tendencia a someterse a los demás.

Esta evocación de potencialidades opera durante el desarrollo, regulada por la maduración de las estructuras cerebrales, la cual sigue un orden preestablecido. El niño adquiere primero la capacidad de enfocar la vista, después la capacidad de tenerse en pie, etc. Ninguna cantidad de estímulos evocativos permite hablar a un niño o controlar sus intereses, antes de la maduración de sus centros corticales correspondientes. No hay razón para pensar que las cosas sean distintas en lo que se refiere a funciones de la personalidad. Cada función requiere estímulos adecuados y sólo se desarrolla cuando las estructuras correspondientes están listas para ello.

El hombre como producto de la cultura.- la constitución, que es la suma de potencialidades genéticas modificadas en la vida intrauterina, es la base de la individualidad biológica específica de la personalidad. En cuanto nace, el niño comienza a estar sujeto a la influencia de factores naturales y además a la de factores relativos a la sociedad y cultura en que vive. La historia demuestra que sociedad y cultura son procesos: existen en cambio continuo, sujetas a períodos de equilibrios y desequilibrio; sin embargo, para una persona en particular, constituyen partes fijas del ambiente que la rodea. Su posibilidad de modificarlas es prácticamente nula durante sus años formativos y posteriormente lo sigue siendo, a menos que se trate de individuos que alcancen una situación de influencia social excepcional. La participación del niño en su ambiente cultural y social empieza desde el momento de su nacimiento. Nace miembro de una nacionalidad, de una clase social y de una familia. Las instituciones socioculturales varían en cuanto a su complejidad, pero su función es siempre la misma: señalar al niño a qué preceptos y exigencias debe someterse, al mismo tiempo que le proporciona orientaciones y soluciones más o menos configuradas satisfactoriamente para la solución de sus problemas existenciales.

El sexo y la edad de las personas y el grupo social, racial y ocupacional a que pertenece su familia, son variables que significan influencias y requerimientos distintos. El individuo juega en el curso de su vida simultáneamente distintos papeles en su sociedad. Es a través de la educación y participación cultural, que ciertas potencialidades humanas, son evocadas y estimuladas en ciertos individuos, en tanto que otras son desalentadas e inhibidas en beneficio de la armonía del grupo. Esta doble función de los sistemas socioculturales opera mediante el siguiente mecanismo: por una parte, la sociedad premia a quienes actúan de acuerdo con sus prescripciones y deseos, y castiga a quienes se desvían.

Si bien las sociedades tienden a conformar e igualar a los individuos, las dotaciones biológicas iniciales y las constitucionales difieren. Además, las presiones culturales no son uniformes, ni las oportunidades para cada individuo son las mismas, de ello que la sociedad sólo logre parcialmente sus metas. En una sociedad siempre existen "no-conformistas", rebeldes e innovadores que son los agentes del cambio cultural y social cuando el desequilibrio de la sociedad permite la movilización eficaz de fuerzas ideológicas y socioeconómicas.

En el proceso de satisfacer sus necesidades y en el ejercicio de sus capacidades específicamente humanas, el hombre ha transformado su ambiente natural; ha creado modos de organización, sistemas de pensamiento y acción cuyo resultado son las sociedades y las culturas. Con esto queremos decir que el hombre no es sólo producto, sino también agente de los procesos socioculturales. Es él, como miembro correcto de una sociedad y como portador de una cultura, el único capaz de causalidad eficiente y poder dinámico. Fuerzas culturales, ideológicas y socioeconómicas pueden estudiarse como condiciones objetivas, pero no debe olvidarse que son efectivas en tanto que son actualizadas por los individuos en el ejercicio de las tareas que otros individuos señalan.

1.4 Relación de la Psicología Médica con la Naturaleza de los procesos mentales.

Hay procesos subyacentes a la conducta explícita que son subjetivos, es decir, que son experimentados internamente por el sujeto que los tiene, como deseos, memorias, temores, ideas, etc. Su existencia en otros puede a veces inferirse por la observación de su conducta, pueden ser conocidos, por el sujeto en que se dan, mediante la introspección y pueden ser dados a conocer a otros por la comunicación. Se les denomina procesos psicológicos o mentales. Son estados privados de una persona, por lo que no pueden ser experimentados por otro sujeto; son susceptibles de ser confirmados, pero no verificados.

Los procesos mentales ocurren en el mismo organismo que los procesos fisiológicos: de hecho, son la reflexión subjetiva de actividades fisiológicas que ocurren en los más altos niveles de integración del sistema nervioso central y que resultan del funcionamiento del organismo como totalidad. Que el cerebro es el órgano de la mente, lo atestigua el hecho de que los cambios estructurales debidos a lesiones cerebrales directas o modificaciones del cerebro derivadas de alteraciones del medio interno del organismo, producen cambios en las funciones mentales aisladas y en la mente en su totalidad. Por ejemplo, la lesión del parénquima cerebral por trauma, infecciones o deficiencias circulatorias (parálisis general progresiva, encefalitis, arterioesclerosis cerebral) produce alteraciones mentales profundas que denominamos psicosis orgánicas. Cambios en la composición química del medio interno (hipoglucemia, anoxia, intoxicación alcohólica) producen también trastornos mentales que generalmente son reversibles.

Entre el simple reflejo y las funciones psíquicas más complejas, como la memoria, la ideación y los sentimientos, existe una continuidad perfecta. El hecho de que en el estado actual de nuestros conocimientos sobre la estructura y función del cerebro no nos sea dado a conocer las localizaciones cerebrales y los mecanismos fisiológicos implicados en las operaciones más complejas del organismo humano, tales como el juicio, la imaginación, los deseos, etc., no nos autoriza a considerar estos procesos como cualitativamente diferentes, ni tampoco nos releva de la obligación de describirlos o investigarlos en los términos y con los métodos que los hacen más accesibles a ser comprendidos. En sentido estricto, no hay otras funciones que las orgánicas. Estructura y función son inseparables. La distinción entre trastornos funcionales y orgánicos depende sólo del estado actual de nuestra tecnología. De hecho, sería más correcto hablar de procesos reversibles e irreversibles. En el terreno de los procesos mentales, es inconcebible pensar que puede haber una emoción, una memoria o una idea, sin que haya cambios celulares y moleculares en el cerebro.

Procesos mentales conscientes e inconscientes.- conciencia significa "con conocimiento de algo": algo de lo que ocurre en el ambiente exterior o dentro de nosotros mismos. La conciencia puede ser visualizada como una capacidad sensorial que los organismos superiores ejercitan en relación con el mundo y en relación con su propio mundo interior. (?).

El concepto de inconsciente (los procesos mentales inconscientes considerados en conjunto) representa una inferencia imprescindible para poder explicar lógicamente y sistemáticamente gran cantidad de fenómenos que de otro modo serían inexplicables y caóticos: los síntomas neuróticos y psicóticos, la conducta impulsiva y también algunos fenómenos normales como las fantasías, los sueños, etc., no pueden entenderse en términos de motivaciones conscientes y en cambio son comprensibles cuando se precisan sus mecanismos inconscientes. Gran parte de la conducta humana es inexplicable, a menos que se postule la existencia de motivos inconscientes. Freud (1) llegó al término de inconsciente aplicando el principio lógico de que los procesos psíquicos están tan estrictamente determinados como los físicos y prescindiendo de la ilusión que las cosas son lo que parecen ser. El concepto de inconsciente es, pues, un concepto teórico pero empírico. El descubrimiento de que nuestros estados de ánimo, intereses y afectos pueden estar motivados por fuerzas que ignoramos, ha sido el impacto intelectual más importante en la historia del pensamiento occidental durante el último siglo.

El concepto del inconsciente requiere clarificación: la distinción entre consciente e inconsciente no implica una división absoluta o permanente, hay todas las graduaciones posibles. Podemos estar más o menos conscientes de algunos de nuestros impulsos y sin embargo, no tener advertencia de su importancia, su fuerza y sus implicaciones. Pues bien, en el grado de que no nos percatamos del influjo de una determinada tendencia, esa tendencia es inconsciente, aunque tengamos la vaga advertencia de que existe en nosotros.

Muchos de nuestros procesos mentales son temporalmente inconscientes, pero pueden ser atraídos a nuestra conciencia, cuando los necesitamos, mediante un esfuerzo de nuestra voluntad y nuestra atención. La mayor parte de nuestras memorias, de nuestros impulsos hacia metas que queremos alcanzar, así como de nuestras ideas previamente adquiridas, son en un momento dado inconscientes; lo son en un sentido descriptivo y no dinámico, pero son susceptibles de ser "conscienciadas" mediante la introspección.

Los procesos mentales inconscientes tienen características propias que han sido precisadas mediante el estudio de los sueños, de las asociaciones libres y de las producciones de enfermos psicóticos y de personas sanas. Los procesos inconscientes no están organizados en términos de relaciones lógicas y temporales, sus representaciones no se expresan en palabras; en el inconsciente, impulsos contradictorios pueden coexistir juntos; no se distingue entre lo real y lo irreal, no hay ni certeza ni duda, ni opera el juicio de realidad.

La razón por la cual no tenemos advertencia de muchos de nuestros procesos mentales, es la existencia de un dinamismo mental que impide su irrupción en la conciencia: la represión. Aquellos procesos mentales que no son integrables en un todo coherente y armónico en nuestra conciencia, que serían disruptivos, son reprimidos, es decir, quedan fuera del alcance de los esfuerzos introspectivos. Tanto impulsos como memorias (representaciones mentales de experiencias), pueden ser reprimidos. En los esfuerzos por hacer conscientes experiencias e impulsos mediante las técnicas psicoanalíticas, la represión se expresa por la resistencia de la persona a reconocer su existencia. En otras palabras, mucho de lo que es inconsciente en nosotros, lo es porque nos conviene ignorarlo y por ello nos resistimos a reconocer. Durante el sueño, hay una disminución transitoria de la represión, de ahí que en nuestros sueños aparezcan en nuestra conciencia tendencias, impulsos y memorias que no serían aceptados en la vigilia. En la psicosis ocurre una ruptura de las represiones y el inconsciente invade el campo de la conciencia (alucinaciones, delirios, etc.). (19).

Es necesario distinguir claramente entre la represión y supresión. Esta última es sinónimo de control consciente. En la supresión, ciertos pensamientos o impulsos son eliminados mediante un esfuerzo voluntario y la desviación de la atención. En cambio, la represión opera sin la advertencia del individuo.

Sin embargo, es conveniente señalar que el control consciente y la represión trabajan en la misma dirección, de ahí que la supresión del control consciente favorezca la aparición en la conciencia de procesos subconscientes.

Una parte considerable de lo que nos es conocido actualmente acerca del inconsciente, proviene del estudio de los sueños. Este estudio ha contribuido al descubrimiento de las leyes que gobiernan los procesos mentales inconscientes y

de las formas en que difieren de las que norman las actividades mentales conscientes. Los sueños pueden definirse como las expresiones de cualquier clase de actividad mental, durante la condición del sueño (1). Lo que caracteriza a la condición del sueño, es la relativa 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 trabajando, 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. Nuestros sueños son con frecuencia confusos, absurdos, 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 contradicción) y descuidamos las leyes del tiempo y del espacio. Pero no sólo eso, en nuestros sueños aparecemos destruyendo a quienes pensamos que amamos o aparecemos amando 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. Sólo hay una condición que ofrece impresionantes semejanzas con lo que ocurre en nuestros sueños. En la psicosis, el enfermo 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. La diferencia es que la "psicosis" de nuestros sueños es transitoria y termina cuando despertamos y entonces atribuimos acertadamente nuestras experiencias al mundo de la fantasía nuestra. Es sólo en el psicótico en caso de que se recupere, tal vez después de varios meses o años de enfermedad.

Los delirios y las alucinaciones son procesos mentales que resultarían incomprensibles de no tomarse en cuenta que, en su génesis, el inconsciente juega un papel fundamental, como los sueños, las alucinaciones y los delirios son el resultado de la interacción de procesos conscientes e inconscientes. Delirio quiere decir literalmente "fuera de surco"; el término hace alusión a creencias erróneas individualmente concebidas que el sujeto defiende vigorosamente a pesar de que se le demuestra su falsedad. Entre las ideas delirantes que más comúnmente se presentan en las perturbaciones mentales, podemos señalar: el delirio de culpa-

bilidad, el enfermo mantiene la falsa creencia de haber cometido pecados graves e imperdonables; el delirio de persecución es la creencia infundada de ser discriminado, amenazado o maltratado; en el delirio de referencia, el sujeto cree que la gente habla de él en la calle, en la radio, en la televisión; en el delirio de influencia el sujeto tiene la creencia de ser objeto de influjos extraños que ejercen un control sobre la propia mente y la conducta; el delirio megalomaniaco o de grandeza consiste en creerse mucho más importante de lo que en realidad se es; quien sufre delirio hipocondriaco se cree víctima de horribles enfermedades que afectan sus órganos y sistemas.

Los delirios varían considerablemente en cuanto a su sistematización; también se puede decir que los delirios son el resultado de la puesta en juego de dinámicos defensivos.

En cuanto a las alucinaciones, éstas pueden ser definidas como percepciones sin objeto, es decir, la persona alucinada percibe objetos o eventos sin que el espacio exterior existan los estímulos sensoriales apropiados.

Se las distingue de las ilusiones, en las que sí existe el estímulo que provoca la percepción, únicamente que al ser interpretado incorrectamente, lo que la persona percibe no corresponde a la realidad. Por ejemplo, cuando una persona que está sola oye voces que lo llaman por su nombre, esa persona sufre alucinaciones. Cuando el ruido producido por el viento al chocar sobre los cristales es percibido como una voz susurrante, se trata de una ilusión. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas, las visuales y las olfativas. Al igual que los sueños, las alucinaciones y los delirios ocurren por una deficiencia del juicio de la realidad, consistente en que el origen de los estímulos percibidos no es diferenciado. En los delirios, pensamientos reprimidos irrumpen en la conciencia y son apreciados como realidad externa. En las alucinaciones, son imágenes sensoriales las que generándose internamente son interpretadas como provenientes del exterior. Por consiguiente, el enfermo se ve confrontado por la tarea difícil de hacer que sus alucinaciones y sus delirios estén de acuerdo con los datos de la realidad actual, que también percibe.

1.5 Relación de la Psicología Médica con la Personalidad.

Términos tales como constitución, temperamento, emociones, intelecto, etc., son abstracciones que 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 de su vida como en el transcurso de su vida, es fácil comprender que un concepto que hace alusión al ser humano considerado como una totalidad - en el tiempo y en el espacio -, ocupe un lugar central en el campo de la psicología. Tal es el concepto de personalidad. Dar una definición de personalidad que pudiera ser unánimemente aceptada, no es tarea sencilla. Por una parte, la

personalidad es una entidad compleja que presenta múltiples facetas y que incluye componentes que son inconscientes. Por la otra, una definición completa resulta intelectualmente poco manejable. De ahí que distintos autores se conformen con utilizar definiciones que sin pretender abarcarlo todo, sí son suficientes para ciertos propósitos específicos. En algunas de las definiciones se enfatizan los elementos que son comunes a todos los seres humanos; en otras, los rasgos individuales. En tanto que algunos autores incluyen en sus definiciones los aspectos corporales, otros los excluyen y se refieren exclusivamente a los aspectos psíquicos.

En la personalidad hay elementos que son comunes a todos los seres humanos, es decir, que dependen de la dotación biológica de la especie y de las condiciones comunes a todas las sociedades. Por otra parte, cada ser humano es diferente a los demás, cada quien tiene un modo peculiar de ser, de sentir y de pensar; un modo propio de resolver los problemas de su existencia. Esta individualidad es función de su personalidad.

La personalidad está determinada por la herencia y el ambiente; en la concepción cada individuo recibe una dotación genética cuyas características específicas varían de un individuo a otro. Así pues, la herencia no sólo provee las potencialidades para un desarrollo característico de la raza humana, sino que también es una fuente importante de diferencias individuales. No todos los elementos de la personalidad están igualmente influidos por la herencia. Su influjo se aprecia más claramente en los rasgos físicos y en varios factores genéticos, tales como el vigor, la sensibilidad, la inteligencia y la vulnerabilidad a las enfermedades.

Las operaciones fundamentales de la personalidad son, además de distinguir entre estímulos que provienen del exterior y los que se generan en el interior, la armonización de impulsos y tendencias entre sí y con la situación ambiental, que se encuentra en cambio continuo en cuanto a estímulos, facilidades y obstáculos de tal modo que los actos del sujeto resulten coordinados y eficaces como corresponde a una totalidad unificada. Vistas en una perspectiva amplia, las operaciones de la personalidad están orientadas al logro de un diseño para vivir, que permita la satisfacción armónica y periódica de las necesidades del sujeto, así como su progresión gradual hacia metas distantes a través del desarrollo de sus potencialidades innatas. En su más alto nivel, ese diseño implica un esquema conceptual coherente del mundo y de uno mismo, en otras palabras, una filosofía de la vida.

El desarrollo de la personalidad es comprensible como un proceso en el cual fuerzas biológicas y culturales se integran y hacen posible que el organismo funcione como una totalidad.

Es conveniente pensar que la personalidad tiene partes o divisiones que llevan a cabo funciones específicas, es decir, que tiene una estructura. Este concepto facilita la idea de dinámica en el funcionamiento de la personalidad. Sin embargo, no debemos pensar que estas partes son realidades completas o entidades que actúan por sí mismas, sino que son grupos de fuerzas y de funciones. En general, actualmente se sigue el concepto de estructura de la personalidad propuesto por Freud (4), quien postuló tres segmentos psíquicos. Aunque estas divisiones estructurales son hipotéticas, ofrecen una clasificación útil del sistema de impulsos coercitivos. Muchos de los términos que usan al describir sus interrelaciones dinámicas son puramente simbólicos.

EL ELLO (id).- El ello es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos. Representa la parte innata de la personalidad. Se piensa que los impulsos coercitivos cuyas determinantes fisiológicas son la necesidad de aire, alimento, agua y otras sustancias nutritivas, la necesidad de mantener la temperatura corporal y la integridad física, y la necesidad de procrear, son funciones del ello. Se piensa también, que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y afectos del ello. Junto con estos impulsos instintivos primitivos se encuentran los estados aversivos de dolor, aflicción y rabia que hacen que el individuo se proteja, los deseos intensos de satisfacer el hambre y la sed, y de evitar la sofocación. Los principales estados afectivos del hombre sólo se desenvuelven al desarrollarse la percepción y la cognición; por lo tanto, lo más apropiado es reconocerlos como componentes del yo. Si las funciones del yo se alteran o se desarrollan mal, los derivados del ello pueden emerger a la conciencia en forma de fantasías o expresarse violentamente en forma de conducta patente.

EL YO (ego).- El yo, la parte del ser (self) que evalúa la realidad, es la parte o función de la personalidad que establece una relación con el mundo en que vivimos. El yo, por supuesto, es en realidad un grupo de funciones, pero para facilitar su conceptualización empleamos una metáfora. El yo se relaciona con el ambiente por medio de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción; por lo tanto, es la porción de la personalidad que controla al individuo de manera consciente. Contiene los aspectos de la personalidad que forman evaluaciones, juicios, avenencias, soluciones y defensas. Podemos ver al yo como a la agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la memoria, la percepción, la evaluación y la comprobación de la realidad, y la síntesis de la experiencia, y es el intermediario entre el mundo interior y el exterior. Sus funciones son relacionarse de manera racional con los requerimientos de la realidad, adaptar la conducta al ambiente y mantener la armonía entre las necesidades urgentes del ello y las exigencias y aspiraciones del superyó.

Para que la personalidad se desarrolle de manera normal, el yo debe ser capaz de modificar tanto los impulsos coercitivos del ello, como las demandas del superyó, y así lograr una conducta aceptable sin sacrificar al extremo las satisfacciones de las necesidades instintivas y emocionales ni los ideales éticos. Es así como el yo sirve de mediador y dirige la conducta hacia avenencias aceptables entre los ciegos impulsos coercitivos del ello y las inhibiciones del superyó.

El individuo con un yo bien desarrollado y madura muestra flexibilidad para manejar las diversas causas de stress de la vida, sin recurrir a las defensas inflexibles y repetitivas típicas de los síntomas neuróticos y psicóticos, o los defectos del carácter. Si no se ha desarrollado la estructura del yo o si dicha estructura está dominada por factores inconscientes, puede sufrir procesos desintegrativos y no ser capaz de tolerar la tensión de la represión continua; de esto resulta la aparición de síntomas mentales o defectos del carácter.

La finalidad de las funciones del yo es, por lo tanto, producir adaptación psicosocial; no obstante, esta adaptación también requiere que evolucione una serie de actitudes interpersonales que establecen para el individuo una cierta consistencia en sus relaciones con otros; por medio de estas actitudes la persona acostumbra percibir a otros y funcionar de acuerdo con ellos. Además, los otros individuos esperan que la persona responda socialmente de una manera determinada, y esto constituye la identidad del yo para dicha persona.

EL SUPERYO.- El tercer segmento hipotético de la estructura de la personalidad es el superyó, o sea la parte que se conceptualiza como la que observa y evalúa el funcionamiento del yo, comparándolo con un estándar ideal, un ideal que se deriva de las normas de conducta que se perciben durante años en los padres, los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece. El ideal del yo, o sea la imagen internalizada de lo que uno desea llegar a ser hacia la cual convergen los esfuerzos del yo, proporciona una dirección para las aspiraciones y las exigencias de éxito dentro de cada personalidad.

El superyó se deriva en especial de la identificación con los padres y sus sustitutos, o sea con figuras de autoridad que pueden castigar o recompensar. Las prohibiciones y las obligaciones que se advierten en estas identificaciones son internalizadas y se incorporan a la estructura psicológica inconsciente del niño. Más tarde, los mandatos y las prohibiciones de otras autoridades y de las influencias culturales son absorbidas y forman parte del superyó, el cual constituye un todo que actúa como el supervisor del yo y de las tendencias interiores inconscientes; por lo tanto, es la parte represora de la personalidad.

Si el principio de adiestramiento ha sido intensamente unitivo, si se le ha infundido vergüenza al niño y si estos datos nocivos no han sido contrarrestados por experiencias posteriores que amplíen la visión (p.e., cuando el niño simula ser otro tipo de persona en el juego con otros niños), el superyó contendrá elementos irracionales que se reflejan en la personalidad, el superyó puede

amenazar y castigar y así tratar de mantener su autoridad cuando el yo tiende a aceptar impulsos que provienen de la parte reprimida del ello. El superyó castiga creando angustia y produciendo remordimientos y sentimientos de culpa. Si el superyó es severo e inflexible, el miedo que de él resulte conducirá a una personalidad rígida, inhibida, infeliz, angustiada y a menudo neurótica. De manera alternativa, el superyó facilita satisfacciones placenteras cuando juzga que el funcionamiento del yo incluye esfuerzos para alcanzar ideales y objetivos, y los logra. Así, la satisfacción se origina en un aumento en el respeto a sí mismo, en la integridad personal, en el orgullo de haberse esforzado o haber logrado algo o en la convicción de que uno se ha comportado con rectitud.

1.6 Relación de la Psicología Médica con el temperamento, los motivos de la conducta y el carácter.

El modo habitual de reacción emocional de un individuo, dependiente de su constitución afectiva original, es su temperamento y debe distinguirse del carácter, que incluye la constitución y el temperamento modificados por la experiencia y el aprendizaje.

Las tipologías actualmente más usadas son las de E. Kretschmer, W.H. Sheldon y C.G. Jung (1).

La correlación entre tipos constitucionales y tipos temperamentales o caracteriológicos ofrece serias dificultades. Por una parte, tanto en la conformación somática como en el carácter intervienen factores ambientales y, por otra, el concepto de temperamento, que se refiere a lo que es constitucional en el carácter no deja de ser una abstracción que ni siquiera conceptualmente es fácil de deslindar.

Tipología de E. Kretschmer.- Sin embargo, Kretschmer (1) trató de resolver la primera dificultad y lo logró hasta cierto punto, basando su clasificación de tipos físicos en datos tales como la configuración del esqueleto, la distribución de los depósitos de grasa, el cabello, etc.; es decir, rasgos que probablemente están determinados por la constitución. Además, descartó las apariencias y se basó en mediciones cuidadosas. Hizo la mayor parte de sus investigaciones en enfermos mentales, aunque pronto descubrió que sus hallazgos eran aplicables a personas normales. Consideró que los biotipos patológicos no son sino grados extremos de tipos normales. Los tipos de conformación física que Kretschmer distinguió, son los siguientes:

1) Tipo pícnico, cuyas características son: estatura mediana, esqueleto sólido, cara ancha redondeada, en la que la frente, la boca y la mandíbula están situadas aproximadamente en línea recta; cuello recto en el sentido antero-posterior que forma un ángulo costal obtuso. Abdomen voluminoso, miembros cortos, manos cortas y anchas, hombros estrechos cuyo diámetro transversal no es mayor

que el de la pelvis; piel suave. En los hombres, tendencia a la calvicie temprana.

2) Tipo asténico (leptosomático): se trata de individuos altos, delgados, de cabeza estrecha y alargada; nariz prominente y afilada, frente baja, perfil angular, resultado de que la frente y la mandíbula están situadas en un plano posterior al de la nariz. Cuello largo, tórax estrecho y aplastado que forma un ángulo costal agudo; tanto los hombros como la pelvis son estrechos, en tanto que el abdomen es aplanado y los brazos y las piernas son largos y delgados. La musculatura y el tejido graso son escasos y la piel seca y pálida.

3) Tipo atlético: se caracteriza por su estatura superior al promedio la cabeza grande, con las prominencias frontales, parientales y los arcos superciliares muy marcados; frente alta, nariz tosca, pómulos salientes, mandíbula poderosa, tórax ancho y fuerte, hombros y espalda anchas que contrastan con la pelvis estrecha. El abdomen es aplanado, las extremidades son largas con desarrollo óseo y muscular predominado sobre el tejido grasoso. Las manos y los pies son grandes.

4) Tipo displásico: no se trata de un tipo particular, sino de una categoría que cubre todas las configuraciones físicas que son debidas a trastornos glandulares. Kretschmer describe como variedades más frecuentes: el tipo hipogénital, que muestra un desarrollo incompleto de los caracteres sexuales secundarios, por ejemplo, mujeres de pelvis estrecha y pechos poco desarrollados, u hombres de piel lampiña y voz de tonalidades agudas; el hermafrodito, que tiene características pertenecientes al sexo opuesto; y el acromegaloides (por hipofunción del lóbulo anterior de la hipófisis), que se caracteriza por el desarrollo exagerado de la nariz, de los labios, de los arcos superciliares y de la mandíbula inferior, así como de los dedos de las manos y de los pies. A este grupo displásico pertenece también las diversas formas de gigantismo y enanismo.

Kretschmer correlaciona estos tipos físicos con dos tipos principales de temperamento: el ciclotímico y el esquizotímico.

En su descripción del temperamento ciclotímico, el autor enfatiza como elemento principal la tendencia a la variación entre estados de depresión y elación. Las personas de este tipo de temperamento son capaces de experimentar variaciones rápidas en su estado afectivo, aunque, sin embargo, pueden ser tranquilas y graves. Otra característica es la de ser intensamente impresionables por los estímulos exteriores. En general, se trata de individuos bondadosos y cordiales, muy activos y particularmente dotados para realizar tareas de organización, pero que se ven obstaculizados en el desarrollo de sus tareas por estados de apatía y abulia. En suma, el ciclotímico es natural, simpático, comprensivo, cálido, sociable, práctico, realista y utilitario. Como se verá más adelante, corresponde al tipo extrovertido de Jung.

La característica principal del temperamento esquizotímico es la tendencia a la variación entre extremos de "anclamiento" y excitación. Se trata de personas encerradas en sí mismas, reservadas y sin embargo, sujetas a explosiones inesperadas. La mayoría de estas personas son tímidas, delicadas, sensitivas, susceptibles de ser ofendidas fácilmente, pero capaces de ocultar sus sentimientos. Aunque sus reacciones emocionales tienden a ser de poca intensidad, muchas veces no es ése el caso, sino más bien las ocultan tras una fachada de indiferencia. Su sentido de humor, cuando lo tienen, es de tipo satírico o sarcástico; no se mezclan fácilmente con las demás personas y encuentran difícil el hacer amistades. Algunas veces son arrogantes como un intento de compensar su timidez. En su trabajo, son capaces de concebir grandes ideas, pero no muy aptas para llevarlas a cabo, debido a su falta de contacto con la realidad. En suma, el esquizotímico es reservado, retraído, impenetrable, frío, distante, teórico y abstracto. Este tipo se superpone al introvertido de Jung.

Kretschmer llegó a la conclusión de que existe una correlación entre el tipo pícnico y el temperamento ciclotímico, en tanto que el temperamento esquizotímico se correlaciona con los tipos leptosomático, atlético y displástico.

La principal objeción que puede hacerse a las ideas de Kretschmer es que no establecen el deslinde entre el temperamento y el carácter y de ahí que sus descripciones psicológicas incluyan rasgos que no son temperamentales sino caracteres biológicos y que por lo tanto, no pueden atribuirse a factores constitucionales. No todo lo que Kretschmer considera típico de los esquizotímicos y de los ciclotímicos pertenece al nivel biológico, puesto que incluye aspectos que sólo pueden ser entendidos en términos de la interacción entre influencias ambientales y el núcleo constitucional de la personalidad.

A pesar de las objeciones, la tipología de Kretschmer tiene cierto valor dentro de esta clase de investigaciones y una limitada aplicación clínica (1).

Tipología de W.H. Sheldon.- Su método para correlacionar la estructura corporal y el tipo de personalidad se basa en la utilización de fotografías de varones desnudos, en las cuales lleva a cabo una serie de mediciones que le ha permitido distinguir tres tipos somáticos, cada uno de ellos correspondiente al desarrollo predominante de una de las capas embrionarias.

Tipo ectomórfico.- (alto, delgado, delicado), tipo mesomórfico (musculatura desarrollada, esqueleto sólido), tipo endomórfico (predominio del desarrollo visceral, grueso).

La tendencia a cada uno de estos tipos puede ser clasificada en los individuos mediante una escala que va del 1 al 7. El autor sugiere que los individuos que tienden hacia el tipo puro en estas tres categorías presentan características

psicológicas definidas. Las cifras altas (6-7) son, en general, raras; la mayor parte de los individuos caen dentro del área 2-5. El tipo habitual de individuo obeso y rechoncho tendría una fórmula 2-2-5; el individuo marcadamente atlético 2-5-2; y el individuo flacucho e intelectual 5-2-2.

Según Sheldon, los individuos ectomórficos tienen como características psicológicas el ser inteligentes, despegados, con tendencias obsesivas y propensos, en caso de sufrir enfermedad mental, a caer en la esquizofrenia.

El tipo mesomórfico se siente peculiarmente inclinado a las actividades físicas. Además, es impulsivo, práctico, y está propenso a la manía.

Los individuos endomórficos tienen marcada inclinación a los placeres sensuales, a la vida social y son propensos a las oscilaciones afectivas.

Aunque los estudios biotipológicos de Sheldon son más precisos que los de Kretschmer, no son menos vulnerables a las críticas que justificadamente se hacen a los estudios biotipológicos en general. Las correlaciones no son lo suficientemente altas para que el tipo corporal sirva de orientación en la clínica. Además, no puede asegurarse que el biotipo dependa exclusivamente de factores constitucionales. Muy probablemente, factores culturales, particularmente higiénicos y alimenticios, influyen en forma que no puede descartarse. Por otra parte, poco nos dicen estos estudios de la correlación entre la constitución y los factores dinámicos responsables de la conducta. En suma, "es cierto que los individuos nacen con diferencias individuales en su organismo que pueden denominarse constitucionales, pero la configuración corporal o la estructura ósea no son índices adecuados de procesos internos significativos que inicien al niño en un sendero particular de desarrollo; mayor importancia tendría el conocer las variaciones en constituyentes bioquímicos, niveles hormonales y actividades secretorias, ya que estas diferencias influyen desde un principio en la relación del niño con su ambiente personal". (1), (2).

Tipología de C.G. Jung.- Jung (1) estableció una distinción psicológica entre introversión y extroversión, considerando a ambas como integrantes de una polaridad, en cuyo punto medio se encuentra la ambiversión.

Las personalidades introvertidas tienen como actitudes típicas la tendencia al aislamiento, su reducido contacto con el ambiente, escasa aptitud para establecer relaciones interpersonales íntimas, dificultad para expresar sus emociones y un desarrollo desproporcionado de la vida interna, fantástica, en detrimento de la vida práctica. Los extravertidos en cambio, viven intensamente conectados con el mundo que los rodea, son prácticos y activos, expresan fácilmente sus emociones y con facilidad establecen vínculos afectivos con otras personas.

La introversión y la extroversión constituyen modos opuestos de relación con el mundo. En el primero domina la tendencia objetiva y en el segundo la tendencia subjetiva. El extrovertido vive hacia afuera; el introvertido vive su propia vida interior.

Todo el mundo conoce, dice Jung, "estas naturalezas reconcentradas difíciles y esquivas (introvertidas) que constituyen el más fuerte contraste imaginable, frente a esas otras naturalezas abiertas y tratables (extrovertidas), caracteres accesibles que se llevan bien con todo el mundo o que acaso disputan, pero que establecen una relación, influyen sobre los demás y dejan que los demás influyan sobre ellos..." (1).

El extrovertido se orienta según las cosas exteriores, mientras que el introvertido se reserva un punto de vista que se interpone entre él y los objetos. Pues bien, cuando predominan la orientación, según el objeto y lo objetivamente dado, de modo que las más frecuentes y principales decisiones y acciones están condicionadas, no por puntos de vista subjetivos, sino por circunstancias objetivas, hablaremos de disposición extrovertida. Si ésta es habitual, hablaremos de "tipo extrovertido". Por el contrario, quien interpone entre el objeto y su propia acción apreciaciones y consideraciones subjetivas; quien piensa, siente y actúa, no espontáneamente según las circunstancias exteriores, sino indirectamente a través de instancias y reservas subjetivas, es un "introvertido" (4).

Motivos de la conducta.- Recientemente, J. Masserman (1), (2), partiendo también de la biología, ha tratado de reducir los conceptos del psicoanálisis a términos "biodinámicos". Considera que la conducta puede reducirse a sus elementos y principios más simples.

- 1) Principio de motivación: la conducta está básicamente activada por las necesidades fisiológicas del organismo y dirigida hacia la satisfacción de estas necesidades.
- 2) Principio de experimentación experiencial y adaptación: la conducta es contingente y adaptativa a la interpretación que el organismo hace de su medio total basadas en sus capacidades y experiencias previas.
- 3) Principio de desviación y sustitución: los patrones de conducta se desvían y fragmentan bajo condiciones de emergencia (stress) y cuando la frustración es aún mayor, tienden a satisfacciones sustitutivas y simbólicas.
- 4) Principio de conflicto: cuando en un medio dado dos o más motivos entran en conflicto, en el sentido de que sus pautas de consumación acostumbradas se hacen incompatibles, la tensión quinética (angustia) aumenta y la conducta se vuelve insegura, vacilante, errática y poco adaptativa (neurótica) o excesivamente sustitutiva, simbólica y regresiva (psicótica).

Otros puntos de vista del problema de la motivación los expondremos brevemente. Tomando en cuenta la confusión actual sobre el concepto de instinto, Murray (2) introdujo en su lugar el concepto de necesidad. Distingue entre necesidades viscerogénicas, que son probablemente provocadas por condiciones internas independientemente del ambiente, y necesidades psicogénicas, que aunque operan sin depender obviamente de las anteriores, tal vez fueron alguna vez subsidiarias de ellas y son grandemente influidas por factores culturales.

Maslow (1) considera múltiples motivaciones básicas y las considera por su urgencia en: a) necesidades fisiológicas, que son prerequisites biológicos tales como hambre, sed, respiración, etc., cuya satisfacción es necesaria para la sobrevivencia a través de la conservación de la homeostasis, es decir, del mantenimiento de condiciones relativamente fijas en el medio interno (constantes corporales, tales como el agua, la sal, proteínas, azúcar, grasa, calcio, temperatura corporal, etc.); b) necesidades de seguridad, tales como la conservación de la integridad corporal, amor entre los sexos, afición, aceptación y sentimiento de pertenecer a un grupo, así como necesidades de estimación; c) necesidades creadoras, de autorrealización y expresión individuales.

Maslow (5) postula una amplia fuerza general que produce tensiones psicológicas en múltiples formas. Cualquier necesidad puede tener mayor significado en un individuo y en una situación determinada.

O. Klüver (2) considera importante decidir el grado de fundamentalidad de cada una de las distintas tendencias y con ese propósito sugiere un triple criterio: antropológico, filogenético y fisiológico. Argumenta, con razón, que hambre y sexo no tienen el mismo grado de fundamentalidad. En tanto que el impulso sexual puede ser, aunque con cierta incomodidad, propuesto sin daño permanente, no es posible "sublimar" el hambre.

A saber, han sido establecidos cuatro grupos de necesidades:

1) Necesidades tales como el hambre, sed, descanso, sueño, eliminación de productos corporales de desecho y actividad, entre otras, mismas que son universales en los seres humanos y están presentes en otras especies animales; tienen una base fisiológica indudable.

2) El sexo, conducta postmaternal y autopreservación, son necesidades que también tienen base fisiológica definida, están presentes en otras especies animales y en todas las sociedades humanas; pero en las cuales existen excepciones individuales del tipo de la homosexualidad y el suicidio.

3) La agresión, fuga y autoafirmación, a su vez poseen base fisiológica indirecta, su manifestación es muy frecuente, pero puede faltar tanto en algunas sociedades como en los individuos.

4) Sociabilidad, conducta paternal, conducta prematernal, adquisición y autotomía. No tienen base fisiológica, aunque ocurren con alguna frecuencia, ya sea a causa de factores sociales presentes en todas las comunidades o como medio de satisfacer intereses prácticos. El carácter.- el término carácter procede del griego *charazó-charakter*, que significa esculpir, grabar: algo que permanece y que perdura; que es modo habitual y ordinario. El término es un legado de la psicología clásica, y está arraigada en la mentalidad popular con implicaciones cuantitativas como algo que la gente tiene en mayor o menor grado o deja de tener.

El concepto de carácter que hace alusión a la parte connotativa de la personalidad y tiene por lo tanto implicaciones morales, ha sido incorporado a la psicología moderna con criterio dinámico, entendiéndose sus componentes, los rasgos del carácter, como fuerzas vectoriales que impulsan en direcciones definidas la conducta del individuo. Se habla de tendencias caracteriológicas, que son definidas como procesos repetitivos, relativamente fijos y de particular intensidad motivadora: el precipitado de las transacciones ocurridas entre las potencialidades innatas y las influencias ambientales (1).

El carácter es la fisonomía original de la individualidad psíquica, la que constituye una especie de sistema lo bastante "invariable" como para identificar el hábito, el estilo de reactividad de cada uno de nosotros (4).

La raza humana puede ser agrupada en tipos histéricos, obsesivos, depresivos, alcohólicos, hipocondríacos, paranoides, esquizoides y psicopáticos, queriendo decir que en sus relaciones individuales y sociales hacen uso de mecanismos inconscientes que de ser más exagerados darían lugar a síntomas neuróticos, psicóticos y psicopáticos. Uno tropieza de vez en cuando con la mujer histeroide cuya vida es una serie interminable de crisis emocionales autoinducidas; el pedante rígido y obsesivo, el hombre femenino, la mujer masculina, el individuo sobrecargado de culpa, sediento de amor pero siempre actuando de forma tal que provoca el rechazo de los demás, o el que va pidiendo a todo mundo disculpas por existir; el individuo indiscriminadamente amistoso, el egoísta, muy cercano a una disposición antisocial patológica, el alcohólico secreto que nunca está borracho, el valetudinario preocupado por la meta física de su función intestinal, el criminal impelido por su culpabilidad inconsciente, el joven con fijación maternal, la joven con fijación paternal. Todos son tipos reales perfectamente humanos, definidos y de presencia cotidiana.

Las principales aportaciones de Freud y de sus discípulos a la teoría del carácter son: a) haber enfatizado el criterio relativo a la naturaleza compulsiva de los rasgos del carácter; b) haber señalado el hecho de que las tendencias caracteriológicas pueden operar fuera del campo de advertencia del individuo; c) haber considerado fundamental la organización total del carácter y su orientación para la comprensión de los rasgos aislados, a los que se agrupa en torno de la

tendencia principal; d) haber atribuido a la infancia y particularmente a la relación del niño con sus padres durante los primeros años de la vida, la mayor importancia en su formación (1).

La caracterología que tiene como base la teoría freudiana del desarrollo psico-sexual fue principalmente desarrollada por uno de los primeros colaboradores de Freud: Karl Abraham. El 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.

a) El carácter oral.- en el lactante, los impulsos a succionar son predominantes. Además de ser necesarios para la ingestión de alimentos, la excitación de la boca y de los labios es en sí mismo placentera. Así pues, la principal fuente de placer para el niño durante este estadio denominado oral, es placer en tomar, en recibir. Posteriormente al iniciarse la dentición, el placer en morder puede subordinar y reemplazar al placer de succionar. Conforme su desarrollo progresa normalmente, el niño renuncia a estas formas de placer o más bien dicho, las subordina a otras nuevas. La hipótesis de Abraham, (1) postula que cuando para un niño, debido a factores constitucionales y maternos, la succión fue demasiado placentera, retiene para el resto de su vida; que siempre habrá de encontrar personas (sustitutos maternos) que lo cuidarán y satisfacerán sus necesidades. Estos individuos, demasiado optimistas y confiados, tienden a la pasividad y a la receptividad. Cuando por el contrario, durante este período el niño ha visto frustrada 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.

Abraham (1) considera a la generosidad, la sociabilidad, la curiosidad y la ambición, como rasgos prominentes en el carácter oral, haciendo notar además que es ésta, como en otras formas de organización caracteriológica, los rasgos se encuentran organizados en una unidad coherente.

b) El carácter anal.- Abraham (1) 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 la 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 "fijados" en el período anal-sadista son, en general, hostiles, cruels, maliciosos, celosos, inaccesibles, reticentes y conservadores.

c) El carácter genital.- como es bien sabido, el estadio genital se caracteriza por el complejo de Edipo, de cuya resolución satisfactoria depende el que los impulsos libidinosos del niño permanezcan fijados en los padres o bien pueden ser transferidos a otras personas, en la forma de amor y cordialidad. 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 super-ego, en la formación del carácter (1).

La caracterología de E. Fromm.- Fromm define el carácter como "la forma relativamente fija en que la energía psíquica es canalizada en el proceso de la vida" (2). A diferencia de Freud, que enfatiza la importancia de factores biológicos, Fromm enfatiza la importancia de los factores sociales y la totalidad de la situación padres-niño (1).

Fromm explica la formación del carácter a partir de lo que considera la necesidad más primordial de cualquier ser humano; su necesidad de vinculaciones con el mundo, con las personas y consigo mismo. En la vida, el hombre se vincula al mundo: a) adquiriendo y asimilando cosas y b) 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 -observa- recibiéndolas o tomándolas de una fuente exterior o produciéndolas a través de su propio esfuerzo" (1).

Fromm distingue en el proceso de socialización cinco orientaciones: masoquismo, sadismo, destruictividad, 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 es tán respectivamente relacionadas.

a) El carácter receptivo.- en la orientación receptiva, la persona espera que todo lo que necesita o desea, ya sea objetivos materiales, conocimientos, amor o placer, debe venir de una fuente exterior y de quienes espera recibirlo todo. Está siempre en busca de alguien que lo proteja. Las personas de carácter receptivo son frecuentemente cordiales y optimistas, pero se angustian fácilmente cuando sienten amenazadas sus fuentes de abastecimiento.

b) El carácter explotador.- tiene de 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 el 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 despojando que cuando producen por su propio esfuerzo. 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.

c) El carácter atesorador.- esta orientación caracteriológica se individualiza por la tendencia a la acumulación y al 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 sus sentimientos. El atesorador es ordenado, pedante, puntual y no tolera que las cosas estén fuera de su sitio. Experimenta al mundo exterior como una amenaza, de ahí la necesidad de conservar distancia entre él y la gente; su seguridad se basa en la mezcla de desapego y de posesividad.

d) 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, de un 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.

Fromm (1), (2), distingue las siguientes orientaciones caracteriológicas resultantes de la vinculación del individuo con las demás personas y consigo mismo en el proceso de socialización.

1) Masoquismo.- las tendencias masoquistas se manifiestan por impulsos a sentir se insignificante e inferior a los demás. 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.

2) Sadismo.- Fromm (1) 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 explotarlos, robarlos y extraer de ellos todo lo que es posible, tanto en la esfera de sus posesiones materiales como 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 sentirse a los demás pequeños o miserables.

Aunque en la superficie contrasta con la tendencia masoquista, ambas tienen ciertos elementos en común y generalmente existen juntas aunque predominando una u otra. El elemento común al sadismo y al masoquismo es la incapacidad para relacionarse autónomamente con las demás personas.

3) Conformación de autómatas.- esta orientación del carácter 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 pseudo-yo, que es la suma de expectativas de los demás.

4) Destructividad.- aunque la destructividad 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.

5) Productividad.- El hombre, además de ser racional y social, es también "productor". Tiene que producir para vivir, es decir, transformar los materiales que encuentra. 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. Dicho de otras palabras, cada individuo nace con ciertas capacidades, tales como la capacidad de amar, la capacidad de pensar independientemente y la de usar su razón. El grado en que estas capacidades son usadas por el individuo depende de factores generales operantes en la sociedad y cultura en que vive y de las circunstancias favorables o desfavorables para su desarrollo y que operan durante su infancia.

1.8 Relación de la Psicología Médica en lo referente a la angustia.

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un efecto de incertidumbre e impotencia ante la amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endócrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

Proporcionalmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno del organismo y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. De ahí

que lo que el sujeto experimenta en los casos severos, es "la disolución de sí mismo" (1).

Podemos decir que el desarrollo individual, en tanto que entraña la necesidad de separarse de las fuentes de seguridad, acometer situaciones nuevas y cada vez más complejas, internarse en lo desconocido y escoger entre distintas posibilidades, también implica angustia. La angustia es una experiencia universal e ineludible.

Aunque en casos concretos no siempre es fácil hacer el deslinde, es conveniente distinguir entre la angustia y el miedo. Ambos son reacciones globales de la personalidad ante amenazas. En el miedo, la amenaza es objetiva, es decir, externa. El individuo que experimenta miedo tiene conocimientos de la fuente del peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, defenderse. En la angustia, la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella. Al desconocer la fuente del peligro, no se está en posibilidades de defenderse. De ahí la impotencia y el sentimiento de verse amenazado por todos lados y por ninguno. La capacidad de angustiarse es innata. Los individuos difieren constitucionalmente en su susceptibilidad de experimentar y en su capacidad de tolerar angustia. Cada persona tiene umbrales específicos más allá de los cuales ciertas situaciones amenazantes son experimentadas por él como catastróficas y ante ellas reacciona con angustia. Una situación que para una persona es apenas suficiente para elevar el "nivel de alertamiento", en otra produce una reacción tan intensa como si un peligro mortal la amenazara.

Si bien la angustia es una experiencia universal, hay diferencias importantes entre la angustia del neurótico. Según R. May (2), (1), esas diferencias estriban: a) en los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad; b) en la relación entre la intensidad de la reacción y el peligro; c) en la persistencia o terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido; d) en la posibilidad de confrontar el peligro constructivamente a un nivel consciente.

El neurótico no puede confrontar los peligros a un nivel consciente porque sus represiones le impiden tener advertencia de sus conflictos. Con frecuencia intenta escapar a su angustia cambiando de lugar, ocupación, esposa, etc., sin darse cuenta que no es posible escapar de aquello que está en uno mismo. Algunos se ven en la necesidad de utilizar mecanismos defensivos que les permiten protegerse, adhiriendo su angustia a objetos o situaciones distintas de la causa original pero simbólicamente relacionadas con ella. La fobia, por ejemplo, permite al individuo funcionar relativamente libre de angustia en todas aquellas situaciones que no están relacionadas con ella, en tanto que las que sí están cuidadosamente evitadas. Las obsesiones y los rituales compulsivos llenan una función semejante. El individuo se siente relativamente libre de su angustia en tanto que acepta su obsesión o se conforma con llevar a cabo repetidamente el acto ritualista. Si el individuo trata de eliminar su fobia o de suprimir sus

obsesiones o compulsiones, la angustia reaparece.

Otra forma característica como el neurótico se enfrenta a los peligros, es "con virtiendo" la angustia inherente a sus situaciones conflictivas en síntomas que se expresan en el sistema nervioso somático (parálisis, cegueras, etc.), previa eliminación del conflicto del campo de la conciencia. En tanto que el síntoma persiste, el enfermo se ve sorprendentemente tranquilo e indiferente a pesar de su incapacidad.

Muchas de las actividades del neurótico no tienen otro objeto que atenuar su angustia. De ahí su compulsividad en el trabajo, las diversiones, las actividades sociales, el uso del alcohol, o bien su inactividad y abuso de la fantasía, en la que le es fácil obtener satisfacciones sin tener que enfrentarse a una realidad que para él siempre aparece como peligrosa.

Soledad, vergüenza, culpabilidad: fuentes de angustia.- soledad, vergüenza y culpabilidad son sentimientos que, tempranamente experimentados por el niño en relación con situaciones específicas amenazantes para su integridad, se instilan y persisten en él en diferentes proporciones.

La soledad es el afecto resultante de la insatisfacción de la necesidad básica en los seres humanos de experimentarse vinculados a otras personas. El miedo a quedarse sólo es a través de la vida un importante agente regulador de la conducta; con tal de no estar solos los hombres son capaces de cualquier cosa, por que la soledad completa es incompatible con la salud mental.

El miedo a la soledad es ontofenéticamente anterior al miedo a la vergüenza, para experimentar la cual se requiere tener advertencia de lo que se espera de nosotros, y también es anterior a la culpabilidad, para sentir la cual es condición necesaria cierto desarrollo de la conciencia moral.

El afecto que llamamos vergüenza tiene caracteres fenomenológicos propios y se origina y suscita en experiencias específicas. La vergüenza posee una pauta fisiológica propia: el sonrojo. Cuando es intensa genera el impulso a taparse la cara, a hacerse pequeño. La persona avergonzada desearía "ser tragada por la tierra".

El miedo a experimentar vergüenza adquiere en ciertos individuos una intensidad particular. Muchas personas están más dispuestas a violar una norma moral que a hacer o dejar de hacer algo requerido convencionalmente y que podría hacerlos quedar en ridículo, sentirse avergonzados. Se experimenta vergüenza cuando el sujeto advierte que ha sido descubierto por otro su incapacidad para el logro de una meta vehementemente deseada; cuando teme que los demás descubran que no está a la altura de las circunstancias, es decir, que su conducta no es la prescrita en los usos y costumbres del grupo. Así pues, se experimenta vergüenza

cuando nos "ponemos en evidencia" ante alguien capaz de juzgarnos pequeños e ina
decuados.

Cuando el miedo a experimentar vergüenza es reprimido, hemos dicho que se conviert
e en angustia; es decir, el sujeto puede experimentar los efectos desorganizan
tes del afecto sin que éste tenga un contenido propio, en aquellas ocasiones en
que se haya en la más leve posibilidad de quedar en ridículo o cuando se genera
en él impulsos y tendencias incompatibles con su código de dignidad y amor prop
io.

La timidez es la constelación caracterológica propia y típica de los sujetos par
ra quienes la amenaza de sentirse ridículos adquiere dimensiones tales que no es
exagerado decir que consagran su vida a evitar la vergüenza.

La culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o prec
eptos morales que han sido aceptados como válidos.

Una vez que las normas, preceptos y metas de los padres han sido internalizad
os, la presencia de las autoridades, aunque continúa reforzando y nutriendo las
normas internas, deja de ser necesaria. Las normas operan desde adentro, aumen
tada considerablemente su eficacia, ya que si antes era posible ocultarse de las
autoridades para llevar a cabo actos prohibidos, no es posible ocultarse de uno
mismo.

Es conveniente distinguir entre dos formas de reacción ante la culpabilidad: el
arrepentimiento y el remordimiento. Ambos constituyen en el sujeto, reacciones
a la advertencia de sentirse culpable de la transgresión de alguna norma accepta
da. En el primer caso, este entendimiento va acompañado del propósito de modific
ar la conducta en ocasiones subsecuentes, lo que permite al sujeto hacer uso
constructivo de la experiencia. En el segundo caso, se trata de una condición
negativa en la que falta el propósito de restitución. De ahí que la culpabilid
ad persista sin alivio y el sujeto se hunda más y más en su propia autodeprec
iación.

Distinguir entre los sentimientos de culpabilidad racionales, es una tarea import
ante en la terapéutica psicológica. En principio no se trata de persuadir al
enfermo de que no es culpable, sino de ayudarlo a entender su verdadera culpabil
idad y estimularlo a que se enfrente a ella con arrepentimiento.

Mecanismos de defensa.- son aquellos procesos de la personalidad, cuyo propós
ito es mantener, a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integ
ración mental, de relativa congruencia interior que permita al individuo func
ionar unitaria y efectivamente ante los problemas que le plantea la situación
externa. Estas defensas representan cambios internos, adaptativos, que no dif
fieren sustancialmente de los recursos que los individuos usan deliberadamente

para preservar su prestigio y obtener ventajas en el trato con las demás personas. Culpar a otros de lo que se es responsable, ofrecer a los demás explicaciones falsas de la propia conducta, ocultar el miedo tras actitudes de desafío, prescindir de metas muy deseables pero peligrosas, etc., son recursos frecuentemente usados por la mayor parte de los individuos. Estos procesos que describiremos someramente a continuación, ocurren a niveles en mayor o menor grado inconscientes y, por lo tanto, no son susceptibles de ser advertidos por el individuo espontáneamente o por la introspección.

a) Represión.- puede ser definida como la exclusión, del campo de la conciencia, de impulsos, tendencias y contenidos psicológicos que, siendo incompatibles con otras tendencias o inaceptables para la moralidad de la persona, serían generadores de angustia, culpabilidad o vergüenza. Lo reprimido puede haber sido consciente alguna vez o puede no haberlo sido nunca, pero en tanto pertenece al inconsciente, no es influenciado por ocurrencias externas y no es susceptible de ser modificado por la experiencia.

La represión tiene limitaciones que varían en los individuos, en parte debido a factores constitucionales. En ciertos individuos, configuraciones enteras pueden ser obliteradas, como en los casos de las llamadas "múltiples personalidades", en tanto que otros, constituidos por elementos que son más compatibles entre sí, dominan la vida mental consciente del sujeto.

b) Racionalización.- en la mayor parte de los individuos es poderosa la necesidad de creer que sus decisiones y su conducta son el resultado de deliberaciones reflexivas y de la aplicación de la razón y la moralidad. Nuestra conducta tiene determinantes múltiples; en cada acto individual varios motivos están presentes. En la racionalización, el individuo impensadamente escoge, entre los varios motivos coexistentes, aquellos que le son más aceptables, más defendibles y más razonables. Al hacerlo, refuerza la represión de los más inaceptables, que no pocas veces son los más importantes. El racionalizador suele defenderse con gran vehemencia cuando los motivos de su conducta son puestos en duda por los demás. Algunos ejemplos pueden ilustrar la racionalización: una esposa masoquista piensa que se somete a las arbitrariedades de su esposo, únicamente por amor o impulsada por un noble espíritu de sacrificio, cuando en realidad lo hace por un miedo intolerable a la soledad y a la independencia.

c) Sobrecompensación.- la represión de tendencias poderosas puede ser mantenida mediante el desarrollo de otras tendencias diametralmente opuestas. Una tendencia que es sobrecompensadora de otra suele ser exagerada y esto permite sospechar su carácter espurio.

Por otra parte, las tendencias sobrecompensadoras suelen no ser suficientemente efectivas, de tal manera que la conducta del sujeto en el área correspondiente traduce la intensidad motivadora de la tendencia primaria no suficientemente com pensada.

d) Conversión.- se trata de un dinamismo que se pone en juego en situaciones agudas de conflicto. Las cargas emocionales correspondientes a una o a ambas tendencias conflictivas (el afecto, los contenidos conceptuales o ambos), son reprimidas. Entonces entra en juego el dinamismo conversivo. La carga emocional reprimida, cuyo paso a la conciencia no es permitido, se desvía y a través del sistema nervioso de la vida de relación expresa por síntomas tales como la ceguera, parálisis, temblores, anestias, etc., síntomas cuya relación simbólica con el conflicto motivante es con frecuencia susceptible de ser evidenciada. El tener dolores de cabeza, por ejemplo, es una disculpa universalmente usada y generalmente aceptada para no asistir a una reunión, que anticipadamente sabemos habrá de resultarnos desagradable.

e) Proyección.- la tendencia a defendernos, atribuyendo a otros nuestras intenciones malévolas o nuestras culpas, es un procedimiento bastante generalizado. Por ejemplo, el marido culpable que acusa a su mujer de infidelidad, atribuye a ella lo que trata de ocultar en sí mismo. El conductor, cuyo exceso de velocidad produce un accidente, culpa al otro de ir muy aprisa, etc. Este recurso es usado en los casos anteriores con plena advertencia del sujeto, pero cuando ocurre sin que él se percate de ello, hablamos de otro de los dinanismos mentales: la proyección.

Quando la presión ejercida por una tendencia es de tal intensidad que no puede mantenerse reprimida por más tiempo, se recurre a su negación en nosotros mismos y a su atribución a otras personas. La proyección es el dinamismo esencial en las ideas delirantes de la persecución, frecuentes en la psicosis. En estos casos la hostilidad existente en el individuo es ignorada y atribuida a personas o situaciones externas. El individuo que odia, piensa que lo odian.

f) Regresión.- cuando una persona se encuentra en circunstancias que implican privación, frustración o conflicto, es susceptible de adoptar actitudes y formas de conducta asociadas con experiencias de mayor satisfacción y menos responsabilidad. La tendencia a la regresión es una tendencia muy activa en los seres humanos, de ahí que no es muy extraño que muchos adultos añoren la época en que las responsabilidades correspondían a otro y a ellos les tocaba recibir pasivamente atenciones y afecto, que los hacían sentirse seguros y felices. Como ejemplo de este dinamismo, a un nivel superficial, podemos señalar el caso frecuente de individuos que cuando sufren una enfermedad adoptan actitudes caprichosas y demandas de las personas que los rodean atención y consentimientos exagerados.

g) Desplazamiento o sustitución.- mediante este dinamismo, cargas emocionales son desplazadas de un objeto a otro aparentemente no relacionado con el anterior. Implica el cambio de dirección de un impulso o tendencia hacia objetivos menos peligrosos o simplemente más asequibles, por ejemplo: es bien conocida la tierna dedicación con que algunas solteras atienden o miman a sus gatos. En estos casos puede decirse que los impulsos maternos frustrados por falta de hijos se

desvían hacia los animales caseros. Otro caso común es el del empleado, cuya hostilidad no puede descargarse en el jefe que lo trata despóticamente y se comporta a su vez despóticamente con su mujer o con el más indefenso de sus subordinados. En psicopatología, este mecanismo se pone de manifiesto en la formación de fobias, en que la angustia inherente a un conflicto reprimido es desplazada hacia un objeto (insectos, ascensores, etc.), que la persona puede evitar.

h) Sublimación.- puede ser definida como la modificación de una tendencia inaceptable hacia formas de expresión que siendo apropiadas para aliviar la tensión original, al mismo tiempo no sólo son inobjetables, sino socialmente valiosas. Por ejemplo; la poesía o la literatura pueden proporcionar satisfacciones que sustituyen a las de impulsos eróticos.

i) Identificación o introyección.- el deseo de ser como otros, identificación, y el de retener las cualidades de otros, introyección, son en gran parte responsables de que el niño incorpore y asimile las actitudes e intereses de sus padres y de su grupo social. Por ello, estos dinamismos son particularmente importantes en la formación del carácter. La identificación puede ocurrir en un nivel consciente, como cuando la adolescente deliberadamente copia la vestimenta y las actitudes sofisticadas de la actriz de moda, pero también puede ocurrir a un nivel inconsciente; identificándose con sus padres, el niño no sólo encuentra normas de conducta ya hechas que le faciliten su aprendizaje en el arte de vivir, sino que se siente también más seguro de sí mismo, atribuyéndose la fuerza y capacidades que admira de sus progenitores. La introyección de la persona perdida por muerte o desertión, permite en cierto modo conservarla. Esta incorporación del objeto amado juega un papel importante en el mecanismo de las depresiones.

j) Enquistamiento o aislamiento.- este dinamismo es casi exclusivo de las neurosis compulsivas. Tendencias objetables son aisladas del resto del contenido mental y en esta forma el individuo puede experimentarlas conscientemente sin angustia o culpabilidad. El individuo que sufre de obsesiones de carácter erótico, destructivo o irreligioso, las experimenta como verdaderos parásitos de su mente y por lo tanto no se siente responsable de ellas.

k) Negación de la realidad (fantasía).- todas las personas son susceptibles de renunciar a sus conocimientos objetivos y de construir imágenes del mundo de acuerdo con sus deseos. Los niños, los psicóticos y los hombres primitivos tienen en común el vivir simultáneamente en un mundo real e irreal.

El soñar despierto permite al individuo aliviar sus tensiones, satisfacer sus necesidades, prescindiendo de la acción y del esfuerzo que son necesarios para lograrlo en la vida real. Como otros de los dinamismos que hemos descrito, éste es protector hasta cierto punto, algunas fantasías ayudan a la resolución de conflictos y atenuan el dolor de la frustración, pero otras, particularmente en

el niño, son generadoras de nuevos conflictos y angustia. De cualquier modo, la fantasía nunca puede aliviar completamente la tensión de necesidades insatisfechas y en el mejor de los casos, sólo logra atenuarlas o ayuda al individuo a posponer su satisfacción.

1.9 Relación de la Psicología Médica con la infancia y la adolescencia.

Uno de los mayores aciertos de Freud fue haber señalado la importancia de las relaciones del niño y sus padres para el desarrollo de la personalidad. Freud (1), enfatizó el hecho de que la infancia se perpetúa en los seres humanos engranada en la organización del carácter y condiciona el modo particular como cada persona se enfrenta a los múltiples problemas de su existencia. Actualmente, no hay en el campo de la psicología una sola escuela e investigador individual que esté en desacuerdo con estos conceptos, de ahí que el estudio de la situación infantil sea uno de los capítulos principales de la psicología médica.

Este énfasis en la infancia no implica la idea de que el carácter tal como queda organizado en los primeros años, sea inmodificable; precisamente, la psicoterapia profunda se basa en la posibilidad de desarrollo y modificación del carácter en épocas posteriores de la vida; de todos modos, la infancia es crucial y esto puede apreciarse claramente si se analizan las condiciones biológicas y sociales que caracterizan la situación de los seres humanos en sus primeros años y si se correlacionan con los aspectos esenciales de su desarrollo en el ambiente familiar.

Desde el momento de su nacimiento y durante un tiempo cuya duración es insólita en la escala animal, el niño necesita, para subsistir, del cuidado de sus padres. Una vez cortado el cordón umbilical, el niño permanece unido a su madre y para la satisfacción de sus necesidades biológicas y afectivas depende totalmente de ella; de hecho durante varios meses, el niño ni siquiera se experimenta a sí mismo como diferente de su madre.

La infancia es la época de mayor plasticidad en el desarrollo psicológico y por ello también la de mayor vulnerabilidad. La plasticidad del niño es una virtud ambigua; por una parte le permite beneficiarse ampliamente de las oportunidades de enriquecimiento cultural que le ofrece el ambiente humano que le rodea, por la otra, le permite adaptarse aún en las situaciones más desfavorables. En el grado en el que el niño carece de poderes autónomos y de capacidades críticas, es impotente para modificar las situaciones desfavorables que lo rodean y está a merced de sus padres, hermanos, etc, o de quienes los sustituyen.

Otra condición objetiva que debe tenerse en cuenta para apreciar el significado de la infancia, es el hecho de que todos los niños son diferentes, puesto a menos de que se trate de gemelos idénticos, son portadores de potencialidades gené

ticas distintas. Unos niños difieren de otros en sus temperamentos, en el ritmo y límite de su desarrollo y en sus capacidades específicas. Además, para un mismo niño las necesidades varían en las etapas distintas de su desarrollo.

Generalmente el niño aprende a vivir en el seno de una familia; en ella, además de encontrar la satisfacción de sus necesidades de abrigo y alimentación, encuentra respuestas, valores y metas. Su aprendizaje no sólo depende de su experiencia personal de ensayos y de errores, sino también de la identificación con sus padres. Las familias reflejan la situación social y cultural. Aquellos valores, actitudes y prohibiciones que los padres han incorporado en sí mismos, tales como la ambición desmesurada de prestigio, el temor de diferir de los demás, etc., actúan desde un principio en el niño como influjos modeladores de su carácter. Es principalmente a través del carácter que condiciona modos de sentimiento, pensamiento y acción y que en parte está condicionado por la situación cultural y social, como los padres influyen en los hijos. Este es el factor más significativo pero no el único; las relaciones del padre con la madre, las relaciones de ambos con los demás hijos y la de los hermanos entre sí, la influencia de parientes allegados, etc., forman una constelación compleja que determina la situación total que rodea al niño y de la cual el niño forma parte.

Si bien el niño depende totalmente de su madre en los primeros meses de su vida, el crecimiento y la maduración de sus estructuras orgánicas lo impulsan hacia la ruptura de esa dependencia. Conforme el niño adquiere conciencia de sí mismo como entidad separada, los vínculos primarios que lo unen con su madre son rotos y se hace necesario que obtenga seguridad por otros medios. Tiene que vincularse con las personas que lo rodean y consigo mismo a niveles de mayor madurez, amoldando a cada paso sus relaciones con la comunidad y preservando su individualidad y su autonomía.

En el desarrollo del carácter, la armonía, o por el contrario la falta de correspondencia entre ambos procesos, el de individuación que implica soledad intolerable y el de vinculación con el mundo en formas progresivamente más maduras, de los cuales el primero es automático y el segundo no lo es, constituyen el factor decisivo y dependen tanto de la dotación biológica del niño como de la situación total que lo rodea. Si la dependencia en la madre persiste más allá de ciertos límites, dependencia y pasividad constituyen las formas predominantes que orientan el desarrollo caracteriológico del niño. Por otra parte, si los "vínculos primarios" son rotos prematuramente, antes de que el niño haya desarrollado un grado considerable de autodependencia, puede fracasar en sus intentos de ganar seguridad, y la soledad y la angustia lo obligan a replegarse y buscar formas neuróticas de vinculación con las demás personas.

Lo que el niño necesita para su desarrollo puede considerarse en tres categorías fundamentales: a) necesidades fisiológicas tales como la de ser alimentado, ser protegido de las inclemencias del tiempo, etc. (de las cuales no nos ocuparemos), b) necesidades afectivas, c) necesidades educativas. (1).

a) Las necesidades afectivas del niño.- la necesidad del niño de ser amado. Cuando el niño se siente querido, es difícil que aún en circunstancias muy desfavorables lo dañen permanentemente. El niño necesita sentirse protegido por sus padres y tener confianza en ellos y en la estabilidad de su hogar para experimentarse capaz de enfrentar a cada paso situaciones desconocidas. Interés en lo que hace, en sus pequeños logros, en sus indecisiones y en sus fracasos. Conocimiento de sus limitaciones y de sus capacidades específicas; de sus talentos y de sus vulnerabilidades. Aceptación y respeto de su individualidad, sus intereses y sus deseos.

b) Las necesidades educativas del niño.- dado que el niño necesita aprender a vivir, tiene que ser guiado por sus padres en su aprendizaje. Esta necesidad se satisface mediante el ejercicio de alguna forma de autoridad por parte de ellos.

Es conveniente distinguir entre dos formas primordiales de autoridad sustancialmente diferentes: la autoridad racional y la autoridad irracional.

La autoridad racional de los padres se funda en la necesidad que tienen los seres humanos durante su inmadurez de ser orientados y dirigidos en su aprendizaje; es válida únicamente en tanto que el niño necesita de ella, representa una situación provisional que tiende a decrecer conforme el niño adquiere experiencia y capacidad críticas y discriminativas. El propósito de la autoridad racional es favorecer el despliegue de las potencialidades del niño y el fortalecimiento de su voluntad.

La autoridad irracional, por el contrario, tiene un carácter de permanencia; su propósito es mantener al niño supeditado a los intereses de sus padres y para ello es necesario impedir el desarrollo de su voluntad y hacerle sentir al máximo su debilidad y su impotencia. Se trata de una forma de autoridad que no sólo no favorece el desarrollo, sino que interfiere con él y lo limita.

El niño necesita autoridades y a ellas compete educarlo, pero educar proviene de "educere", que significa extraer, es decir, estimular la exteriorización y desarrollo de lo que potencialmente existe. Educar es dirigir, y no simplemente suprimir o amontonar sobre la cabeza del niño normas, prohibiciones, conocimientos, etc. Las únicas personas capacitadas para educar al niño son aquellas que además de amarlo, son capaces de ejercer sobre él formas racionales de autoridad, es decir, capaces de ayudarlo a desarrollar sus potencialidades innatas para la libertad y la productividad, hacerlo responsable, facilitarle la incorporación de valores éticos adecuados a la naturaleza humana y ayudarle a la expansión progresiva de sus vínculos con la comunidad.

Influjos patógenicos.- los niños pueden estar sujetos desde su nacimiento a influjos que obstaculizan su desarrollo y deforman su carácter. Dejando a un lado

la consideración de aquellas circunstancias que resultan a primera vista y que cualquiera podría calificar de influjos patogénicos, tales como el abandono total, el alcoholismo grave de los padres, la falta de afecto y de respeto entre ellos, las incompatibilidades y diferencias éticas y culturales, etc., analizaremos brevemente algunas actitudes generalmente expresivas de tendencias caracteriológicas, que cuando se manifiestan a través de la función maternal pueden ser identificadas como particularmente nocivas para el niño. Al describirlas, las referimos a la madre, porque su relación es aún más íntima y significativa que la del padre, pero debe entenderse que todas ellas pueden referirse también a este último.

a) Rechazo.- la no aceptación, el rechazo del niño por su madre, constituye una grave eventualidad menos frecuentemente manifiesta en formas francas y abiertas que en formas más o menos encubiertas por una capa de apariencias y racionalizaciones. Es necesario distinguir entre una forma pasiva y otra activa. En el rechazo pasivo, la vinculación afectiva entre la madre y el hijo es sumamente débil o no existe, por ser pobre la afectividad de la madre; esto puede deberse a factores predominantes constitucionales. En otras ocasiones, se trata de mujeres superficiales y vanidosas cuyos afectos son insustanciales y falsos; dedican muy poco de su tiempo al niño y generalmente racionalizan su desapego escudándose en otras ocupaciones que de cualquier modo no tendrían si verdaderamente quisieran a sus hijos. En el rechazo activo, algunos niños son activamente repudiados y vistos como cargas indeseables, a veces aún antes de su nacimiento. El niño repudiado no sólo es descuidado, sino constantemente antagonizado por su madre cuya destructividad hacia él se expresa, frustrándolo. El rechazo activo del niño puede ser estimulado por factores tales como la identificación del niño con el marido detestado, envidia de su dependencia, celos porque el niño absorbe el interés del padre, etc. Para el niño, las consecuencias de los rechazos por la madre son en general graves y varían entre un retraso en el desarrollo psicológico como en casos en que los niños desconectados por largo tiempo de sus madres o internados en hospitales, pueden ser tomados por débiles mentales, o sufren depresiones severas (1), hasta la destrucción de toda potencialidad para la vida y el desarrollo de destructividad como forma predominante de vinculación con los demás.

b) Posesividad.- en algunos casos, la fuerza predominante en la relación de la madre con el niño es la posesividad, es decir, la retención. El sentimiento de ternura hacia el niño puede estar presente o ausente pero el elemento esencial en la relación es la necesidad compulsiva de mantener una unidad indivisible con él. En algunos casos, la madre identificada desmesuradamente con su hijo olvida que se trata de personalidades separadas; de ahí su sobrestimación, su protección exagerada, las demandas excesivas de afecto y respeto y la frecuencia con que estas madres sienten que el niño establece relaciones afectivas fuera del hogar, etc. Conviene distinguir entre dos formas de posesividad: una basada en la necesidad exagerada de dominio por parte de la madre y otra en que

la retención del hijo se produce por la sumisión de su madre a él.

c) Dominio.- la madre dominante es con frecuencia una persona de carácter autoritario y rígido. Se trata de personas tiránicas e intransigentes ante cuya presencia el niño tiembla, que intentan dominar al niño abiertamente, que no admiten su rebeldía, que lo castigan severamente por transgresiones pequeñas y que con frecuencia tratan activamente de modelar al niño de acuerdo con su concepto rígido de la virtud. La madre de este tipo enfatiza prematura y exageradamente la limpieza, los buenos modales, etc., protege a sus hijos en forma inadecuada, resolviéndoles sus problemas, coartando su iniciativa, etc., y a cambio de ello toma afecto, sumisión y respeto. El elemento esencial es que el niño es tomado por un objeto siempre susceptible de ser explotado.

Las consecuencias de una situación excesiva de dominio materno en el carácter del niño pueden inferirse fácilmente. El niño se siente impotente para separarse de la madre y este sentimiento de impotencia tiene frecuentemente como base su convicción de ser malo, inferior, culpable, así como una necesidad que puede permanecer como una fuerza motivante poderosa por el resto de su vida, la de complacer a una madre que objetivamente no es susceptible de ser satisfecha.

d) Sumisión.- Otra forma de relación simbiótica, que como la anterior interfiere con el desarrollo normal del niño, es la sumisión de su madre a él, lo que se manifiesta por indulgencia y consentimiento maternales exagerados. Una mujer, generalmente poseedora de una organización caracteriológica de tipo masoquista, cree que adora a sus hijos, no se despegaba de ellos, los cuida y los protege aún en su adolescencia como si fueran lactantes. Muchas veces estas actitudes pueden estar estimuladas por privaciones que la madre misma sufrió en su infancia. En general, las madres sumisas no sólo quieren a sus hijos, "los adoran" y exigen de ellos en respuesta demostraciones excesivas de afecto. Los hijos de madres simbióticas indulgentes rara vez aprenden a tolerar las frustraciones que son necesarias para el desarrollo de su carácter saludable; se habitúan a tratar de satisfacer siempre sus deseos y posteriormente están dispuestos a satisfacerlos por cualquier medio. En ocasiones se forman una imagen engrandecida de sí mismos y desarrollan sentimientos de omnipotencia cuya falsedad el mundo se encarga de demostrarles en cuanto se despegan de las faldas de su madre, si es que llegan a hacerlo.

e) Fijación incestuosa.- normalmente el erotismo es mínimo en la relación de la madre con el hijo. Sin embargo, algunas madres frustradas afectiva y sexualmente tienen intensamente sexualidad la relación con sus hijos. El niño puede ser estimulado excesivamente en el aspecto sexual mediante actitudes demasiado demostrativas y seductoras; muchos besos, muchas caricias, el niño duerme en la cama de su madre hasta edades inconvenientes, etc., y todo eso favorece la fijación sexual del niño a la madre, cuya consecuencia es la perturbación de su desarrollo psicosexual que puede expresarse en la incapacidad de establecer vínculos afectivos y eróticos fuera del núcleo familiar. La vinculación incestuosa

entre la madre y el niño es una realidad clínica que ocurre ocasionalmente.

Hemos descrito las formas más frecuentes de relación improductiva entre la madre y el niño. La importancia que las situaciones señaladas tienen para el desarrollo del carácter del niño será más aparente si se las compara con la forma de relación que podría considerarse idealmente como la más saludable, la que estaría caracterizada por el predominio del amor productivo.

La madre amorosa se vincula con el niño a través de su tendencia caracteriológica predominante, productiva, cuya expresión afectiva es su capacidad para el amor. Experimenta ternura por el niño, conoce y satisface intuitivamente sus necesidades afectivas, está consciente de que su hijo está dotado de impulsos que lo dirigen a su individualización y autonomía y tiene la capacidad de prescindir gradualmente de su unidad con él, no sólo aceptando, sino favoreciendo la ruptura de los "vínculos primarios". El cuidado que tiene para su hijo es decreciente y la autoridad que ejerce sobre él es racional. El afecto específico de la madre amorosa sobre el niño es la no interferencia con el desarrollo de sus potencialidades innatas, sino su estímulo y orientación, lo que facilita su desarrollo en dirección a la libertad y la responsabilidad y que hace posible que se vincule con el mundo y consigo mismo a través del amor.

LA ADOLESCENCIA.- el término adolescencia, que quiere decir época de crecimiento acelerado, se refiere a la época de la vida comprendida entre los 10 y los 20 años. La pubertad es el período 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 y simultáneamente con ellos, cambios significativos en los requerimientos y presiones de su ambiente familiar y social. La consecuencia de estos cambios bioquímicos y culturales es una alteración profunda de la individualidad.

Describiremos la situación del adolescente en relación con sus cuatro aspectos fundamentales: aceptación de las alteraciones morfológicas y de la sexualidad; necesidad de un nuevo concepto del yo y sentido de identidad; necesidad de un nuevo significado de la existencia y necesidad de autonomía.

a) Aceptación de las alteraciones morfológicas y de la sexualidad.

Con el desarrollo de las gonadas se inician cambios importantes en la morfología y la fisiología corporales; cambios glandulares complejos, maduración de los órganos y funciones reproductivas, desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, crecimiento desigual de distintos segmentos del cuerpo, etc. Ante estos cambios, el adolescente se llena de dudas e inquietudes acerca del valor de su figura y se preocupa exageradamente por lo que los demás piensan de él. Tiene la

mujer ser fea; al joven le inquieta principalmente su virilidad, su agilidad y su fuerza; teme ser enclenque y afeminado. Adolescentes de ambos sexos contemplan con temores la amenaza de no estar a la altura de las exigencias sociales y de no ser aceptables en el amor.

El anhelo sexual se difunde a todos los ámbitos de la personalidad saturándola en grado tal que todas las operaciones del sujeto, intelectuales, afectivas y prácticas, adquieren sexo. Las palabras, los objetos, los valores, se tiñen de sexualidad. La erotización de la individualidad trae consigo la integración, a un nuevo nivel, de la capacidad de amar. La transición no es fácil y es frecuente que el adolescente experimente atracciones homosexuales antes de que logre establecer vinculaciones heterosexuales. Este es un aspecto de la dificultad que tiene para aceptar su sexualidad y hacerla compatible con su conciencia y con la realidad social,

b) Necesidad de un nuevo concepto del yo y sentido de identidad.

La situación del adolescente es difícil. Desligado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante de su destino, tiene que encontrarse a sí mismo y encontrar su camino en la vida. Se inquieta ante las distintas posibilidades que se abren ante él, duda también de sus capacidades para actualizar su vocación, si es que ya la ha encontrado. El adolescente utiliza buena parte de su energía mental en el soñar despierto y particularmente en imaginar su porvenir; en proyectar angustiosamente su yo hacia el futuro. Sabe que necesita encontrar un lugar en la sociedad dentro del marco de una ocupación que le permita tener prestigio social y capacidad económica.

Una manifestación característica de las dudas del adolescente sobre la identidad, se observa en su vida amorosa. En grado considerable, sus amores tienen por objeto llegar a una definición de su propia identidad y alejar el peligro de la difusión. Rank (1), ha hecho notar que el adolescente no se atreve a establecer vinculaciones amorosas estables porque teme perder en ello parte de sí mismo y de su recién conseguida libertad. En sus esfuerzos por orientarse y encontrarse a sí mismo, se identifica con modelos y levanta ídolos que fácilmente elimina y sustituye por otros, o bien se sobreidentifica con su grupo, todo ello en un intento de remendar su deteriorado sentimiento de identidad.

c) Necesidad de un nuevo significado de la existencia.

El adolescente necesita elaborar un nuevo concepto del mundo, particularmente del mundo de los valores y las ideas. De acuerdo con el desarrollo de su capacidad para el pensamiento abstracto y de la notable expansión de sus intereses. En la adolescencia se es por primera vez capaz de amar a la patria y de comprender y sentir los ideales sociales. Los valores indiscriminadamente aceptados en la infancia son ahora enjuiciados críticamente y tasados de acuerdo con una pauta más racional. El adolescente ha descubierto que el mundo no se haya en su hogar y los conocimientos y las normas en él adquiridos son puestos en duda y

cotejados con los de otras personas. El adolescente se siente impelido a tomar postura ante las contingencias de la existencia.

Por primera vez se enfrenta solo a la vida y se preocupa por el más allá. Las concepciones religiosas de la infancia resultan inaceptables para muchos, quienes experimentan dolorosamente la quiebra de sus valores religiosos, en tanto que otros resuelven sus problemas cayendo en dogmatismos intransigentes. Por otra parte, el adolescente se ve atrapado entre dos tendencias: una hacia el ascetismo y la rigidez moral, y otra, hacia la búsqueda hedonista del placer. Ambas coexisten. La intelectualización exagerada constituye, como el ascetismo, un intento de negar sus tendencias eróticas, inaceptables para su moralidad.

d) Necesidad de autonomía (desarrollo del impulso de autoafirmación).

Spranger (1) ha dicho que el adolescente adquiere conciencia de su yo y lo ante pone al mundo. En efecto, sus crecientes necesidades de autonomía y poder se expresan por actos de rebelión contra la autoridad, que normalmente tienen como consecuencia la ruptura de vínculos protectores que hasta entonces lo han mantenido unido a su núcleo familiar. En la medida en que simultáneamente con el debilitamiento de esas ligas familiares, el adolescente no ha sido capaz de establecer nuevos vínculos en una esfera más amplia, su sentimiento de soledad se agudiza; de ahí que habitualmente esté deseoso de encontrar alguien con quien relacionarse íntimamente. Un rasgo conspicuo en el adolescente es su competividad exagerada. Necesita ponerse a prueba constantemente porque lo domina el temor de ser torpe e incompetente ante los demás. El problema se complica por el hecho de que también es poderosa su necesidad de ajustarse a las necesidades ajenas para ser querido y aceptado. Cuando el adolescente no logra su propia autoafirmación por los conductos normales, pretende hacerlo apartándose de ellos. Si no puede ser el mejor trata de ser el peor y lo intenta con insistencia que le es característica. En buena parte, la obstinación, la rebeldía y la competitividad del adolescente se explican porque al rebelarse contra la autoridad, al negarse, al competir, siente ser él mismo: siente "tener personalidad".

Por encontrarse en una etapa de transición en su vida, en la que no es niño ni es hombre, el adolescente es incomprendido por sus padres, particularmente cuando la dehiscencia entre la nueva generación y la que precede se ve ahondada por factores culturales, tales como diferencias notables en facilidades educativas, conceptos distintos sobre moralidad, disciplina, libertad, etc. La rebelión del adolescente contra la autoridad es normalmente más marcada al principio. Conforme va resolviendo sus problemas internos, de separación psicológica de la familia, de selección e iniciación vocacional, aceptación de su sexualidad y reorganización de sí mismo, le resulta más fácil adaptarse a su medio familiar y social y lograr un modus vivendi más satisfactorio para todos.

El énfasis en los aspectos negativos de la adolescencia, considerada como una fase de desequilibrio y de vulnerabilidad exagerados, oscurece el hecho de que es el camino hacia la madurez; que los cambios bioquímicos y estructurales impulsan poderosamente al individuo a la ruptura de vínculos incestuosos con la familia y con el clan, y hacia la independencia y responsabilidad personales. En su aspecto positivo, la pubertad y la adolescencia representan una segunda oportunidad para enfrentar en condiciones más ventajosas los conflictos que no fueron adecuadamente resueltos en la infancia.

BIBLIOGRAFIA

- .- De la Fuente Muñiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpresión 1981, FONDO DE CULTURA ECONOMICA"

- .- Bay Ardid, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"

- .- "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y LA PEDAGOGIA"
Tomo III, SEPMAV-LIDIS 1979

- .- "LITERATURA EDITADA POR NEUROTICOS ANONIMOS"

Capítulo 2. Etiopatogenia de los principales trastornos psiquiátricos.

2.1 Neurosis.

Antes de entrar en materia, es conveniente establecer que no es posible trazar una línea de demarcación precisa entre las neurosis bien constituidas y los desajustes emocionales menores y pasajeros de las personas normales. Las diferencias son cuantitativas. Las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales (4).

Producen más bien una perturbación del equilibrio interior del neurótico que una alteración de su sistema de la realidad. A este respecto, dichas reacciones neuropáticas constituyen las formas de enfermedades mentales crónicas menores, es decir que desestructuran menos profundamente que las psicosis (delirios crónicos y esquizofrenia) el sistema del Yo en sus relaciones con la realidad (4).

La neurosis representa los intentos ineficaces e irracionales de obtener integración intra e interpersonal en circunstancias difíciles. Cuando las capacidades constitucionales de un sujeto se ven expuestas a dificultades ambientales tempranas, conducen a la formación de pautas rígidas de la personalidad. Cuando posteriormente esa personalidad es sujeta a situaciones de exigencia o apremio, resulta la neurosis.

Los trastornos psiconeuróticos de la personalidad surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar los problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan stress que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos inquietantes, cuya causa es la angustia que se ha estimulado. Muchos psiquiatras consideran que la angustia es la fuente dinámica común de las neurosis. La angustia es el fenómeno fundamental y el problema central en las neurosis (1).

Los factores emocionales significativos tienen un papel predominante y tal vez, en un sentido amplio, un papel exclusivo. Casi todos los patrones neuróticos graves dependen básicamente de conflictos y actitudes afectivas que surgieron durante la niñez; en consecuencia, para entender la neurosis de un paciente hay que hacer el intento de conectar los síntomas presentes con alguna situación infantil que no se resolvió.

Es importante considerar que los factores ambientales inmediatos no siempre son los factores etiológicos fundamentales; más bien hay que considerarlos como las causas precipitantes. En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente tranquila, ha sido en realidad la cubierta para problemas tormentosos que durante mucho tiempo han existido bajo la superficie. Esta es la

razón por la que una reacción neurótica puede volverse manifiesta súbitamente, incluso a una edad madura o en las últimas etapas de la vida.

Cualesquiera que sean los factores que determinaron su personalidad, parece haber individuos extraordinariamente sensibles a la tensión y a los conflictos de la vida, se trata de personas que nunca han encarado en realidad sus problemas y que tienen una especial tendencia a manejar sus tensiones, deseos y conflictos por medio de las reacciones defectuosas que denominamos neuróticas.

Acercas de las causas inmediatas que hacen que se desarrolle la psiconeurosis, puede decirse que con frecuencia se encuentran en la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar emociones de hostilidad o de rabia, o de impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia, ya que en cuanto surgen estos factores entran en conflicto con el orden y la paz de la personalidad del paciente. Estos factores y otros similares, que también suelen producir conflicto, crean angustia, que como ya habíamos visto, ésta es la fuente más común y más importante de los trastornos psiconeuróticos. La angustia, engendrada por un super yó demasiado severo y exigente, pero tal vez estimulada por una situación externa, moviliza las defensas de la personalidad.

Resumiendo, podemos decir que el proceso neurótico se inicia en la infancia. La etiología de la neurosis depende de diversas variables, entre las que destacan:

- 1) Factores constitucionales de base hereditaria que condicionan la intensidad de impulsos y necesidades primarias, la angustiabilidad y la predisposición individual para el uso de algunas formas de defensa en lugar de otras.
- 2) Condiciones morboógenas en el núcleo familiar, particularmente actitudes y tendencias engranadas en el carácter de los padres que actúan en forma repetitiva o persistente en el sentido de quebrantar la espontaneidad y la voluntad del niño.
- 3) Ciertas situaciones traumáticas son importantes en cuanto a la selección de síntomas, particularmente en las fobias y en las neurosis conversivas.
- 4) Factores tales como el desarrollo deficiente de la capacidad integradora de la personalidad (ego débil), rigidez o intolerancia irracional de la conciencia moral (super ego rígido).

Las siguientes circunstancias pueden ser capaces de desencadenar una neurosis aguda al destruir el equilibrio precario existente:

- a) Intensificación de restos peligrosos infantiles por peligros actuales similares. Ejemplo, intensificación de impulsos agresivos hacia una persona significativa, que activan el temor infantil al ser rechazado por los padres.

- b) El debilitamiento de los procesos defensores puede ocurrir a consecuencia de condiciones tales como el agotamiento consecutivo al trabajo extenuante, ciertas intoxicaciones o enfermedades debilitantes y en general, condiciones internas o externas que perturben el equilibrio orgánico.
- c) Intensificación de procesos defensivos. Cuando las tendencias neuróticas que protegen al individuo de su angustia tienen que ser intensificadas, el conflicto entre ellas aumenta en tanto que la satisfacción de otras necesidades decrece.

2.2 Angustia.

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa.

Proporcionalmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. Podemos decir que el desarrollo individual, en tanto que entraña la necesidad de separarse de las fuentes de seguridad, a cometer situaciones nuevas y cada vez más complejas, internarse en lo desconocido y escoger entre distintas posibilidades, también implica angustia. La angustia es una experiencia humana universal e ineludible.

Aunque en casos concretos no siempre es fácil hacer el deslinde, es conveniente distinguir entre la angustia y el miedo. Ambos son reacciones globales de la personalidad ante amenazas. En el miedo, la amenaza es objetiva, es decir externa. El individuo que experimenta miedo tiene conocimiento de la fuente del peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, defenderse. En la angustia, la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella. Al desconocer la fuente del peligro, no se está en posibilidad de defenderse; de ahí la impotencia y el sentimiento de verse amenazado por todos lados y por ninguno.

La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse consistentes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. Difiere del miedo en que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia. (1), (3).

Existe una diferencia entre la angustia como señal y la angustia como reacción. La angustia como señal de que una amenaza se cierne sobre la personalidad y que no es sino el alertamiento del organismo ante un peligro que facilita el que su reacción sea adecuada a la situación de peligro, y la angustia como reacción plenamente desarrollada que es paralizante, desgarradora e inadecuada para hacer frente a la amenaza actual.

La capacidad de angustiarse es innata. Los individuos difieren constitucionalmente en su susceptibilidad de experimentar y en su capacidad de tolerar angustia. Cada persona tiene umbrales específicos más allá de los cuales ciertas situaciones amenazantes son experimentadas por él como catastróficas y ante ellas reacciona con angustia.

Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe ubicarse desde el punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son disruptivos para su organización.

Hemos dicho que todos los seres humanos están destinados dadas las condiciones de su existencia a experimentar angustia. Esta angustia normal contrasta con la del neurótico, no en cuanto al estado afectivo o a su pauta expresiva que pueden ser idénticas, sino en cuanto a las circunstancias que lo provocan.

Cuando se habla de angustia "normal" se quiere decir con esto que existe un peligro real, el cual es apreciado de manera objetiva; en este caso, el grado de angustia guarda proporción con la amenaza.

La angustia tiene dos papeles importantes: sirve como señal o indicador de conflicto, y como agente que respalda la represión, la formación reactiva y la proyección. De hecho, los diversos recursos y mecanismos mentales que sirven a un propósito defensivo ejercen su función al reducir la intensidad de la angustia.

Un conflicto produce el efecto de angustia, lo cual se considera esencial para comprender más los procesos psicodinámicos. En general se puede decir que la angustia del paciente se desliga de una idea, objeto o situación específica en su vida diaria y se desplaza hacia otra idea o situación simbólica en forma de un miedo neurótico específico.

Soledad, Vergüenza, Culpabilidad: Como fuentes de angustia.

De las experiencias del niño, la más aterrorizante es su separación de la madre. Las condiciones que hacen que el niño se sienta en peligro de ser abandonado por sus padres, crean angustia cuyo contenido específico es la soledad.

La experiencia infantil de sentirse humillado por los padres, constituye una fuente de angustia cuyo contenido es la vergüenza.

La experiencia de ser castigado por los padres es la base del miedo al castigo y, una vez que las normas y preceptos de los padres son aceptados como propios, otra fuente de angustia. Su contenido específico es la culpabilidad.

En diferentes ocasiones y en diferentes grados, los niños temen ser abandonados, humillados o castigados. Cuando el miedo a la soledad es reprimido se convierte en angustia cuya fuente específica es la soledad que hace necesaria la utilización de defensas secundarias que refuerzan la represión. La vergüenza es una emoción más primaria y la angustia derivada de ella es, en igualdad de circunstancias, más intolerables. La culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos. Es función de la conciencia moral. La culpabilidad es, como el sentimiento de soledad y el de vergüenza, un afecto doloroso que puede ser eliminado o reprimido del campo de advertencia del sujeto y entonces actuar como una fuente específica de la angustia.

La angustia franca, con sus síntomas fisiológicos con comitantes, se observa sólo cuando los mecanismos mentales de defensa se desintegran debido a una abrumadora amenaza a la personalidad, de origen interno o externo.

2.3 Ansiedad histérica.

La angustia "flotante", es decir, la angustia desligada de contenidos ideológicos y acompañada de su cortejo sintomático, constituye en este caso el núcleo patológico.

La angustia flotante se manifiesta en forma libre. Como vimos anteriormente, la angustia es la respuesta psicofisiológica característica de los seres humanos cuando confrontan una situación en que alguno de sus valores vitales está amenazado. Aunque esencialmente se trata de una reacción protectora, cuando alcanza cierta intensidad, resulta paradójicamente no sólo ineficaz, sino paralizante y desintegradora.

En la angustia, lo que el sujeto teme es su desorganización interna y lo expresa en términos de miedo a la locura, a actuar irracionalmente o a la muerte. El enfermo está siempre dispuesto a relacionar sus síntomas con algún supuesto padecimiento orgánico, lo que le permite sustituir lo desconocido que lo atterra por algo tangible y susceptible de ser remediado por medios materiales (1).

La angustia corresponde a la libido que ha sido desviada de su objeto. Cuando la libido es suprimida, se transforma y reaparece como angustia "flotante" o en la forma de síntomas. La angustia es entonces una moneda generalmente corriente, por la cual todos los afectos son o pueden ser cambiados cuando el contenido conceptual está bajo represión.

La angustia a menudo es desplazada de su fuente original, no reconocida, hacia otra situación que el paciente considera como una pausa razonable de aprensión, que despierta esa inquietud difusa e imprecisa, y esa tensión molesta. En ocasiones la angustia no está ligada a un contenido ideativo, sino que se experimenta como un miedo morboso sin causa aparente. Este tipo de angustia, que se siente y se expresa directamente, se conoce como angustia libremente flotante (5).

Las investigaciones psicoanalistas han puesto de manifiesto que la angustia histerica se produce cuando impulsos irracionales (agresivos o sexuales) reprimidos amenazan con irrumpir en la conciencia, ya sea debido a que ciertas situaciones externas refuercen las tendencias reprimidas, o bien debido a una disminución de las capacidades integradora de la personalidad, consecutiva a circunstancias psicológicas (fracasos repetidos, pérdida de seguridad, etc.) o fisiológicas (debilitamiento del organismo por una infección, intoxicación, etc.). En ambos casos, lo que ocurre es la ruptura del equilibrio entre las fuerzas represoras y las reprimidas con ventaja para las segundas (1).

También suele denominarse Neurosis fóbica, la cual está caracterizada por la sistematización de la angustia de personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizador. Con la neurosis de angustia se describe una forma neurótica verdaderamente "formada", ya que la angustia difusa traduce simplemente la tensión interior que resulta de una imposibilidad de descargar la energía pulsional. Por ello se llama flotante y hemos podido compararla a una nebulosa. "Nombrar" este sufrimiento vago, indefinido (miedo de la enfermedad), mejor aún, "localizarlo", situarlo en el espacio periférico es, por medio de un gesto mágico pero eficaz, sacarlo de sí, librarse de él: este "mecanismo de defensa" es el desplazamiento, y el síntoma así constituido es una fobia (la fobia de tocar) (4).

Existe una forma de neurosis típica en la que la fobia representa el síntoma prevalente. La conducta neurótica no se limita a la expresión de una angustia específica, sino que se complica con medios de defensa contracatexis (sustitutivos de las pulsiones reprimidas). Estos síntomas y estos medios de defensa constituyen la estructura complicada de esta neurosis, que tiende a reemplazar la angustia de un peligro interno por el medio de un peligro externo. Esta complicación, como decía Freud, de la transformación de los complejos y los mecanismos inconscientes en los síntomas de las neurosis. La neurosis fóbica fue separada de la neurosis obsesiva, con la que los psiquiatras clásicos tienen la costumbre de confundir, por Freud, quien se percató de las relaciones existentes entre esta forma de trastornos y otra neurosis bien reestructurada: la histeria. Por ello, en la literatura psicoanalítica, la neurosis fóbica es llamada indiferentemente con este nombre o con el de histeria y angustia (4).

2.4 Estado Fóbico.

Asociadas a los pensamientos obsesivos están las fobias o los miedos, las dudas y las indecisiones. Igual que la idea obsesiva, la fobia se abre paso por sí misma y de manera persistente hasta aflorar en la conciencia. La angustia morbosa siempre acompañada a una fobia. La situación respecto a la cual el individuo es fóbico simboliza o representa incidentes que han producido ira o vergüenza, afectos cuya aparición en la superficie tiene que impedir el individuo, habitualmente por la angustia de romper una relación importante. Desde luego, el paciente no se da cuenta de la fuente psicológica o de la importancia de su miedo y aunque reconoce que es irracional, es incapaz de regular su vida si no es de acuerdo con lo que dicta su fobia.

En la angustia neurótica, la represión de los impulsos o tendencias objetables puede verse reforzada por la utilización de otro dinamismo protector: el desplazamiento. Cuando esta defensa es puesta en juego, el sujeto queda libre de aprensiones y angustias salvo cuando se encuentra en presencia de ciertos objetos o situaciones específicas, siempre las mismas, relacionadas simbólicamente con su conflicto original y ante las cuales la angustia emerge. A este temor irracional y recurrente a una situación u objeto específico se le denomina fobia (1).

Una fobia es una reacción defensiva en la cual el paciente en un intento de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto o situación específicos de su vida cotidiana, y la desplaza en forma de un miedo neurótico específico hacia una idea, objeto o situación asociados a la primera idea. Aunque el enfermo reconoce conscientemente que no existe peligro real, si se expone al objeto o situación simbólicos y específicos que estimulan la fobia, no puede evitar una intensa sensación de miedo. Dicha aprensión, aflictiva en grado extremo, que se asocia a un objeto o situación a los cuales se teme en forma consciente, en realidad se deriva de otras fuentes, que el enfermo no percibe. Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el paciente logra una defensa contra la angustia que surge de la fuente que él no reconoce. En esta forma dicha angustia se desliga de su fuente real, y se desplaza hacia una situación u objeto que suelen simbolizar la tendencia o el desea amenazadores (5)

Un tipo de reacción obsesivo-compulsiva es aquel en el cual una fobia, o una idea que reaparece en forma obsesiva, se asocia a la compulsión de ejecutar un acto repetitivo. Esta asociación se presenta cuando existe un miedo abrumador a los impulsos intolerables.

A través de experiencias individuales, casi cualquier objeto o situación puede relacionarse simbólicamente con algún conflicto y convertirse en fobia. En tanto que en algunos casos la iniciación de un estado fóbico es precedido por un período de ansiedad flotante, en otros este último presenta en forma de episodios recurrentes con remisiones. En ocasiones, las fobias muestran una tenden-

cia gradualmente invasora, que se manifiesta por su propensión a extenderse o a un número cada vez mayor de objetos o situaciones.

La fobia representa un intento de circunscribir la angustia inherente a un conflicto interno localizándola y dándole un objeto que pueda ser evitado.

El origen de algunas fobias puede relacionarse con la ocurrencia simultánea en la infancia de un estado emocional de miedo intenso y de un objeto o situación determinada. En otras, se trata de la repetición de miedos infantiles (miedo a la obscuridad, a estar solo, a ser abandonado, etc.), los cuales son reactivados por situaciones presentes.

La tendencia de las fobias a extenderse depende de su carácter irracional. Puesto que el individuo ignora la naturaleza real de la amenaza, se ve obligado a ampliar cada vez su área de protección con el resultado de una creciente restricción en sus actividades (1).

En la fobia la angustia se desplaza sistemáticamente hacia el pánico a un objeto, una acción o una situación simbólica.

2.5 Hipocondriasis.

El término hipocondría o reacción hipocondriaca, desde hace mucho se ha aplicado a un grupo de síntomas psiconeuróticos. La reacción se caracteriza por una preocupación e interés obsesivos del individuo respecto al estado de salud y las condiciones de sus órganos.

Aunque el síntoma llamado hipocondría contiene elementos afectivos importantes de naturaleza depresiva, tal vez sea mejor considerarlo, con su excesiva preocupación por la salud física como un trastorno del contenido ideativo. En sus formas ligeras, la hipocondría puede originarse en una sensación de inseguridad que se racionaliza como una amenaza a la salud física. Durante el período involutivo el cambio en la perspectiva psicológica de la vida, el entorpecimiento de los procesos fisiológicos y las fallas en la seguridad psicobiológica pueden causar hipocondría. Cuando la hipocondría va ligada a un estado de ánimo, tiende a desaparecer junto con él. Si es simbólica o no tiene relación con el estado de ánimo, como sucede en la esquizofrenia, la hipocondría indica un trastorno grave. (5).

Resumiendo podemos decir que el término hipocondriasis se aplica a situaciones en que predomina un estado de preocupación ansiosa con el propio cuerpo y un temor a sufrir enfermedades. Frecuentemente acompaña a ciertos estados de depresión o los sustituye como un equivalente.

La hipocondriasis expresa la necesidad profunda de sufrir, derivada de un sentimiento de culpabilidad inconsciente. La preocupación por una parte del cuer-

po supuestamente enferma es una excusa eficaz para retirar el interés del mundo exterior y para concentrarlo en uno mismo (narcisismo). Puesto que la excusa implica sufrimiento, sirve para aliviar el sentimiento de culpabilidad. La hipocondriasis permite focalizar la angustia a un área circunscrita, teniendo en este sentido una función semejante a la fobia. El reiterado narcisismo común a ambas explica porqué la hipocondriasis sustituye o acompaña con frecuencia a las depresiones (1).

2.6 Adicciones: Alcoholismo y Drogadicción.

A lo largo de los siglos, las personas han abusado de una gran variedad de drogas como un medio para experimentar placer, aumentar sus contactos sociales, aliviar el dolor y, en algunos casos, para disipar las consecuencias fisiológicas de suspender el mismo agente que se está usando como droga. En la actualidad se reconoce, cada vez más, que el uso y el abuso de las drogas debe considerarse como una línea continua. De las diversas drogas que las personas ingieren activamente para divertirse o con propósitos no médicos, es claro que los brebajes alcohólicos se toman con mucho mayor frecuencia que los otros agentes.

En las adicciones incluyendo la adicción al alcohol, intervienen factores específicos de personalidad y de ambiente que gobiernan también la selección de la droga.

El alcoholismo puede ser definido como una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol, en forma repetida, para la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto de otras formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas necesidades.

El impulso del alcohólico tiene un carácter irresistible, tanto como la compulsión de lo obsesivo. Coincide con la psicopatía en cuanto a que el impulso es sintónico con el ego. Dos rasgos de carácter parecen predisponer al desarrollo del alcoholismo: la receptividad (oralidad) y la intolerancia de tensiones, característica esta última que lo es también del psicópata y que explica que el alcoholismo y la psicopatía se asocien frecuentemente.

La función del alcohol es satisfacer necesidades orales incorporativas (beber y ser confortado) y también produce bienestar por su acción cerebral de atenuar la angustia, narcotizando las áreas cerebrales relacionadas con las inhibiciones y la culpabilidad. Se ha dicho humorísticamente que el sentido moral es la parte de la personalidad que es soluble al alcohol.

Un factor importante en los alcohólicos cuando eran niños fue la privación de ambos padres, con subsecuente cuidado en una institución o en un hogar sustituto. Los factores genéticos, la constitución del individuo y las experiencias

emocionales del niño en sus transacciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo. Las influencias culturales refuerzan los patrones familiares y establecen la predilección por el abuso del alcohol como un medio de aliviar la angustia y la depresión. Las experiencias posteriores de privación y apoyo emocional pueden actuar, y a veces lo hacen en forma repetida, para precipitar periodos de embriaguez, o para hacer que el individuo vuelva a tomar cuando ya había renunciado al hábito.

Es frecuente que estos individuos descubran que el alcohol es como un medio para liberarse de las emociones internas dolorosas debido a que los padres acostumbran tomar bebidas alcohólicas. El uso irrestricto del alcohol por parte de la familia o de los amigos adolescentes del futuro adicto, es lo que permite el desarrollo de un defecto en el superyó que se traduce en la ingestión repetida del tóxico. En forma secundaria evoluciona la dependencia psicológica y farmacológica ante el alcohol, un sustituto para cualquier satisfacción, que al principio produce euforia, pero que más tarde, conforme aumentan las frustraciones del yo, apenas si proporciona cierto alivio para las tensiones intolerables.

El trastorno psicopatológico que conduce hacia el alcoholismo, varía en cada individuo. Parecería que en muchos casos el alcohólico adicto pudo ser traumatizado psicológicamente en etapas muy tempranas de su vida, de tal manera que su personalidad permaneció fija en una etapa inicial, oral del desarrollo. Por otra parte, el alcoholismo puede presentarse en personas que, en ausencia de una figura conveniente con quien identificarse, nunca desarrollaron un superyó que lo estabilizara.

El abuso de una droga es el uso excesivo, persistente o esporádico de un medicamento, sin relación ni coherencia con la práctica médica aceptada.

La farmacodependencia es un estado psíquico, y a veces físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga; se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo, que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga, en forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evadir la incomodidad de su ausencia. Puede haber o no tolerancia. Una persona puede ser dependiente de más de una droga.

Dependencia Física.- se refiere a un estado fisiológico anormal que aparece cuando una droga se ingiere o se administra en forma repetida, para impedir que aparezca una enfermedad característica que se llama síndrome de abstinencia. (5).

Ha aumentado en forma intensa, especialmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes del mundo, un comportamiento en el que se buscan drogas, se depende de ellas y hay adicción a las mismas. Muchos factores han influido en esa tendencia. Por ejemplo, el número de nuevas drogas que se producen sintéticamente ha crecido en forma enorme. Se ha anunciado al público que alguno de estos medicamentos en especial los alucinógenos, "expanden la mente" y dan a quien los toma poderes personales inesperados. Se ha establecido un medio internacional

cultural en el que se acepta la ingestión de drogas, debido a dos factores:

a) la difusión amplia de información acerca de las drogas entre un país y otro, por medio de la radio, la televisión y otros medios; b) las amplias campañas de publicidad que aconsejan utilizar fármacos en general para aliviar el dolor, la aflicción o la incomodidad, o para aumentar el bienestar.

Grupos de gente, para quienes la droga era antes inaccesible, disponen actualmente de ellas debido al gran proceso y rapidez de los medios de transporte y de entrega de la mercancía y también gracias a la mejoría del poder individual de adquisición. La fuerza motivadora para experimentar con el uso de drogas e incluso para mantener el hábito, es el deseo de ser aceptados como miembros del grupo (5).

La razón que algunos pacientes dieron con más frecuencia para explicar por qué tomaban drogas, fue el deseo de sentir euforia, se piensa que este deseo implicaba el anhelo de escapar a una depresión subyacente. La segunda razón que los enfermos dieron fue la influencia de los amigos o la necesidad de escapar del ambiente en que vivían.

La adicción a las drogas y la frecuencia con que aparecen resultan de una compleja interacción de fuerzas culturales y familiares, que determinan con cuánta facilidad es posible conseguir el agente farmacológico, cuántas oportunidades se presentan para iniciar su uso y cuán predispuesto está el individuo para continuar empleándolas.

Los individuos que se vuelven adictos son, en su mayor parte, casos de personalidad antisocial, pero el neurótico y el psicótico también están predispuestos en vista de sus problemas afectivos. Los que llegan a usar drogas, se ven motivados por el deseo de producir y perpetuar en sí mismo un estado más satisfactorio de existencia personal, incluso con el riesgo de anular otros valores.

El primer grupo mayor de adictos está formado por individuos con trastornos en la personalidad, que adquieren el hábito por el contacto y la asociación con personas que ya lo tienen.

El segundo grupo está formado por personas francamente neuróticas, con angustia y síntomas obsesivos, compulsivos o psicofisiológicos que encuentran alivio a través de las drogas.

Un tercer grupo consta de personas que recibieron drogas durante un período largo, en el curso de una enfermedad, y continúan usándolas después de que la dolencia ha desaparecido. No obstante, es probable que todas las personas que adquieren la adicción en esta forma, tengan un problema emocional fundamental que las hace prolongar el uso de las drogas más allá del período de necesidad médica. Muchos adictos han sido alcohólicos antes de aficionarse a las drogas.

Prácticamente en todos los adictos, la adaptación previa a la vida ha sido marginal o insatisfactoria.

2.7 Neurosis Impulsivas.

Las neurosis impulsivas se caracterizan por la expresión repetida y estereotipada de un impulso placentero específico. Entre las impulsiones mejor conocidas están la cleptomanía, piromanía, los impulsos exhibicionistas y el impulso de cortar el cabello. Las impulsiones combinan el aspecto egosintónico de las psicopatías con el aspecto ritualista, circunscrito de los estados obsesivo-compulsivos.

En la reacción obsesivo-compulsiva, la angustia del enfermo se controla de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. El enfermo reconoce que los pensamientos y actos rituales que no desea tener, son irracionales, pero no puede controlarlos.

Fuentes según el tipo de reacción obsesivo-compulsiva:

Hay un tipo de pensamiento obsesivo que adopta la forma de folie du doute, que se caracteriza por duda, vacilación e indecisión, habitualmente acompañadas de ideas compulsivas que el enfermo rumia, y que conducen hacia actos repetitivos cuyo objetivo es disipar dudas irracionales. Tales dudas hacen que el enfermo tenga que revisar y volver a revisar incluso los actos más simples. La fuente real puede ser cualquier impulso, tendencia o deseo que conscientemente sería intolerable para el enfermo. No es raro que dicha fuente sea un sentimiento de culpa oculto. La idea manifiesta y recurrente resulta del esfuerzo para mantener otra cosa fuera de la mente, y se forma por los mecanismos de desplazamiento, simbolización y condensación.

Un segundo tipo clínico de reacción obsesivo-compulsiva, consiste en los actos compulsivos, o sea la repetición obligatoria de actos determinados. Las fuerzas que producen el acto compulsivo son, desde luego, inconscientes. Puesto que el acto simbólico no puede satisfacer en forma adecuada las fuerzas que lo produjeron, se vuelve estereotipado y repetitivo.

El tercer tipo de reacción obsesivo-compulsiva es aquel en el cual una fobia, o una idea que reaparece en forma obsesiva, se asocia a la compulsión de ejecutar un acto repetitivo. Esta asociación se presenta cuando existe un miedo abrumador a los impulsos intolerables. Habitualmente se observa angustia intensa.

Se cree que, psicogenéticamente, el origen de la conducta obsesivo-compulsiva radica en la lucha inicial que el niño experimenta al crecer, entre sus impulsos coercitivos hacia el logro de una omnipotente seguridad en sí mismo, y la necesidad de adaptarse a las exigencias de sus padres, y así conservar el amor y el respeto que le tienen. El conflicto se inicia cuando se empieza a enseñar al

niño a controlar sus esfínteres. A menudo, el individuo que en etapas posteriores se convierte en obsesivo-compulsivo crece bajo el influjo de una madre rígida y compulsiva, que de manera insistente exige que él se doblegue ante sus deseos y amenaza con no dar su amor y con diversas formas de castigo si el niño no se comporta en una forma apropiada. El niño, conforme crece, se ve expuesto entonces a accesos repetidos de rabia, cada vez que la madre insiste de nuevo en que hay que ser limpio y seguir las reglas; no obstante, dicha rabia tiene que reprimirse para conservar la relación con el progenitor.

2.8 Desviaciones Sexuales.

El término *desviación* puede aplicarse a cualquier forma de funcionamiento sexual en el que la satisfacción se encuentra en expresiones cuya meta no es el coito heterosexual.

Algunas de las llamadas desviaciones sexuales son simples variantes del acto sexual normal que son puestas en práctica por muchos individuos como parte del juego sexual previo al coito. Se vuelven patológicas cuando no lo preceden sino que lo sustituyen y son usadas en forma exclusiva o en condiciones socialmente inaceptables (1).

En la opinión de muchos psiquiatras, el término "desviado sexual" debe limitarse a los individuos cuyo impulso sexual ha permanecido inmaduro o se ha desviado en el curso de su maduración, debido a defectos en uno de los pasos del desarrollo de la personalidad (5).

No debe considerarse que son desviados sexuales las personas cuyas necesidades apremiantes sexuales se dirigen hacia un objetivo heterosexual normal, pero que por estar separadas del sexo opuesto, fortuitamente buscan satisfacción sexual por medio de diversas perversiones. En el verdadero desviado, el acto sexual delitivo es el síntoma superficial de un trastorno emocional más profundo.

Homosexualidad es la atracción sexual por individuos del mismo sexo que se experimenta en forma preferente.

Puede entenderse la homosexualidad en el varón como resultado de la erotización de la sumisión pasiva al padre, como consecuencia de una sobre-identificación con la madre. En la mujer, la homosexualidad resulta del rechazo del papel femenino debido a fallas en la identificación con la madre. En algunos casos, el concepto de la sexualidad como agresión obliga a huir de la relación con la figura masculina.

Cuando la pauta homosexual queda establecida desde la infancia, afecta marcadamente la estructura caracterológica. Cuando no hay indicios de interés heterosexual, se piensa que el factor decisivo ha sido la determinación constitucional.

Sin embargo, no hay aparentemente una correlación positiva entre la homosexualidad subjetiva y desviaciones estructurales o endócrinas evidenciales. Es por lo tanto más correcto hablar de una predisposición variable de un individuo a otro que inclina hacia una preferencia homosexual o heterosexual y que interactúa con influencias ambientales tempranas determinando así la orientación sexual predominante.

Experiencias heterosexuales traumáticas o experiencias de seducción homosexual en la infancia o en la pre-adolescencia pueden ser causas desencadenantes.

Las primeras fases del proceso de desarrollo son cruciales dentro del marco de identificación como niño o niña, o como hombre o mujer. El género se asigna al niño como resultado de las actitudes de los padres antes y después del nacimiento, y como resultado de las transacciones a las cuales el niño está expuesto en relación con las fantasías, los deseos y los anhelos subsecuentes de los padres.

La identidad genética nuclear se establece en las primeras etapas de la vida y se fija, pero el papel genérico evoluciona al pasar el tiempo, ya que recibe la influencia de las actitudes de los progenitores y de otras personas. Dicho papel genérico contiene los rasgos de conducta que se identifican como masculinos o femeninos. La identidad genérica que determina la gama de formas de conducta franca o fantaseada, se desarrolla a través del fluir constante de experiencias personales en la vida, y sólo la rigidez de la estructura de la personalidad es la que limita la expresión de dicha identidad genérica.

Pueden dividirse en anomalías en la elección del objeto (la pareja) en anomalías de su fin (erotización sustitutiva de una parte del cuerpo, de una situación real o fantaseada). Presentan variaciones que hacen casi infinitas en razón a sus posibles combinaciones.

He aquí una lista de las perversiones principales:

- 1) Por anomalía en la elección del objeto; autoerotismo (onanismo), homosexualidad, zoofilia, fetichismo, necrofilia, travestismo, etc.
- 2) Por anomalía del acto del fin; exhibicionismo, violación, ataques sustitutivos, el sadismo y el masoquismo que merecen un lugar aparte por ser satisfacciones alcanzadas a través del sufrimiento inflingido o sentido, etc.

2.9 Psicosis y tipos de ella.

Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la perfección distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo.

Factores Físicoquímicos en la etiología de las Psicosis.

La alteración de los procesos mentales puede ser comprendida en términos de alteraciones fisicoquímicas.

Se ha pensado que las psicosis pueden resultar de una interferencia endógena en el ciclo de la adrenalina resultante en la formación de metabolitos nocivos. Quienes sostienen este punto de vista enfatizan la similitud estructural entre las moléculas de la adrenalina y la de otras sustancias que, como la mezcalina y el LSD, han mostrado experimentalmente tener propiedades psicotizantes. Se piensa que un producto análogo a dichas sustancias actuando sobre el sistema nervioso central puede producir las psicosis. También se ha pensado que la causa de las psicosis pudiera ser la inhibición o la suspensión de la acción estimulante de la oligo-dendroglia en el cerebro.

Las psicosis son clasificadas en dos grandes grupos: las psicosis funcionales y las orgánicas. Aunque indudablemente en las primeras intervienen factores constitucionales y probablemente trastornos metabólicos, no son evidenciables en ellas alteraciones estructurales del cerebro o de otros órganos y sistemas. Es generalmente aceptado que los factores psicogenéticos juegan en ellas un papel de importancia. En la segunda que correctamente podrían llamarse enfermedades del cerebro, hay alteraciones macromicroscópicas de las estructuras nerviosas.

Las psicosis a su vez se subdividen en:

1. Esquizofrenias.

Son psicosis caracterizadas por la ruptura de la relación con el mundo exterior y por una marcada regresión. Esta ruptura con la realidad hace posible la coexistencia de actitudes contradictorias, puesto que las tendencias conflictivas lo son en función de la realidad. Se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, a menudo una sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios que pueden ser extravagantes, percepción perturbada, anormalidades en el afecto que no se ajusta a la situación real y autismo. (2).

El hecho de que la personalidad se desarrolle en forma adecuada o inadecuada depende de la dotación genética y constitucional de cada individuo. Sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones maternas y más tarde las transacciones familiares, que dinámicamente producen el desenvolvimiento de diversas funciones yoicas y superyoicas, y van formando el ideal del yo de cada individuo. Conforme se desarrolla la personalidad y pasa el tiempo, se tiene que hacer frente a las oportunidades y causas de stress sociales, que actúan sobre el individuo que crece y sirven para precipitar un trastorno.

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de aliniación mental caracteri-

zada por un proceso de desintegración mental, que ha sido llamado alternativamente "demencia precoz", "discordancia intrapsíquica", o "disociación autística de la personalidad".

Tipos de Esquizofrenia.

Episodios esquizofrénicos y proceso esquizofrénico.

El proceso esquizofrénico es una forma de vida que se inicia en la infancia y que progresiva y gradualmente aleja al sujeto de la adaptación realista hasta que culmina finalmente con la retirada del mundo objetivo.

El episodio esquizofrénico es la relación de un sujeto cuya adaptabilidad se ha mantenido adecuada en situaciones ordinarias, pero cuya tolerancia se quiebra ante situaciones de apremio exageradas.

a) Tipo simple "esquizofrénicos ambulantes":

Incluye una psicosis en la cual hay un desarrollo insidioso de extravagancia de la conducta, una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución del rendimiento total. No hay evidencia de alucinaciones, ni delirios y el trastorno es menos obviamente psicótico que los tipos hebefrénicos, paranoide y catatónico de esquizofrenia. El principio es difícil de determinar porque el sujeto por lo general, siempre ha tenido una adaptación social deficiente. Se trata de jóvenes que desde su infancia han demostrado su incapacidad para responder al mundo exterior con afectos cálidos y para relacionarse con la gente. Algunos de estos individuos nunca ingresan a los sanatorios; son simplemente sujetos inafectivos e inefectivos que desarrollan ocupaciones por debajo de sus capacidades o que vegetan parasitariamente sin intereses ni metas. En la adolescencia, un joven que tal vez ha mostrado grandes posibilidades, comienza a perder interés en la escuela o en sus ocupaciones; se vuelve malhumorado, irritable e indolente. Sus anhelos dejan de ser realistas. Una superficialidad en las emociones, una indiferencia o "encallecimiento" afectivo, la ausencia de voluntad o de empuje y una escasez progresiva de recursos interiores, revelan el marchitamiento de la personalidad, que constituye el rasgo más prominente de este tipo.

b) Tipo catatónico:

Los trastornos psicomotores de la catatonía son de un nivel bastante elevado, en el sentido de que la desestructuración de la conciencia es menor de lo que parece ser. El síndrome característico de esta desintegración psicomotora viene dado por la inercia y la pérdida de la iniciativa motora. Sobre ese fondo de pasividad se observan fenómenos psicomotores semiautomáticos y semiintencionales: la catalepsia (mantenimiento de las actitudes impuestas a antebrazo o a la mano,

cabeza, etc.); la flexibilidad c6rea (plasticidad de las masas musculares en los movimientos pasivos); las paracinesias (estereotipas, manerismos, patetismos, muecas, m6mica parad6jica), la oposici6n negativista y la sugestibilidad. Dentro del cuadro del estupor catat6nico se destacan las impulsiones s6bitas y las grandes crisis hipersin6ticas (agitaci6n catat6nica). Este s6ndrome se presenta sobre todo en ciertas formas de esquizofrenia (forma catat6nica y hebefrenocatat6nica). La cataton6a tiene casi siempre un contenido on6rico o delirante, es decir que todos estos trastornos psicomotores manifiestan una experiencia fantasm6tica o imaginaria, por lo general bastante ca6tica (el enfermo se cree en el infierno, pose6do por el esp6ritu de su padre, en curso de metamorf6sis, etc.). A este respecto, el estado catat6nico es una especie de sue6o hipn6tico que recuerda la histeria, pero puede ser asimismo observada en ciertas afecciones cerebrales, ya sea por lesiones corticales o mesoencef6licas (4).

Incluye una forma de esquizofrenia cuyo rasgo m6s importante son, como ya mencionamos, los trastornos psicomotores, a menudo alternando entre extremos tales como la hiperquinesia y el estupor o la obediencia autom6tica y el negativismo.

En esta forma cl6nica se observan las manifestaciones m6s activas de la tendencia regresiva. En efecto, el estupor catat6nico representa el m6ximo de encierro en uno mismo y el m6ximo de ruptura de relaciones con el mundo objetivo.

c) Tipo paranoide:

Incluye una forma de esquizofrenia en la cual los delirios relativamente estables, acompa6ados a veces de alucinaciones, delirios que frecuentemente son de persecuci6n aunque pueden tomar otras formas (celos, origen ilustre, misi6n mesi6nica o cambio som6tico).

El t6rmino paranoide, designa un s6ndrome de conducta autista asociado, anteriormente a ideas delirantes de persecuci6n y alucinaciones auditivas. Las ideas delirantes representan un intento de restituci6n, un proceso por el cual el enfermo crea en su fantas6a un mundo que reemplace al que ha negado. La retirada y la negaci6n no han sido suficientes. Con frecuencia, la idea persecutoria se mezcla con la idea megalomaniaca que consiste en atribuirse m6ritos y cualidades que resultan altamente gratos y que hacen el cuadro m6s rebelde al tratamiento.

b) Tipo hebefr6nico:

El principio de este tipo de esquizofrenia es insidioso y generalmente ocurre en los primeros a6os de la adolescencia. Es la "demencia precoz de los j6venes" (4), el comienzo es generalmente insidioso y progresivo, sobre todo en el adolescente (dificultades escolares, p6rdida del rendimiento, alegaci6n de una fatiga creciente acompa6ada de quejas hipocondriacas). Las formas de comienzo seudo neur6tico son bastante frecuentes, pero r6pidamente (en algunos meses o en un

año) se instalan manifiestos elementos discordantes.

Lo habitual es que el paciente sea soltero y no trabaje, y tenga antecedentes de trastorno esquizofrenético en su familia. En ocasiones el principio es subagudo y se caracteriza por una depresión semejante a una reacción afectiva de aplanamiento. El hebefrénico muestra en grado la tendencia disociativa. Sus delirios son más extraños e inconsecuentes que los del paranoide. El enfermo puede exhibir en este caso todos los síntomas descritos como expresión de negación de la realidad, el narcisismo y la actividad restitutiva.

El enfermo llega a vivir una vida intensamente autística; se vuelve inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo y se aísla del exterior. La desintegración final de la personalidad y de los hábitos es tal vez, en este tipo, mayor que en cualquiera de las otras formas de esquizofrenia.

2. Psicosis Afectivas.

Incluye trastornos mentales generalmente interactivos, en los cuales se presenta un trastorno severo del ánimo (caracterizado principalmente por depresión y angustia, pero también por elación, excitación).

Este grupo consta de los trastornos de la conducta que se caracterizan, principalmente, por aumento o disminución en la actividad o en el pensamiento, que expresan el estado de ánimo que predomina, ya sea depresión o exaltación. Una persona que por casualidad observa al paciente, puede pensar que existe una relación lógica entre el ambiente social inmediato y las anormalidades de la actividad, el afecto y el pensamiento.

3. Psicosis Maniaco-depresivas.

Se trata de una condición caracterizada por episodios de depresión y manía que se inicia comúnmente en individuos de ambos sexos entre los 30 y los 40 años. La duración de un episodio no tratado es aproximadamente de seis meses. Lo habitual es que el enfermo se recupere, aunque hay casos malignos que pasan a la cronicidad o en los que la recuperación es sólo parcial.

La psicosis maniaco-depresiva se presentaba a los ojos de los clásicos como una afección de tipo endógena, es decir que el papel asignado a la herencia y a la constitución, así como los factores biológico-humorales y hormonales, era considerable. Esto se comprende si se tiene en cuenta que esta psicosis se caracteriza por la virtualidad de los accesos, por una tendencia rítmica profunda de las oscilaciones del humor (ciclotimia). No obstante esta noción de "psicosis endógena" no puede ser sino relativa, puesto que incluso en los numerosos casos en que los estados maniaco-depresivos proceden de un proceso hereditario, pueden ser más o menos directamente condicionados o desencadenados por "factores exógenos" (afecciones cerebrales, procesos toxiinfecciosos, perturbaciones endocrinas y metabólicas adquiridas y también por agresiones psíquicas). Es verdad que

estos factores circunstanciales o ambientales plantean la cuestión del carácter prepsicótico, lo cual nos remite de nuevo al punto de partida, es decir, a los factores endógenos de predisposición que, a fin de cuentas, aparecen como determinantes (4).

Las psicosis "periódicas" o "maniaco-depresivas" se caracterizan por la tendencia "ciclotímica" a producir accesos de manía o de melancolía.

4. Psicosis Involutiva.

La psicosis involutiva o melancolía se desarrolla hacia los 60 años en los varones y en las mujeres hacia los 50. El trastorno parece estar específicamente relacionado con los problemas de ese período de la vida y debe ser separado de otras reacciones psicóticas que pueden ocurrir en esa época, tales como los ataques depresivos en sujetos maniaco-depresivos. La paranoia y los cuadros debidos a cambios degenerativos del cerebro que se manifiestan por demencia y en los que puede haber elementos depresivos y ansiosos.

5. Paranoia.

Es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso, que se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla y las reacciones emocionales y de conducta no se alteran, excepto por la influencia que sobre ellas ejercen las creencias delirantes, que se vuelven el motivo predominante y la guía de la vida del enfermo y pueden, por lo tanto, alterar gravemente la prudencia y el juicio.

Las causas de la paranoia y de los estados paranoides son psicológicas. Entre estas causas psicológicas están los anhelos ambiciosos, pero frustrados, el hecho de que la personalidad sienta necesidad de defenderse contra tendencias indeseables e impulsos repudiados; los sentimientos de vergüenza u otros factores angustiantes; el fracaso continuo al no lograr objetivos sobrevalorados, o la necesidad de aumentar el propio prestigio o la autoestimación. Hay experiencias traumáticas de la vida que pueden ser factores contribuyentes. En un gran número de casos se encontrará que el paranoico proviene de una familia que ha sido autoritaria, áspera y cruel en grado excesivo. Es frecuente que uno de los padres, casi siempre el del sexo igual al del enfermo, haya sido una persona hostil y dominante que rechazó al niño y por medio de acusaciones le produjo miedo, angustia, sentimiento de insuficiencia y de ser "un niño malo", los cuales, sin embargo, el paciente nunca llega a aceptar. En muchos casos, tal vez la mayoría, hubo una excesiva identificación temprana con el progenitor del sexo opuesto. Como resultado de las experiencias emocionales y las frustraciones, suelen establecerse patrones de odio y agresión; no obstante, el niño tiene que hacer un esfuerzo para reprimirlos a causa del miedo hacia uno de los padres.

No existe un punto claramente definido en el que la personalidad con las características descritas deba calificarse de psicótica. Las tendencias paranoides rara vez se vuelven tan intensas como para justificar un diagnóstico de paranoia, antes de los 30 años de edad. El trastorno es más común en los hombres. El síntoma inicial de la paranoia y de los estados paranoides es un sistema rígido y persistente de ideas delirantes, que en ocasiones se origina de un hecho real. Un norte transversal de la conducta y el contenido del pensamiento del enfermo puede ser engañoso, ya que una superficie aparentemente normal puede ocultar un trastorno grave. El corte longitudinal, en cambio, revela fácilmente la tendencia paranoide. El contenido de las ideas paranoides varía mucho y está determinado primariamente por las particulares necesidades psicológicas que el enfermo intenta satisfacer por medio de ellas, y secundariamente por el tipo de racionalización que concuerda con las ideas y creencias que predominan en el ambiente del enfermo.

Las propias inclinaciones del paciente se reflejan en los motivos especiales que atribuye a los demás. Las ideas que predominan son de persecución o de grandiosidad expansiva, o ambos temas (5).

Psicosis Orgánicas.

Son padecimientos en los cuales el estado mental del enfermo depende esencialmente de su condición orgánica. Los síntomas se expresan, por una parte, los defectos en el funcionamiento mental debidos al daño tisular del cerebro y, por otra la reacción de la personalidad total del enfermo, en la cual es discernible el intento de compensar el déficit orgánico.

Las causas de las psicosis orgánicas son numerosas: traumatismos craneo-encefálicos, infecciones, intoxicaciones, neoplasias, trastornos metabólicos, procesos degenerativos de la senilidad y de la arterioesclerosis.

Estas psicosis se subdividen en:

1. Delirio.

Es la expresión directa de un proceso orgánico agudo y ordinariamente desaparece cuando cambian las condiciones que lo producen.

También se denomina síndrome cerebral agudo, aun cuando implique mucho más que un trastorno de la conciencia. El síndrome, habitualmente agudo tanto en su desarrollo como en su curso, consiste en obnubilación de la conciencia, atolondramiento, inquietud, confusión, desorientación, pensamiento incoherente o semejante al de un sueño, ilusiones y alucinaciones, y aprensión o miedo. El delirio se asocia en general con infecciones febriles, estados tóxicos, trastornos metabólicos (uremia, pelagra, anemia perniciosa), insuficiencia cardíaca o trauma craneal, que alteran el funcionamiento del cerebro y causan insuficiencia cere-

bral. Algunas personas desarrollan delirio con más facilidad que otras. Tal vez en algunos casos esta tendencia está provocada por una mayor vulnerabilidad propia del cerebro con respecto a las toxinas, o por una menor resistencia de la barrera hematoencefálica. Por otra parte, la susceptibilidad puede depender de la integración y la estabilidad de la personalidad.

Hay poca relación específica entre los síntomas y la causa que igual puede ser la fiebre tifoidea u otra condición febril, que una fractura de cráneo o un trastorno metabólico o una intoxicación por barbitúricos, bromuros o alcohol. También en las enfermedades del corazón y en la diabetes, debido a deficiencias metabólicas, el cuadro puede presentarse con las características descritas.

2. Demencia.

En cualquier trastorno o degeneración estructural de las neuronas corticales superiores, como por ejemplo en la intoxicación prolongada o en la desnutrición, la consecuencia es una pérdida permanente e irreversible de la eficiencia intelectual que se conoce como demencia. Si es de grado ligero, el deterioro puede manifestarse por autocrítica defectuosa, trastorno en la capacidad para hacer diferenciaciones finas, trastornos en las decisiones que implican valores morales delicados, e incapacidad para emplear ideas abstractas.

Debe tenerse cuidado en no confundir con demencia la inhibición temporal de los intereses causada por la preocupación o el embotamiento de la conciencia provocado por toxinas externas o internas.

Las causas de demencia pueden ser:

- a) Cambios atróficos del cerebro que da como resultado la demencia senil.
- b) Trastornos vasculares del cerebro, incluyendo la demencia arterioesclerótica y la encefalopatía hipertensiva.
- c) Trastornos inflamatorios del cerebro, en especial sífilis y encefalitis epidémica.
- d) Enfermedades degenerativas del cerebro, principalmente la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Pick y la corea de Huntington.
- e) Enfermedades carenciales, incluyendo la psicosis de Korsakoff, la encefalopatía de Wernicke, la pelagra y la anemia perniciosa o deficiencia de vitamina B₁₂.
- f) Neoplasias.
- g) Traumatismos (5).

En las psicosis orgánicas crónicas, hay además cambios de la personalidad que resultan de la incapacidad del sujeto para continuar adaptándose realísimamente y de la pérdida de la función integradora de su personalidad. Son frecuentes los síntomas compensadores de carácter esquizofrénico o depresivo (1).

3. Psicosis Seniles.

Son las más comunes de las psicosis orgánicas. Se inician a una edad comprendida entre los 60 y los 80 años de edad, aunque hay personas que en edades aún mayores no muestran déficit apreciable. Se piensa que la dieta, la raza y condiciones emocionales juegan un papel importante.

Las exageraciones y caricaturas de la personalidad previa revelan las primeras tendencias. La angustia, la irritabilidad, la timidez y otros cambios en la personalidad que con frecuencia se observan en la senilidad, no son atribuibles exclusivamente a los cambios en el cerebro. Muchos síntomas se deben a que el individuo ha sido empujado a una situación que frustra sus deseos, le impide ser útil, y lo priva de su categoría de persona autónoma. El anciano al no encontrar las satisfacciones necesarias para reemplazar las que experimentaba cuando se sentía indispensable, importante y productivo, tiende a presentar cambios regresivos (5).

4. Psicosis Epilépticas.

La epilepsia puede estar asociada con trastornos mentales pasajeros o permanentes de carácter psicótico. Uno de ellos es el furor epiléptico que se presenta durante el período de conciencia atenuada que sigue a una crisis convulsiva.

Los enfermos epilépticos pueden sufrir al cabo de los años un deterioro progresivo de sus facultades intelectuales. El cuadro tiene las características de una demencia matizada por ciertos rasgos de personalidad tales como terquedad, prolijidad, irritabilidad, superficialidad de afecto y tendencias hipocondríacas.

5. Psicosis del alcoholismo.

Son la consecuencia del daño cerebral causado por el alcohol y por la mala nutrición. Las pautas neuróticas presentes en el alcoholismo matizan el cuadro (ver punto 2.6).

6. Psicosis de Korsakoff.

Esta difiere del cuadro anterior en su principio más agudo y en su asociación con síntomas de neuritis múltiple.

En algunas ocasiones se nota que lo que parece ser un caso ordinario de delirium tremens (excepto por la ausencia del habitual sueño crítico) presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo.

Este padecimiento es uno de los diversos síndromes que resultan de la deficiencia de la vitamina B, a la cual el alcohólico está especialmente propenso debido a su absorción intestinal alterada, su dieta limitada principalmente a alcohol, sin vitaminas y su elevado requerimiento vitamínico, resultante del gran efecto calórico del alcohol.

Es obvio que la deficiencia de la vitamina B puede presentarse bajo diversas circunstancias. Aunque la deficiencia de otros constituyentes del complejo B sin duda contribuye a la producción de estos síndromes, la deficiencia de tiamina y de niacina es la principal responsable de ellos.

7. Psicosis Infecciosa.

Una de las psicosis más comunes es la causada por la invasión meningo-encefálica del treponema de la sífilis. El padecimiento denominado parálisis general progresiva, se presenta en un pequeño porcentaje en las personas que contraen sífilis (1).

2.10. Bruxismo.

También suele llamársele bruxomanía, bricondoncia, bricomanía, neurosis oclusal, bruxismo, etc.

Bruxismo es el frotamiento habitual durante el sueño o como hábito inconsciente en horas de trabajo. Este término suele ser aplicado al hábito de apretar, durante el cual se ejerce presión sobre dientes y periodonto, y también el golpeo repetido de dientes.

En algunos casos el bruxismo que se asocia a alteraciones emocionales y a tensión nerviosa puede ser la causa de la atricción (la cual se define, como la destrucción y caída de las estructuras dentales por las fuerzas activas de la masticación), el grado de la destrucción activa depende de las fuerzas masticatorias y del grado de solidez o blandura de las estructuras dentarias en los distintos individuos.

Podemos decir que dentro de su etiología encontramos cuatro causas principales que son: 1) locales, 2) generales, 3) psicológicas y 4) ocupacionales. (2).

Los factores locales están relacionados con algún tipo de alteración oclusal leve que produce molestia leve y tensión crónica, aunque no se reconozca. Se ha dicho que muchas veces el bruxismo se convierte en hábito como resultado de

un intento inconsciente del paciente por poner una mayor cantidad de dientes en contacto o por contrarrestar una situación local. En niños, el hábito suele tener relación con la transición de la dentición primaria a la permanente y puede ser producto de un esfuerzo inconsciente por ubicar los planos dentales individuales de manera que la musculatura repose.

Los factores generales han sido propuestos como importantes desde el punto de vista etiológico, pero resulta difícil determinar el papel de la mayor parte de ellos. Han sido mencionados como factores causales trastornos gastrointestinales, deficiencias nutricionales asintomáticas, trastornos alérgicos y endócrinos. En ciertos casos existen antecedentes hereditarios.

Se puede decir que los factores psicológicos son la causa más común. La tensión emocional se expresa a través de una continuidad de hábitos nerviosos, uno de los cuales puede ser el bruxismo. Así pues, cuando una persona siente temor, ira, rechazo u otras emociones que no puede expresar, permanecen ocultas en el subconsciente, pero se manifiestan periódicamente de muchas maneras. Se ha observado que este padecimiento es común en las instituciones de salud mental. Esta es una manifestación de tensión nerviosa también en niños y puede relacionarse con el mordisqueo o mascado crónico de juguetes.

Las ocupacionales de cierto tipo favorecen el establecimiento de este hábito. Es frecuentemente que los atletas entregados a actividades físicas tengan bruxismo, si bien no se conoce a ciencia cierta la razón exacta de ello. Las ocupaciones en las cuales el trabajo debe ser de suma precisión, como en relojeros, son propensas a causar bruxismo. Es voluntario en personas que habitualmente mascan goma, tabajo u objetos como palillos de dientes o lápices. Si bien voluntaria, también es una reacción nerviosa que puede conducir en última instancia al bruxismo involuntario o subconsciente.

Como anteriormente mencionamos, parece ser que la tensión nerviosa es una causa común para la aparición del hábito, en presencia de una oclusión patológica. En muchas ocasiones es una manifestación local de una condición general de psiconeurosis. La bruxomanía puede ser la expresión de una tensión nerviosa y de tendencias conscientes o inconscientes de agresividad, o de manifestaciones de angustia somatizadas en la boca.

Otro factor causal para la iniciación de la bruxomanía es la discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica; invariablemente ésta va acompañada de contracciones asincrónicas o sostenidas de los músculos temporal y masetero, durante la deglución.

Un gran porcentaje de pacientes con periodontitis y periodontosis tienen bruxomanía. Parece ser que estos padecimientos predisponen a la bruxomanía. Debe hacerse énfasis de que la bruxomanía no lleva necesariamente a la enfermedad periodóntica, pero siempre es una causa potencial de influencia perjudicial sobre

los dientes, periodonto, mandíbula, cara, músculos del cuello y lengua, carrillos y de las articulaciones temporomandibulares.

La bruxomanía es una parafunción.
(9, 10, 11).

2.11 Síndrome dolor disfunción de la ATM.

También conocido como síndrome de dolor y disfunción miofacial, síndrome de mialgesia masticatoria, síndrome de Costen.

Síndrome de dolor y disfunción temporomandibular, llamado más recientemente síndrome de dolor y disfunción miofacial (DDM). Es una disfunción de la totalidad del aparato masticatorio, así como el reconocimiento de ciertas características psicológicas del paciente como causantes del síndrome.

El principal factor que origina las manifestaciones de este síndrome es el espasmo de músculos masticatorios. Este espasmo puede generarse como consecuencia de sobreextensión, contracción excesiva o fatiga de músculos. Así, la sobreextensión muscular puede ser producida por aparatos o restauraciones dentales que invaden el espacio intermaxilar. Por el contrario la contracción excesiva se originaría por la pérdida bilateral de dientes posteriores o resorción continuada del hueso alveolar tras la colocación de aparato protético. Sin embargo, hay indicios de que la causa más común de este síndrome es la fatiga muscular producida por hábitos bucales crónicos como frotamiento o apretamiento de los dientes (bruxismo). Esto, a su vez, puede provenir de factores irritativos, como una restauración que ocluye mal o un margen desbordante de una restauración. Se cree que estos hábitos son mecanismos involuntarios de alivio de tensiones que como agentes etiológicos comprenden factores emocionales y mecánicos. Esta explicación del síndrome ha sido denominada "teoría psicofisiológica".

La aparición del espasmo muscular masticatorio como producto de cualquiera de los mecanismos mencionados genera dolor y limitación del movimiento así como un desplazamiento pequeño de la posición de reposo mandibular, de manera que los dientes no ocluyen adecuadamente. Las piezas pueden desplazarse gradualmente para acomodarse a la maloclusión, si ésta persiste lo suficiente, pero luego, cuando se alivia el espasmo, los pacientes presentan otro desequilibrio oclusal cuando la musculatura relajada permite la vuelta de los maxilares a su posición normal original.

Además de la disarmonía oclusal, se cree que el espasmo de músculos masticatorios es capaz de producir por lo menos otros dos trastornos orgánicos: artritis degenerativa, contractura muscular. Entonces cualquiera de estos factores, o todos ellos, se convierten en autoperpetuantes debido a la alteración resultante del patrón masticatorio, y se instala la continua agresión y amplificación del espasmo y dolor musculares originales. (9, 10, 11).

BIBLIOGRAFIA

- .- De la Fuente Muffiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpresión 1981, FONDO DE CULTURA ECONOMICA

- .- Henry, Ey
"TRATADO DE PSIQUIATRIA"
8a edición 1978, TOZAY-MASSON

- .- Lawrence C. Koch
"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"
6a edición 1983, LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A.

- .- Glickman, Irving
"PERIODONTOLOGIA CLINICA"
4a edición 1980, INTERAMERICANA

- .- Shafer, William G.
"TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL"
4a edición 1980, INTERAMERICANA

- .- Zegarelli, Edward
"DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL"
6a edición reimpresión 1979, SAWES

- .- Martínez Ross, Erick
"OCLUSION"
2a edición 1978, VICOVA EDITORES

- .- Ramfjod Ash
"OCLUSION"
2a edición, INTERAMERICANA

Capítulo 3. Características Clínicas.

3.1 Características clínicas de la Neurosis.

Los síntomas neuróticos, son expresión de los intentos del individuo por reconciliar tendencias antagónicas y establecer transacciones con las demandas del ambiente exterior.

En el síntoma, una tendencia o impulso inconsciente es en parte reprimido y en parte satisfecho. Su satisfacción, sólo parcialmente reprimida por las fuerzas represoras, se hace en forma simbólica.

La variedad de los síntomas que caracterizan a cada neurosis depende de diferentes tipos de defensas empleadas para resolver la angustia, la soledad, la culpa y la vergüenza resultantes de la reactivación del conflicto neurótico original.

Los síntomas de estos trastornos consisten, ya sea en una manifestación de angustia (si el enfermo la siente la expresa directamente), o bien el esfuerzo automático para controlar dicha angustia por medio de defensas como conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos y actos repetitivos. Habitualmente la represión, que suele verse apoyada por formaciones reactivas útiles que la sociedad acepta, permite al individuo manejar cómodamente los sentidos y las situaciones que tienden a provocar angustia. Estas sensaciones y manifestaciones de angustia, o los métodos para adaptarse a la misma (defensas), constituyen los síntomas de la neurosis (1).

Las adaptaciones neuróticas nunca son del todo satisfactorias, puesto que en forma secundaria producen sentimientos de incompetencia, vergüenza y culpa. En las psiconeurosis, por lo tanto, los fenómenos sintomáticos clínicos suelen no tener importancia en sí mismos, sino que simplemente indican la presencia de situciones significativas y angustiantes que perturban al individuo. Es cierto que muchas veces el síntoma proporciona una pista respecto a la naturaleza del problema primario, pero para comprender una neurosis hay que reconocer cuál es el objetivo inconsciente y neurótico de la misma.

La forma de la neurosis está determinada en gran parte por el tipo de medida de defensiva que el paciente emplea para controlar la angustia y relativamente pocos enfermos se limitan a un solo tipo de recursos. Los síntomas del paciente representan su reacción de defensa ante una situación angustiante que no pueden manejar por otros medios. Independientemente de la forma que asuman, en la actualidad se acepta que los síntomas del paciente neurótico sólo pueden comprenderse en términos psicológicos o psicobiológicos.

El enfermo no reconoce la relación que existe entre sus conflictos emocionales y las situaciones perturbadoras, por una parte, y el funcionamiento anormal de

su personalidad por otra. El comportamiento puede afectarse mucho, aunque en general permanece dentro de los límites socialmente aceptables y la personalidad no se desorganiza. Sus principales manifestaciones incluyen excesiva angustia, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos y compulsivos y depresión (1).

3.2 Angustia.

A través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, la angustia tiene una especial facilidad para trastornar las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos. En las formas agudas, a través de una estimulación del sistema nervioso puede producir una tensión visceral generalizada, y por lo tanto, hiperventilación, espasmo de las porciones cardíaca y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, hiperclorhidria, diarrea o constipación, palpitaciones, taquicardia, extrasístoles, bochornos (trastornos vasomotores) y dificultad respiratoria. Puede acompañarse de náuseas, desmayo, debilidad y temblores musculares. Las manos y la cara se cubren de sudor, el paciente toma una posición tensa, muestra vigilancia excesiva, mueve "nerviosamente" las manos y los pies, su voz se vuelve irregular y forzada, y sus pupilas se dilatan ampliamente. Cuando la angustia es intensa y se derrama hacia el sistema muscular, produciendo gran inquietud motora, se habla de agitación, para describir la reacción que presenta el paciente.

Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe ubicarse, desde el punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son disruptivos para su organización.

Si bien la angustia es una experiencia universal, hay diferencias importantes entre la angustia experimentada por cualquier persona sana y la angustia del neurótico, las cuales son:

- a) En los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad.
- b) En la relación entre la intensidad de la reacción y el peligro.
- c) En la persistencia o terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido.
- d) En la posibilidad de confortar el peligro constructivamente a un nivel consciente.

Es necesario decir que la desproporción es sólo aparente. La relación entre el peligro y la reacción es siempre proporcionada, sino se toma en cuenta solamente la situación objetiva sino también el valor subjetivo.

3.3. Ansiedad histérica.

En la angustia el sentimiento de impotencia es mayor, pues la amenaza se percibe vaga e indefinida o no se manifiesta del todo. Los síntomas en la angustia neurótica son el resultado de la descarga masiva o bien de la descarga fraccionada del sistema nervioso, particularmente del sistema autónomo: taquicardia, arritmias, disnea, náuseas, diarrea, sensación vertiginosa subjetiva, sentimiento de irrealidad, etc., son síntomas que suelen presentarse en forma de crisis diurnas o nocturnas. En los intervalos entre las crisis y en los casos crónicos, los síntomas se hacen más difusos y vagos. Después de la primera crisis, el enfermo aparece aprensivo y temeroso de que la experiencia aterradorante pueda repetirse.

En la angustia, los síntomas no expresan nada específico en relación con el conflicto; sólo indican su existencia. Como cualquier estado de desequilibrio, el estado de angustia tiende a su resolución. De ahí que esta condición neurótica sea transitoria en su forma aguda. Con el tiempo desaparece gradualmente o evoluciona hacia el estado fóbico o hacia una condición hipocondriaca (1).

3.4 Fobia.

Una fobia es una reacción defensiva en la cual el paciente, en un intento de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto o situación específicos de su vida cotidiana, y la desplaza en forma de un miedo neurótico específico hacia una idea, objeto o situación asociados a la primera idea. Aunque el enfermo reconoce conscientemente que no existe peligro real, sí se expone al objeto o situación simbólicos y específicos que estimulan la fobia, no puede evitar una intensa sensación de miedo. Dicha aprensión, aflictiva en grado extremo, que se asocia a un objeto o situación a los cuales se teme en forma consciente, en realidad se deriva de otras fuentes, que el enfermo no percibe.

El fóbico experimenta desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiración, náusea y temblor. Este es el ataque agudo de angustia típico, que suele manifestarse en forma de hiperventilación. Es posible que el paciente no pueda continuar con el trabajo que está desempeñando y sea presa del pánico. Si evita el objeto o la situación fóbica, puede controlar su angustia; pero el llevar a cabo una actividad fóbica, para él significaría, inconscientemente, desempeñar la actividad prohibida que provoca la angustia que tanto teme. El paciente también se castiga constantemente por sus impulsos y tendencias inconscientes, a través de las penosas restricciones y los sufrimientos que su fobia le imponen.

Una parte importante de la neurosis fóbica es la evitación sistemática. Cuando el individuo evita enfrentarse a la situación, la persona o la idea que teme, logra un control parcial de la angustia y durante algún tiempo alivia sus temores (5).

La fobia es un estado de angustia intensa que produce una desorganización de las funciones del yo. El pánico no sólo es un grado intenso de miedo, sino un miedo basado en una tensión prolongada, con el clímax súbito que se caracteriza por miedo, inseguridad extrema, suspicacia y tendencia hacia la proyección y la desorganización. Las malinterpretaciones van seguidas de proyecciones que pueden tomar la forma de alucinaciones con contenido acusador o de ideas delirantes de persecución. A causa de la sensación subyacente de inseguridad, el paciente puede reaccionar con autoafirmación, agresividad, precipitación o, en otros casos, presentar dilatación pupilar y las otras manifestaciones simpático-tónicas habituales en la angustia intensa, a pesar de lo cual permanece estática porque no se atreve a moverse. A menudo le es difícil pensar y en ocasiones tiene la sensación y la apariencia de atollamiento (5).

3.5 Características clínicas de la Hipocondriasis.

Como se dijo anteriormente, el órgano sobre el que se enfoca el síntoma corporal, habitualmente es de los que en especial están sujetos a las expresiones fisiológicas de la angustia o a la tensión muscular del estado angustioso. La hipocondría se manifiesta con más frecuencia en personas que han mostrado previamente una tendencia a implorar afecto o a evadir las responsabilidades de la vida por medio de la enfermedad (5).

En la hipocondría la atención del paciente se concentra exageradamente sobre el propio cuerpo; está deprimido y sus pensamientos son una preocupación obsesiva por algún órgano corporal. El paciente está convencido de que dicho órgano sufre una enfermedad incurable, aunque no se pueda demostrar ningún proceso patológico. Los pacientes a menudo relatan una multiplicidad de molestias relacionadas con diferentes órganos o sistemas corporales que, según el insistente comentario del enfermo, deben estar incurablemente afectados. El hipocondriaco no sólo está pendiente de diversas sensaciones que la mayoría de las personas pasan por alto, sino que también amplifica la intensidad de las sensaciones normales de fatiga, etc.; en muchos casos la hipocondría parece ser un desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo, con las resultantes molestias somáticas. Algunas reacciones hipocondriacas pueden volverse obsesivas en forma persistente y excesiva e incluso pueden aparecer compulsiones asociadas. Puede presentarse un sentimiento de cambio en la persona.

La angustia se desplaza por las fuentes mentales inconscientes a los órganos, que así se transforman en el centro de la inquietud afectiva y la preocupación (4).

3.6 Alcoholismo y Drogadicción.

La diferencia entre un alcohólico y un bebedor social estriba en que este último bebe en forma irregular y menos compulsiva con el propósito de relajar sus tensiones; según las circunstancias, puede o no usar el alcohol, pero éste no

llega a ser un sustituto de su interés en la gente y en las situaciones. La distinción no es muy tajante y un individuo puede pasar en el curso de unos años de una categoría a otra. Los caracteres diferenciales son la compulsividad y la sustitución con la realidad. Los alcohólicos son generalmente sujetos débiles de carácter, pasivos, dependientes, receptivos, que se desalientan fácilmente; como el esquizofrénico, tienden a huir de la realidad. La historia típica es la de un sujeto de poca iniciativa y perseverancia que muestra en sus actos poca responsabilidad; que en sus relaciones con la demás gente trata de obtener mucho y dar poco. En general, sus relaciones con los demás sólo son importantes para él en tanto que contribuyen a su satisfacción o inseguridad. El alcohólico se relaciona mejor con gente de su propio sexo debido a que las demandas son menores que en las relaciones con personas del otro sexo. Gradualmente pierde respeto y prestigio y esta pérdida de estimación hace que sea más necesario para él continuar negando la realidad.

Algunos autores definen el alcoholismo como un estado en el que el individuo muestra uno de los siguientes rasgos:

- 1) Efectos psicológicos o médicos graves debido a los episodios repetidos de intoxicación.
- 2) Incapacidad para controlar el deseo de beber.
3. Conducta socialmente inapropiada mientras el individuo está intoxicado.
- 4) Insatisfacción de la familia, de la sociedad, o del individuo mismo ante el patrón de ingestión alcohólica anormal (5).

La dependencia respecto a los narcóticos se caracteriza por diversos signos de alteración en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (bostezos, lagrimeo, rinorrea, "carne de gallina") y síntomas que reflejan irritabilidad general del sistema nervioso central (espasmos musculares, insomnio, hipertensión y fiebre), que se presentan cuando el individuo deja de ingerir dichos narcóticos. La dependencia respecto a los hipnóticos y el alcohol se manifiesta principalmente por la aparición de convulsiones y delirio cuando se suspende la droga.

La dependencia física es un proceso autolimitado. Los síntomas aparecen de acuerdo con una secuencia temporal definida, a partir del momento en que se suspende la droga, alcanzan intensidad máxima al cabo de cierto tiempo y disminuyen también con un ritmo definido. Los síntomas que siguen a la suspensión de drogas cuya acción es relativamente corta aparecen con rapidez, se vuelven intensos en poco tiempo y declinan también rápidamente. Los síntomas que siguen a la suspensión de una droga cuya acción es prolongada aparecen con lentitud, y nunca llegan a ser intensos y declinan más lentamente (4).

3.7 Neurosis Compulsivas.

Al igual que en el alcohólico, existe intolerancia de tensiones, pero con la particularidad que en estos pacientes se observa una canalización restringida del impulso buscador de placer, mismo que es satisfecho en una forma distorsionada, simbólica. En el alcohólico, la satisfacción es directa y aquí se hace a través de símbolos. Aunque algunos de estos símbolos son universales, su significado es comprensible solamente en relación con eventos especiales en la biografía del sujeto.

La reacción obsesivo-compulsiva puede expresarse en tres formas clínicas:

- 1) La reaparición persistente de un pensamiento desagradable y a menudo inquietante.
- 2) Una morbosa necesidad apremiante, a menudo irresistible, de llevar a cabo determinado acto repetitivo y estereotipado.
- 3) Un pensamiento que reaparece en forma obsesiva, acompañado de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo (4).

3.8 Desviaciones Sexuales.

Como las adicciones y los estados impulsivos, las desviaciones sexuales tienen en común con las psicopatías el que sus manifestaciones están sintonizadas con el ego. Se trata en la mayor parte de los casos de manifestaciones patológicas circunscritas de personalidades que son sanas en otros aspectos. En otros casos, el sujeto exhibe además de su desviación rasgos psicopáticos francos.

La detención o desviación en el desarrollo no está, desde luego, en la anatomía o en la fisiología de los órganos sexuales, sino en el aspecto psicosexual, es decir, en el aspecto emocional y en las inclinaciones de la expresión sexual.

La maduración psicosexual puede retrasarse con respecto a la maduración biológica, o bloquearse a tal grado, que no llegan a establecerse impulsos heterosexuales normales o maduros. En consecuencia se busca la satisfacción del impulso sexual a través de expresiones como el sadismo, masoquismo, fetichismo, y otros medios.

La homosexualidad puede presentarse también como un desarrollo que aparece en la adolescencia o tardíamente en la infancia como una formación sustitutiva casual.

El sadismo sexual consiste en derivar placer erótico infligiendo sufrimiento al objeto amoroso. El masoquismo consiste en derivar satisfacción erótica experimentando dolor. Elementos discretos sádicos y masoquistas se encuentran

por otra parte en individuos normales. Ambos suelen coexistir en la misma persona. La patología depende de la intensidad, compulsividad y destructividad de dichos impulsos.

Deflexiones del impulso sexual hacia objetos que no son el cuerpo humano, tales como la bestialidad, el fetichismo y la necrofilia pueden coexistir o suplantarse a la heterosexualidad.

La bestialidad que consiste en sentir atracción sexual por los animales.

La necrofilia que es el interés sexual por los cadáveres, se presentan generalmente coincidiendo con otras desviaciones.

El fetichismo consiste en la vinculación del interés sexual con objetos inanimados, comúnmente con objetos que se relacionan en forma cercana con el cuerpo humano, como artículos de ropa, calcetines, zapatos, cabello, etc. Resulta de un desplazamiento simbólico del interés sexual que puede entenderse sólo en términos de la historia personal.

Satiriasis y ninfomanía son los términos que califican a la tendencia heterosexual masculina y femenina respectivamente cuando toman un carácter compulsivo (1), (5).

3.9 Psicosis.

La tendencia a distorsionar la realidad para hacerla que embone con las propias necesidades o conveniencias es un fenómeno familiar en la conducta tanto del psicótico como del neurótico y no está del todo ausente en la de individuos normales. Sin embargo, hay diferencias importantes cuantitativas y cualitativas. El neurótico conserva su interés en relacionarse con el mundo y responde al ambiente que le rodea en forma inteligible, con excepción del desorden circunscrito representado por sus síntomas. En cambio, la relación del psicótico con el ambiente está globalmente alterada. El enfermo se desinteresa del mundo porque subordina su adaptación ambiental a sus conflictos internos. Hay que tener en cuenta también la actitud diferente del psicótico y del neurótico ante su enfermedad. Este último reconoce que sus síntomas expresan el hecho de que sufre una perturbación, puede hablar de ella y de sí mismo con relativa objetividad y tratar de entender el significado de su conducta. El terapeuta puede establecer contacto afectivo con él, por lo menos hasta el punto de una comprensión mutua de los hechos. El psicótico no intenta comprender sus desajustes, sus alucinaciones y sus delirios constituyen para él la realidad. Como consecuencia de su incapacidad para la objetividad, o por lo menos de su percepción en alto grado de la situación externa, su mundo es una proyección de sus propias fantasías. Es difícil relacionarse con el psicótico, quien tiene dificultad para compartir con otros su experiencia.

Tipos de ellas:

1. Esquizofrenias.

Hay en las esquizofrenias, como en otras psicosis, una pérdida de la capacidad de distinguir entre estímulos internos y externos. El término esquizofrenia (mente hendida o disgregada) hace alusión a la disociación de funciones que es prominente en la sintomatología (1).

La conducta del esquizofrénico adquiere sentido cuando se conoce el significado de los síntomas, los cuales pueden agruparse en:

a) Síntomas que se relacionan con la desconexión del enfermo con el mundo objetivo (negación de la realidad):

El sujeto exhibe un "aplanamiento" de la afectividad, es decir, sus respuestas emocionales ante las personas y las cosas que lo rodean, familiares, juegos, comida, vestidos, etc., carecen de intensidad. De hecho, si reacciona a ellas, es porque las relaciona con sus propias fantasías. De ahí que su afectividad sea, además de insuficiente, impropia.

La capacidad de comunicación del enfermo se encuentra perturbada, ya que carece de incentivos para comunicarse con los demás. Porque no le interesa ser entendido, sus comunicaciones son ininteligibles, salpicadas de incoherencias y de simbolismos.

Funciones que normalmente operan en forma coordinada se independizan unas de otras. Un aspecto de esta disociación ocurre entre los afectos y los contenidos conceptuales, de tal manera que la conducta resulta impropia. Otro aspecto de esta disociación interceptual que consiste en que los pensamientos se fragmentan y pierden sus relaciones lógicas. El enfermo ha abandonado todo intento de adaptar sus impulsos a las restricciones de la sociedad y los expresa sin ninguna consideración a los derechos u opiniones ajenos.

b) Síntomas que son consecuencia del aumento de la tendencia narcisista:

Otros síntomas pueden entenderse como consecuencia de un aumento de la tendencia narcisista. En el grado en que el enfermo retira del mundo objetivo sus intereses y afectos, los adhiere a sí mismo. Como resultado, se observa una deformación del sentido del yo. La distinción del yo y del mundo exterior ya no está claramente definida: el mundo queda contenido dentro de sí mismo y revela el sentimiento de omnipotencia. Síntomas tales como la despersonalización y el extrañamiento del propio cuerpo, pertenecen a este grupo. Por otra parte, cualidades y sentimientos que serían apropiados para objetos extraños o externos son internacionalizados y contribuyen a la distorsión del sentido de reali-

dad y a la generación de ideas delirantes nihilistas y extrañas acerca del cuerpo, tales como la idea de que ciertas partes del cuerpo tienen dimensiones gigantes, la idea de estar hueco, petrificado o muerto. Otra expresión del incremento del narcisismo se manifiesta en la incontinencia de los esfínteres; el ensuciarse las manos de excremento, el entretenerse en actividades de succión y el masturbarse abiertamente. Estas actividades orales y anales indican el grado de la regresión.

c) Síntomas restitutivos:

El tercer grupo de síntomas incluye aquéllos que podemos considerar como restitutivos, es decir, como intentos de compensación. Habiendo negado al mundo, el enfermo intenta su reconstrucción. Las experiencias sensoriales que ya no toma en cuenta son sustituidas por alucinaciones, estas alucinaciones tienen un vago carácter conceptual. Su apariencia no es clara; se trata más bien de ideas que de percepciones.

El estado intelectual se encuentra relativamente bien preservado en los esquizofrénicos. Sus fallas radican en la capacidad para cooperar, en su falta de iniciativa y perseverancia, y en su capacidad para adaptarse a nuevas situaciones (1).

Tipos de esquizofrenia:

En el proceso y el episodio esquizofrénicos, los síntomas son de principio vio lento y predominan los de tipo restitutivo. Se trata de un estado agudo, de alucinaciones y delirios, un tanto atípico (1).

A) Tipo simple. En este tipo de esquizofrenia los trastornos más notables afectan la emoción, el interés y la actividad. Si aparecen alucinaciones, son escasas y fugaces, y las ideas delirantes tampoco tienen un papel importante. Habitualmente el trastorno se establece en forma gradual y toma la forma de un cambio y empobrecimiento insidioso de la personalidad: los amigos del paciente no comprenden qué significa dicho cambio. Se han caracterizado por su frialdad, su despego e indiferencia, su poca iniciativa y poca tenacidad para enfrentarse a los problemas, así como su tendencia a aislarse y a refugiarse en su fantasía en respuesta a sus fracasos. Los síntomas restitutivos son prominentes (1) (5).

B) Tipo catatónico. Este tipo se caracteriza por fases de estupor o de excitación, en las cuales el negativismo y el automatismos son rasgos prominentes. Puede haber alternancia entre períodos de poca actividad o de inmovilidad, y lapsos de actividad excesiva y explosiva. No obstante, con frecuencia un episodio catatónico determinado presenta a lo largo de su evolución sólo una fase,

ya sea estupor o actividad excesiva y desorganizada. Por otra parte, puede haber una mezcla de síntomas que suelen interpretarse como característicos de una u otra fase. La mayoría de los catatónicos muestra predominante actividad motora retardada. El enfermo llega a abandonar todo intento de adaptación; ni siquiera traga su saliva, ni se alimenta, ni controla sus esfínteres. Su inercia llega a la inmovilidad y a menudo exhibe el fenómeno de la flexibilidad cerea (un estado del tono muscular en el que los segmentos del cuerpo, como si fueran de cera, pueden ser movilizadas y colocadas en posiciones extrañas sin que se encuentre resistencia y contendencia a conservar la posición por un tiempo prolongado). El enfermo catatónico tiende a mantenerse en una postura fija, a veces por horas, sin reaccionar aún a los estímulos dolorosos. Cuando el enfermo se ha recuperado, generalmente recuerda y puede relatar sus experiencias durante el episodio. La sintomatología catatónica incluye además del estupor, una forma violenta de excitación autista que a menudo es muy peligrosa y destructiva y que no obedece a estímulos externos (1, 4, 5).

C) Tipo paranoide. Los rasgos que tienden a ser más evidentes en este tipo, o fase, son las ideas delirantes (que suelen ser numerosas, ilógicas y no toman en consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto, junto con negativismo. Con frecuencia la personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por relaciones interpersonales deficientes.

El tipo paranoide tiende a mostrarse en forma franca a edades un poco mayores que las otras formas de esquizofrenia, es frecuente hasta después de la adolescencia y más aún después de los 30 años de edad. Las actitudes negativas previas del enfermo se vuelven más notables y a menudo comienza a interpretar la realidad en forma errónea. Entre los primeros síntomas suelen encontrarse ideas de referencia y trastornos en la asociación. Por medio del desplazamiento, el enfermo comienza a expresar en acciones sus impulsos hostiles, y empieza a perder el contacto firme con la realidad. Las tendencias repudiadas se proyectan en forma ideativa en lugar de reprimirse. La esquizofrenia paranoide, las ideas delirantes de persecución son las más notables, pero no son raras las ideas expansivas y las que obviamente satisfacen determinados deseos, así como las ideas delirantes hipochondriacas y depresivas (5).

D) Tipo hebefrénico. Previamente al desarrollo de la psicosis, la personalidad del sujeto exhibe, como en el caso del esquizofrénico simple, una deficiencia de su capacidad integrativa. Aunque al principio es generalmente más brusco y más prominente el cambio de la salud a la enfermedad, el cuadro evoluciona a menudo hacia una deterioración rápida, aunque la recuperación puede ocurrir en casos aislados (1).

No obstante, las reacciones afectivas del esquizofrénico suelen ser superficiales e inapropiadas, por ejemplo: bobería, risitas sin causa aparente, sonrisas y carcajadas incongruentes o inapropiadas. Las alucinaciones, que son fre-

cuentes, a menudo representan la proyección de los imperiosos deseos instintivos reprimidos (5).

El enfermo vive un estado de ensoñación, incapaz de concentrarse incluso en la lectura, se lanza a sistemas ideológicos o pseudocientíficos, se ocupa de inventos irrisorios, de proyectos de reforma grandiosos e inconsistentes, etc. En cuanto a los diversos aspectos del cuadro clínico, pueden describirse tres:

La forma más frecuente es la de una apatía progresiva con indiferencia.

A veces la hebefrenia viene caracterizada por un comportamiento pueril y caprichoso, sobre un fondo de indolencia e inconsistencia en relación a todos los valores sociales.

A veces, en fin, se trata de una regresión masiva hacia un estado de decadencia demencial rápida, lo que precisamente ha hecho dar el nombre de "demencia precoz" a la afección (4).

Destacan los cambios afectivos, los delirios y las alucinaciones son transitorios y fragmentarios, el comportamiento es irresponsable e imprevisible y los manierismos son frecuentes.

2. Psicosis afectivas.

Se puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: delirios, perplejidad, nociones perturbadas de sí mismo y trastornos de percepción y comportamiento; todo ello en concordancia con el estado de ánimo predominante del paciente (lo cual también ocurre en las alucinaciones, cuando se presentan). Aunque en los grados más anormales salta a la vista, dicho comportamiento rara vez es extravagante.

3. Psicosis maniaco-depresivas.

La depresión se inicia gradualmente, con pérdida de interés y confianza; fatiga, insomnio, anorexia y dificultades para concentrarse mentalmente. El enfermo deja de disfrutar el trabajo o de las diversiones y su atención se concentra cada vez más en sí mismo. Estos son síntomas tempranos de la depresión neurótica. Si la condición progresa hasta llegar a la psicosis, el enfermo se llega a encontrar incapacitado para sus actividades habituales. Su pérdida de interés en las cosas y en los contactos interpersonales puede llegar al estupor. El enfermo descuida su apariencia personal; sus pensamientos son monótonos y restringidos. El contenido es siempre la autodepreciación y desesperanza. La preocupación con la idea de suicidio es universal y los intentos son comunes (1).

El estado maniaco es la culminación de una temporada de conducta exuberante en la que el enfermo pierde recato, prudencia y discreción. En un estado de excitación y alegría poco justificados, el enfermo se vuelve exhibicionista, seductor, impulsivo y gastador. A este estado que contrasta con la conducta habitual del sujeto, se denomina hipomaniaco y se le puede constituir todo el episodio o bien aumentar cuantitativamente hasta convertirse en un estado maniaco. La conducta del estado maniaco carece de propósito; habla, ríe y grita desordenadamente. Su contacto con el ambiente es débil y superficial, de ahí su distractibilidad. Responde a los estímulos provenientes del mundo exterior, en contraste con el esquizofrénico, que los ignora (1).

4. Psicosis involutiva o Melancolía.

Los síntomas de desequilibrio son muy frecuentes durante el climaterio: quejas somáticas vagas, hipersensibilidad, irritabilidad exagerada, etc. En las psicosis involutivas un grado variable de depresión está siempre presente. En los casos ligeros se manifiesta por indecisiones, sentimientos de ineficacia, dificultad para la concentración en el trabajo mental, etc. Las quejas somáticas son comunes, particularmente el insomnio, la anorexia y la constipación. En los casos graves, se presenta una agitación violenta que impide al paciente permanecer quieto. Menos frecuente ocurre que el paciente caiga en estupor. Las ideas delirantes y las alucinaciones son síntomas frecuentes. Las ideas de pecado y de castigo predominan; algunas veces en forma franca y otras proyectadas como ideas delirantes de persecución.

5. Paranoia.

Las tendencias paranoides rara vez se vuelven tan intensas como para justificar un diagnóstico de paranoia, antes de los 30 años de edad. El trastorno es más común en hombres. El síntoma inicial de la paranoia y de los estados paranoides es un estado rígido y persistente de ideas delirantes, que en ocasiones se originan en un hecho real. Un corte transversal de la conducta y el contenido del pensamiento del sujeto enfermo puede ser engañoso, ya que una superficie aparentemente normal puede ocultar un trastorno grave. El corte longitudinal, en cambio, revela fácilmente la tendencia paranoide.

Se trata de un padecimiento que es raro en general y especialmente poco frecuente en la juventud. Fuera de aquello que se relaciona directamente con sus ideas delirantes, el enfermo conserva un buen contacto con la realidad y tiene advertencia de que otra gente considera infundadas sus ideas, de ahí que las oculta cuando le parece conveniente. La idea delirante del paranoico es plausible, lógicamente construida pero falsa e inabordable por la persecución. El área de su vida mental relacionada con esa idea está totalmente cortada de contacto con la realidad aunque en lo que concierne a otros temas la persona puede ser de lo más razonable. El paranoide defiende vigorosamente sus racionalizaciones y muestra una convincente seriedad cuando trata de convencer a otras personas de que

sus ideas delirantes son reales. El enfermo en un examen directo, puede no manifestar el más leve indicio de normalidad; sin embargo su falta de espontaneidad, su actitud defensiva y recelosa, son percibidas por el examinador experimentado. Los casos de verdadera paranoia son incurables y el problema consiste muchas veces en proteger a la sociedad y al propio sujeto de la comisión de actos delictuosos. El sujeto puede asumir que otra u otras personas mantienen actitudes hostiles hacia él o realizan actos con el propósito de perjudicarlo. Las ideas paranoides pueden apoderarse inclusive de las colectividades, que entonces culpan a un sujeto o a un grupo minoritario de faltas supuestas y descargan su agresión sobre él.

Ideas delirantes de persecución se ponen de manifiesto fácilmente en cualquier situación que amenaza la personalidad en su integridad psicológica o fisiológica. Circunstancias de la vida que causan un sentimiento de ineficacia y de derrota pueden producir reacciones en las que el mecanismo paranoide es prominente.

Además de la paranoia verdadera, de la esquizofrenia de tipo paranoide y de las ideas paranoides que colorean a otras psicosis es necesario hacer alusión a la "personalidad paranoide", la cual no es una psicosis propiamente dicha, sino un desorden caracterológico. Se trata de sujetos hipersensibles, irritables y suspicaces que habitualmente proyectan su culpa, lo que les impide valorar sus errores y sus limitaciones además les dificulta su relación con las demás personas (1, 4, 5).

Psicosis orgánicas.

La presencia de tres clases de síntomas caracterizan a estas psicosis: defectos de la orientación, defectos de la memoria y defectos del juicio. En un enfermo suficientemente interesado en el examen y que no presenta ideas delirantes, la presencia de cualquiera de los tres síntomas anteriores es indicación de psicosis orgánica. El ajuste previo de la personalidad y la productividad de la persona influyen en forma importante en el cuadro clínico.

Tipos de estas psicosis:

1. Delirio.

Sus síntomas pueden agruparse en tres categorías: a) defectos del sensorio; b) cambios afectivos y c) alucinaciones. Los defectos del sensorio consisten en un "enturbamiento" de la conciencia que incluye trastornos de la orientación, de la memoria y del juicio. El estado afectivo oscila generalmente entre la excitación y el miedo. Las alucinaciones de los enfermos orgánicos con trastan con las alucinaciones vagas y fluctuantes de los esquizofrénicos, que

son más bien la expresión simbólica de ideas que alteraciones de la percepción.

Los síntomas prodrómicos más frecuentes son: somnolencia, sueño inquieto, dificultad para captar las cosas y atención alterada. En los casos ligeros el paciente está embotado y retardado mentalmente y no se da cuenta exacta de lo que sucede a su alrededor. Muestra cierto extravío, pero responde cuando se le habla; conforme aumenta el delirio, el paciente parece aturdido, descontrolado y atolondrado e incluso no logra reconocer a los miembros de su familia.

Son síntomas importantes las fluctuaciones en la captación o en la percepción de la realidad y en la orientación y la conciencia. Con frecuencia existen "lagunas" en la memoria, que se modifican según las variaciones de la conciencia que aparecieron durante el episodio delirante. En el cuadro clínico pueden presentarse algunas variantes como por ejemplo: durante un período puede existir una calma relativa que repentinamente es seguida de inquietud o actividad impulsiva. El estado de ánimo del paciente puede cambiar rápidamente o caracterizarse por duda, perplejidad, irritabilidad, aprensión, miedo e incluso pánico. Pueden aparecer sueños y fantasías aterradoras, ilusiones y alucinaciones; las ilusiones son más frecuentes. Las alucinaciones visuales ocurren más a menudo que las auditivas y al principio están mal definidas o tienen la forma de sombras que parecen figuras.

Es frecuente que el paciente muestre trastornos motores que se manifiestan, en los casos ligeros, por escritura temblorosa, pero en los casos más graves por un estado en el que el paciente toma los objetos, los sujeta fuertemente y luego los suelta titubeando. La actividad puede variar, desde una ligera inquietud hasta una actividad excesiva, intensa e incontrolable.

2. Demencia.

Cuando la demencia ocurre como un simple estado de déficit, sin desorganización de la personalidad, el enfermo retiene su contacto con la realidad y puede continuar funcionando relativamente bien. Cierta grado de demencia es un acompañante habitual de la senectud.

Conforme progresa la demencia, hay una pobreza cada vez mayor de la iniciativa, una restricción de los intereses y un embotamiento de las preocupaciones normales; las impresiones se reciben y se asimilan con lentitud, con dificultad y a menudo de manera inexacta. Existe por lo tanto, una incapacidad para aprovechar la experiencia. La capacidad y la aptitud para aprender se reducen. Para el paciente se hace cada vez más difícil, o incluso imposible, entender y seguir una conversación. No responde a las preguntas, o lo hace hasta que se le han repetido varias veces. La memoria es defectuosa y puede haber desorientación y confusión. Es evidente una pobreza en la imaginación necesaria para el

pensamiento productivo. Se reduce la capacidad del individuo para integrar su experiencia pasada con su experiencia presente y el juicio es defectuoso. Las emociones son inestables o inadecuadas.

3. Psicosis seniles.

La transición entre la ancianidad habitual y la demencia senil generalmente es gradual y toda decisión en lo concerniente a cuanto se rebasa la línea imaginaria, es arbitraria.

Entre los síntomas mentales que suelen aparecer primero, se cuentan: limitación en las ideas, alteración en la capacidad para el pensamiento abstracto, e indiferencia a las formalidades y cortesías de la vida social. El paciente se encuentra resentido porque considera que los jóvenes interfieren en su vida y puede quejarse de que lo descuidan. Algunos muestran una dependencia hostil, pero angustiada y temerosa. Los afectos naturales se embotan y pueden tornarse en odio.

Algunos de los síntomas de la demencia senil dependen de una dilapidación de los recursos intelectuales en tanto que otros son característicamente regresivos. Al principio, puede extenderse por meses y aún años, el enfermo muestra una pérdida progresiva de la memoria y se vuelve exigente e irritable, al mismo tiempo que disminuye su interés por los demás. El insomnio suele ser un síntoma predominante en la fase temprana, en la cual el enfermo habitualmente presenta brotes de irritabilidad y depresión o episodios paranoides.

Cuando los cambios vasculares son prominentes, el curso es más episódico que cuando no hay patología vascular. En tales casos, las crisis se acompañan de mareos y acentuación del déficit de la memoria y de la orientación, alternando con períodos de relativa normalidad.

El defecto de la memoria para hechos recientes es el síntoma más obvio de la demencia senil y puede ser el único observable. Sin embargo, cierto grado de desorientación espacio - temporal está presente y se presenta en relación con fechas y direcciones. Los enfermos más graves llegan a perder su situación en el espacio, en el tiempo, en el ambiente psicológico e inclusive pierden el conocimiento de su propia identidad. Contrastando con la pérdida de la memoria para hechos recientes, el enfermo puede recordar claramente incidentes de su infancia y de su juventud.

Físicamente, el paciente presenta en casi todos los casos signos muy claros de senilidad. La piel a menudo es delgada, atrófica y arrugada. En las formas avanzadas, los órganos de los sentidos pierden su agudez, el enfermo adelgaza, los músculos disminuyen de volumen, la marcha se vuelve inestable (se arrastran los pies), la voz áspera y el habla lenta. La escritura se observa

temblorosa y son comunes las oscilaciones en la cabeza y en las manos.

Además de los síntomas anteriores, puede haber en la demencia senil otros de índole restitutiva. La pérdida de la realidad se compensa por la fantasía, de modo que las lagunas en la memoria son llenadas con falsificaciones. El enfermo en cuya personalidad había previamente tendencias paranoides, intenta culpar a los demás de su fracaso. Otros enfermos expresan delirios expansivos y en algunos casos se actualizan sus tendencias depresivas (1, 5).

4. Psicosis epilépticas.

Es un estado de furor en el cual, el enfermo es extremadamente destructivo. Su ira no tiene relación con la situación ambiental (aparentemente se trata de una reacción subcortical primitiva). El furor epiléptico debe ser diferenciado de las distimias en forma de ratos de violencia que sufren algunos epilépticos en sustitución y como equivalente de sus crisis y también de los estados de conciencia atenuada o "crepusculares", durante los cuales el enfermo está confuso, desorientado y amnésico. En estas condiciones, que se presentan consecutivamente a una crisis, el epiléptico puede también tornarse agresivo (1).

5. Psicosis del alcoholismo.

Algunos autores definen el alcoholismo como un estado en el que el individuo muestra alguno de los siguientes rasgos:

- a) Efectos psicológicos o médicos graves debidos a los episodios repetidos de intoxicación.
- b) Incapacidad para controlar el deseo de beber.
- c) Conducta socialmente inapropiada mientras el individuo está intoxicado.
- d) Insatisfacción de la familia, de la sociedad o del individuo mismo ante el patrón de ingestión alcohólica anormal.

Es más probable que sufran delirium tremens, en el curso del alcoholismo crónico, enfermos que han descuidado su nutrición. Entre otros síntomas prodromicos, son frecuentes el insomnio, la sudoración profusa y un estado de intensa irritabilidad y de aprensión. De estas condiciones, el enfermo puede pasar rápidamente a un estado de miedo violento, excitación y alucinaciones visuales de carácter terrorífico, claramente percibidas y a menudo de contenidos animales. Durante el brote, el enfermo está desorientado y fuera de contacto con el ambiente.

El uso irrestricto del alcohol por parte de la familia o los amigos adolescentes del futuro adicto, es lo que permite el desarrollo de un defecto en el superyó que se traduce en la ingestión repetida del tóxico. En forma secundaria evoluciona la dependencia psicológica ante el alcohol, un sustituto para cualquier satisfacción, que al principio produce euforia, pero que más tarde, conforme aumentan las frustraciones del yo, apenas si proporciona cierto alivio para las tensiones intolerables (1, 3, 5).

6. Psicosis de Korsakoff.

El conjunto de síntomas se funde con un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y al lugar y falsificación de la memoria, asociados a síntomas y signos de neuropatía periférica. Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente el delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión del alcohol durante varios años.

A primera vista la conciencia puede parecer clara y el trastorno mental parece no tener un aspecto de gravedad. Sin embargo, al interrogar al paciente, el médico a menudo se sorprende del grado de alteración mental. Aunque el enfermo conserva un poder de captación relativamente bueno de lo que ve, está desorientado con respecto a lo que está más allá de la observación inmediata, y respecto a lo que depende de la memoria. Al principio, la pérdida de la memoria es más notable respecto a incidentes que ocurrieron desde el principio de la enfermedad; pero en etapas posteriores también se pierde la memoria respecto a incidentes remotos.

La amnesia es anterógrada y con mucha frecuencia el paciente no puede recordar lo que se le acaba de decir. En la mayoría de los casos existe desorientación, en especial respecto al tiempo. La polineuropatía, que a veces no se presenta, es más notable en las piernas y consta de dolor, hipersensibilidad en el trayecto de los troncos nerviosos, ausencia de reflejos patelares y en los casos más graves "caída" del tobillo y de la muñeca. Esta enfermedad es relativamente más frecuente en el sexo femenino (5).

7. Psicosis infecciosas.

Los síntomas se manifiestan de diez a veinte años después de la infección primaria y consisten en una demencia progresiva complicada en muchos casos con una manifiesta desorganización de la personalidad, dependiente en buena parte de la personalidad premórbida del enfermo. Algunas veces los síntomas que expresan la desorganización de la personalidad preceden a la demencia y en otros casos los únicos síntomas son el déficit de la memoria y trastornos físicos tales como cefaleas, mareos y crisis convulsivas. El examen neurológico revelan

temblor de los labios, lengua y dedos, las pupilas reaccionan a la acomodación pero no a la luz. Entre los síntomas compensatorios más frecuentes se encuentran ideas paranoides y grandiosas (1).

3.10 Características clínicas del Bruxismo.

La persona entregada al bruxismo realiza movimientos típicos de rechinar y apretado durante el sueño o subconscientemente durante la vigilia. Puede producir un sonido rechinante o áspero. Cuando el hábito está firmemente establecido, puede haber una gran atricción o desgaste de dientes, no sólo en superficies oclusales, sino también en interproximales. En ambas caras llegan a formar se verdaderas facetas de desgaste.

A medida que este padecimiento continúa, puede haber pérdida de integridad de estructuras periodontales, cuyo resultado es el aflojamiento o desplazamiento de dientes o hasta recesión gingival con pérdida de hueso alveolar. La lesión del periodonto se debe al privarlo de períodos funcionales que necesita para la reparación normal. La lesión periodontal es más intensa alrededor de dientes en contacto prematuro. Los hábitos de golpeteo que se concentran sobre un diente aislado o sectores del arco son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y apretamiento. Asimismo aparecen trastornos en la ATM secundarios a la hipertonicidad de los músculos masticatorios o a la reducción de la dimensión vertical por la atricción excesiva no compensada por la erupción pasiva, por impacto dental continua sin períodos normales de reposo.

La bruxomanía presenta alguno o algunos de los siguientes signos y síntomas clínicos.

1. Facetas sobre los dientes, que indican un desgaste oclusal.
2. Desgaste oclusal excesivo y desigual.
3. Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación de la mandíbula.
4. Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, especialmente el macetero.
5. Movilidad aumentada de los dientes.
6. Sonido apagado a la percusión de los dientes.
7. Sensación de cansancio en los músculos de la oclusión, al despertar en las mañanas.
8. "Traba" de la mandíbula y una tendencia a morderse los labios, carrillos y

lengua.

9. Músculos de la oclusión adoloridos a la palpación.
10. Dolor o molestias en las articulaciones temporomandibulares.
11. Sensibilidad de los dientes al stress masticatorio.
12. Sensibilidad pulpar al frío.
13. Sonidos perceptibles de la bruxomanía.

Los movimientos mandibulares en la bruxomanía son el resultado de la búsqueda inconsciente de la relación céntrica del paciente y la eliminación de interferencias para lograrla.

Se han descubierto nexos entre la agresividad y el bruxismo, siendo éste una expresión oral de la agresividad, se observa con más frecuencia en individuos que cursan con severos trastornos de conducta. Una pequeña interferencia con una gran neurosis desencadena bruxismo y puede ser que una gran interferencia sin una neurosis, también.

3.11 Características clínicas del Síndrome Dolor Disfunción de la ATM.

Encontramos que dentro de la clasificación de la disfunción temporomandibular existen cuatro clases:

- Clase 1. Reumatismo muscular.
- Clase 2. Enfermedad articular degenerativa.
- Clase 3. Artritis reumatoide.
- Clase 4. Enfermedades miméticas.

La clase 1, reumatismo muscular, es el síndrome doloroso miofacial de otros autores.

El término reumatismo muscular engloba todas las manifestaciones del dolor, espasmo y rigidez cuyo asiento primordial son los músculos, sus ligamentos, aponeurosis y fascias sin que medien ni inflamación muscular (miositis) ni trastornos degenerativos de los músculos. Las llamadas fibrositis también se incluyen entre los reumatismos musculares; a menudo se consideran como sinónimos,

pero en las fibrositis predomina el dolor y la rigidez sobre el espasmo muscular evidente, el dolor propio de la afección suele ser sordo, pero puede ser intenso y agravarse como consecuencia de las parafunciones. El reumatismo muscular puede causar dolor pugitivo intenso, que puede deberse a contractura muscular localizada.

A la exploración física, se suele encontrar aumento de volumen de los músculos afectados que además son dolorosos a la palpación.

Otro factor predisponente es la tensión emocional, que como mecanismo primitivo de defensa, causa espasmo muscular, éste a su vez, causa dolor, mismo que redundando en mayor tensión y más contractura. Este círculo vicioso es extraordinariamente, su comprensión y estudio son importantes, ya que en él caen, y lo hacen en forma crónica, muchos pacientes de los que se engloban bajo el término genérico de reumatismo muscular.

Los pacientes con reumatismo muscular muestran un común denominador no siempre ostensible, que es un estado emocional alterado por ello, al elaborar el plan terapéutico de estos pacientes, es de suma importancia tomar en cuenta sus trasfondos psicológicos, sin lo cual, la solución del problema sería incompleta y poco satisfactoria.

Debido a que en principio, el paciente tiende a rechazar la relación entre conflictos emocionales, contractura y dolor, conviene no involucrar aspectos psicológicos en las primeras consultas; en términos prácticos, es mejor, que sea el propio paciente quien, guiado por el dentista, llegue a la conclusión de que su cuadro físico está en estrecha relación con situaciones psicológicamente adversas y seleccionar el momento adecuado para unir los núcleos de ansiedad con el espasmo y el dolor.

A. Signos y síntomas.

1. Dolor en y/o alrededor de las articulaciones (periarticular).
2. Dolor muscular a la palpación.
3. Oclusión no orgánica (sin disoclusiones adecuadas, natural o iatrogénica, fuera de la relación céntrica, etc.).
4. Chasquidos articulares.
5. Parafunciones (apretamiento y/o bruxismo).
6. Stress emocional y/o físico.

7. Subluxación.

8. Cefaleas persistentes.

B. Descubrimientos clínicos.

1. Apertura mandibular limitada.

2. Desviación mandibular.

3. Con más frecuencia en sexo femenino.

4. Sin límite de edad.

5. Dolor o molestias unilaterales.

6. Hábitos (mascar chicle, deglución atípica, ocupacional, comunicación no verbal, uñas, almohada).

7. Dolor y/o molestias al comer, al hablar, al bostezar, al despertar, al es tornudar, etc.

8. Oclusión alterada por prótesis, ortodancia o ajustes oclusales mecánicos.

9. Distancia interoclusal inadecuada (iatrogénica).

10. Dolores referidos a otras zonas.

11. Trauma.

12. Síntomas que aumentan con la función. Frecuentemente, su intensidad varia rá entre la mañana y el resto del día.

C. Descubrimientos radiológicos.

1. Imágenes de mínimo valor diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- .- De la Fuente Muñiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpresión 1981, FONDO DE CULTURA ECONOMICA

- .- Panchei, Paolo
"MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA"
1a reimpresión 1982, TRILLAS

- .- Henry, Ey
"TRATADO DE PSIQUIATRIA"
8a edición 1978, TOZAY-MASSON

- .- Lawrence C. Koch
"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"
6a edición 1973, LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A.

- .- Glickman, Irving
" PERIODONTOLOGIA CLINICA"
4a edición 1980, INTERAMERICANA

- .- Shafer, William G.
"TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL"
3a edición 1980, INTERAMERICANA

- .- Zegarelli, Edward
"DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL"
6a edición reimpresión 1979 SAWES

- .- Martínez Ross, Erick
"OCLUSION"
2a edición 1978, VICOVA EDITORES

- .- Ramfjod Ash
"OCLUSION"
2a edición , INTERAMERICANA

Capítulo 4. Métodos de Diagnóstico y Tratamiento.

4.1 Historia Clínica.

Una definición valedera de historia clínica es la que la describe como aquel documento en donde se recopila los datos biográficos de un individuo en estudio, ordenados de tal manera que tengan validez clínica, dando como resultado un instrumento de gran valía utilizado por el clínico en su metodología práctica.

Generalidades de la historia clínica.

1. Elementos de la historia clínica.

A) Orden del interrogatorio:

- a) Ficha de identificación.
- b) Antecedentes heredofamiliares.
- c) Antecedentes personales no patológicos.
- d) Antecedentes personales patológicos.
- e) Padecimiento actual.
- f) Aparatos y sistemas.
- g) Síntomas generales.

B) Orden de redacción:

- a) Ficha de identificación.
- b) Antecedentes heredofamiliares.
- c) Antecedentes personales no patológicos.
- d) Antecedentes personales patológicos.
- e) Antecedentes gineco obstétricos o antecedentes genitales masculinos.
- f) Padecimiento actual:

- síntomas principales.
- semiología.
- terapéutica empleada.
- exámenes previos.

g) Aparatos y sistemas.

h) Síntomas generales.

- i) Exploración física: - somatometría (antropometría)
- signos vitales.
 - inspección general.
 - cabeza: cráneo y cara.
 - cuello.
 - tórax.
 - abdomen.
 - genitales masculinos o femeninos.
 - extremidades y columna vertebral.
 - piel y anexos.
 - tacto rectal y vaginal.
 - exploración neurológica. (no siempre se incluye como capítulo aparte, únicamente cuando se solicita)

j) Diagnóstico (s).

k) Tratamiento.

l) Pronóstico.

2. Lineamientos de la historia clínica.

- A) Se deberán recopilar datos que tengan importancia para el padecimiento actual.
- B) Deberá ser una historia clínica descriptiva y no de interpretación.
- C) Los datos deben ser reportados de manera tal que cualquier persona que utilice la historia clínica pueda llegar a las mismas conclusiones a través de los datos recopilados en forma objetiva.
- D) Se deberán reportar los datos tanto positivos como negativos que puedan guardar relación con el padecimiento actual.

E) Se deberá seguir el orden indicado en el interrogatorio.

Interrogatorio.

1. Ficha de identificación.

- a) Nombre. Identifica al paciente, en ocasiones distingue su sexo e indica el probable origen geográfico y nacionalidad.
- b) Edad. Traduce la probabilidad de enfermedades frecuentes en ciertos grupos de edad. Se deberá reportar en años/meses/días.
- c) Sexo. Traduce la probabilidad de enfermedades específicas en cada sexo.
- d) Estado civil. Dependiendo de si es soltero, casado, divorciado, en unión libre o viudo, indicará la probabilidad de ciertas enfermedades, por los factores implícitos en cada caso.
- e) Ocupación. Se especifica el trabajo actual, mismo que puede orientarnos a una enfermedad ocupacional.
- f) Escolaridad. Se reporta el grado máximo de estudios, dato que nos auxilia en la comunicación con el paciente.
- g) Fecha de nacimiento. Corroborar la edad.
- h) Lugar de nacimiento u origen. Se enuncia por la incidencia de enfermedades específicas de cada región.
- i) Lugar de residencia. Sitio donde ha vivido el paciente los últimos 6 meses, que nos pueden orientar a procesos patológicos con características regionales (ejemplo: Edo. de Guanajuato: cisticercosis).
- j) Domicilio actual y teléfono. Sirve para localizar a algún familiar cercano que pueda orientar al estrato social al que pertenece el paciente.
- k) Raza. Indicará en la necesidad de profundizar en la investigación acerca de datos como lo son, costumbres, lenguaje, predisponentes genéticos y enfermedades más frecuentes en éstas.
- l) Religión. Es importante porque en algunas religiones restringen los procedimientos médicos como las transfusiones, y por poseer determinados hábitos o costumbres.

- ll) Fecha de elaboración de la historia clínica. Indica la validez de la misma (máximo dos años).
- m) Persona responsable del paciente. Nos auxilia en casos de urgencia o procedimientos quirúrgicos que ameritan una responsabilidad legal.
- n) Persona que elabora la historia clínica. Se deberá anotar el nombre completo y firma.

Antecedentes heredo-familiares.

A) Conceptos.

1. Antecedentes heredo-familiares (A.H.F.). Parte del interrogatorio que tiene por objetivo el recopilar datos correspondientes a antecedentes de tipo hereditario, congénito, familiar y de predisposición familiar, que en un momento dado pueden guardar relación con el padecimiento actual del paciente.

Estos antecedentes deberán pertenecer a sus ascendientes, descendientes y núcleo familiar.

2. Hereditario. Se refiere a padecimientos que se transmiten por medio de la información genética.
3. Congénito. Alteraciones que existen desde el nacimiento y que se adquieren "in útero". Puede ser de tipo genético (mutación de genes "in útero") o de tipo adquirido (luxación congénita de cadera).
4. Familiar. Se refiere a los padecimientos que afectan a los integrantes de la familia, en particular se refiere a padecimientos transmisibles.
5. Predisposición familiar. Indican la existencia de mayores probabilidades de adquirir un padecimiento por el antecedente prevaleciente en su familia. Se refiere en particular a padecimientos que no han demostrado ser hereditarios (no incluye padecimientos infecto-contagiosos).
6. Familia. Se refiere al grupo de personas que habitan bajo el mismo techo.

Antecedentes personales no patológicos generales.

A) Conceptos.

1. Antecedentes personales no patológicos (A.P.N.P.). Es parte del interrogatorio que tiene por objetivo el recopilar los datos pertenecientes a las condiciones, hábitos y antecedentes de importancia (socio-económico-culturales) de la vida diaria del paciente.
2. Hábito. Fenómeno adquirido por medio de la repetición frecuente de un mismo acto.
3. Costumbre. Fenómeno adquirido por medio de la repetición frecuente de un mismo acto con un componente social.
4. Hacinamiento. Plétora de habitantes en relación a la dimensión de una vivienda, con acción más o menos directa sobre la aparición o gravedad de ciertas enfermedades a consecuencia de la falta de luz, aire y acumulación de las deyecciones.
5. Promiscuidad. Implica que en misma vivienda se encuentren animales domésticos (perros, gatos, pájaros, etc.) o convivencia en una habitación (dormitorio) de personas de diferentes edades y sexo.
6. Sueño (estado de dormido). Suspensión de la conciencia acompañada de una relajación del tono muscular.
7. Ensoñación. Infiltración de las construcciones del sueño en el pensamiento vigil, suceden algunos períodos del estado fisiológico que se puede evocar o no al despertar.

B) Datos que se interrogan.

1. Estado civil.
2. Sueño (estado de dormido: duración, horario).
3. Hábito de higiene corporal.
4. Hábito de higiene manual.
5. Hábito de higiene dental: técnica y frecuencia del cepillado.
6. Higiene de cama: frecuencia de cambio de ropa de cama.
7. Hábitos recreativos: tipo, frecuencia, sitio y tiempo de efectuarlo.
8. Ocupaciones anteriores: tipo y tiempo en c/u; satisfacción en la ocupación actual (económica y social).

9. Habitación: tipo, propiedad, localidad y construcción.
10. Servicios: agua, disposición de excretas, etc.
11. Hacinamiento.
12. Promiscuidad.
13. Escolaridad.
14. Alimentación: horario, sitio, número de alimentos, ingesta por semana, valoración en cantidad, en calidad.
15. Inmunizaciones: anotar la fecha y edad de aplicación.

Antecedentes personales patológicos.

A) Conceptos.

1. Antecedentes personales patológicos (A.P.P.). Parte del interrogatorio que tiene por objetivo el recopilar datos del paciente relacionados con la patología y datos patógenos durante su vida, que guarden relación con su padecimiento actual.
2. Alcoholismo. Designa lesiones patológicas que se producen en el organismo a consecuencia del consumo del alcohol, durante largos períodos de tiempo. Habitación de ingesta de alcohol.
3. Tabaquismo.
4. Toxicomanía. Inclination irresistible por sustancias tóxicas, especialmente narcóticos.
5. Dependencia. Compulsión para continuar tomando sustancias tóxicas a pesar de sus consecuencias adversas. La dependencia puede ser física o mental.
6. Drogadicción. Habitación a drogas.

B. Padecimientos que se interrogan, más frecuentes hasta la edad escolar:

sarampión	tos ferina	ictericia
varicela	escarlatina	parotiditis
viruela	difteria	poliomielitis
rubeola	tifoidea	tuberculosis
roseola	hepatitis	crisis convulsivas
parasitosis		

C. En el adulto se deberán agregar a la lista los siguientes padecimientos:

amibiasis	accidentes vasculares
paludismo	diabetes
reumatismo	hipertensión arterial
hemorragias	gastritis y úlcera
enf. venéreas	neoplasias
enf. neuropsiquiátricas	

D. Datos de importancia en los padecimientos:

1. Anotarlos en orden cronológico.
2. Edad del paciente en cada padecimiento.
3. Diagnóstico: empírico o facultativo.
4. Atención médica: nula, extra-hospitalaria, intra-hospitalaria.
5. Respuesta al tratamiento.
6. Complicaciones y secuelas.

E. Contactos recientes con padecimientos transmisibles:

1. Enunciar el padecimiento.
2. Fecha de contacto.
3. Tipo de contacto.
4. Combe.

F. Intervenciones quirúrgicas, transfusiones y sueros:

1. Anotarlos en orden cronológico.
2. Edad del paciente en cada caso.

3. Tipo de intervención y motivo.
4. Evolución.
5. Resultados.
6. Complicaciones y secuelas.
7. Tipo de transfusión y motivo.
8. Evolución y resultados.
9. Complicaciones y secuelas.
10. Medio en el que se le atendió.

G. Accidentes, lesiones y traumatismos:

1. Anotarlo en orden cronológico.
2. Edad del paciente en cada caso.
3. Evolución.
4. Complicaciones y secuelas.
5. Resultados.
6. En los traumatismos cráneo-encefálicos se deberá hacer énfasis en la duración de la pérdida del estado de conciencia (despierto) y los resultados.

H. Alergias:

1. Tipo de medicamento o sustancia.
2. Características de la presentación de la alergia.

I. Tratamientos prolongados:

1. Psicodepresores.
2. Psicoestimulantes.

3. Corticoides (esteroides).
4. Antibióticos.
5. Laxantes.
6. Antiácidos.
7. Antihipertensivos.
8. Inmunoterapéuticos.
9. Hormonales.

J. Hábitos patógenos: capítulo que normalmente se incluye en A.P.N.P., se cambia a los A.P.P., ya que son antecedentes que nos indican cuestiones anormales y que pueden originar una patología en mayor o menor grado dependiendo de diversos factores.

1. Alcoholismo: - inicio (indicando la edad y sustancia con que inició).
- evolución (frecuencia, tipo y cantidad).
- indagar si llega a la embriaguez o no.
- cambios en las sustancias utilizadas o mezclas de éstas.
- complicaciones por el alcoholismo.
- fecha y motivo de suspensión.
- número de veces que ha suspendido.
2. Tabaquismo y otras toxicomanías:
- inicio, evolución y estado actual.
- suspensiones.
- vía de administración dependiendo del tóxico.

Padecimiento actual.

A. Conceptos:

1. Padecimiento actual. Parte del interrogatorio que tiene por objetivo recopilar los datos que son motivo de la consulta.

B. Lineamientos para los datos que se interrogan:

1. Motivo de la consulta: - en las propias del paciente.
- interrogar si es enviado por otro servicio.
- interrogar si tiene un diagnóstico ya elaborado.

2. Síntomas: - enlistarlos en orden de aparición.
- semiología de cada síntoma.
- enlistado de los síntomas actuales.
3. Exámenes previos: - fecha de orden y realización.
- motivo de la indicación.
- quién los indicó.
- sitio de realización y resultados obtenidos.
4. Terapéutica empleada:
- fecha de inicio.
- nombre genérico y/o comercial.
- dosis indicada y administrada.
- quién lo indicó.
- duración indicada y de administración.
- respuesta al tratamiento.
- reacciones secundarias.

La justificación de la historia clínica está en su gran significancia para el progreso de la medicina, para el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, de sus causas y de la manera de evitarlas o curarlas.

Las razones por las cuales el cirujano dentista debe obtener una historia médica en el curso de su ejercicio profesional, son las siguientes:

- A. Identificar a los pacientes con enfermedades sistémicas no detectadas que pueden amenazar la vida del paciente o que pueda ser complicada con algún tratamiento odontológico.
- B. Identificar a los pacientes que estén tomando medicamentos que puedan ser potencializados o antagonizados con algún medicamento o sustancia usada durante el tratamiento odontológico o usar esa información como guía para detectar algún padecimiento sistémico.
- C. Para permitir al odontólogo modificar su plan de tratamiento de acuerdo a las enfermedades que se presenten o a los medicamentos que esté tomando.
- D. Para proteger al dentista desde un punto de vista legal.
- E. Para permitirle una mejor comunicación con el personal médico que esté atendiendo al paciente si lo considera necesario.
- F. Para permitir una mejor relación odontólogo-paciente al demostrarles que nos interesamos en su salud integral y no solamente en la bucal.

De la exactitud y total integración de la historia clínica, dependen no sólo el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica del enfermo, sino también el conocimiento del ambiente en el que se desenvuelve, de su pensamiento, de sus alegrías y angustias, en fin de todo aquello que permite al médico mejores armas para las actividades de salud comunitaria.

Métodos Diagnóstico Auxiliares.

4.2 Electroencefalograma (E.E.G.).

Un electroencefalograma es un registro gráfico obtenido por electroencefalografía que a su vez es un método empleado para registrar las corrientes eléctricas originadas en el cerebro, por medio de electrodos aplicados en el cuero cabelludo o directamente en la superficie del cerebro.

La interpretación de los trazados es empírica, en el sentido de que se consideran como normales los trazados más frecuentes estadísticamente. Las variaciones en el interior de este grupo de trazados normales son importantes. Existe un desarrollo de la actividad bioeléctrica cerebral y sucesivas figuras caracterizan la maduración eléctrica del cerebro del niño. Algunas de estas figuras pueden persistir en el adulto. Asimismo, pueden aparecer variaciones en el curso de diversos estados fisiológicos: el sueño, las modificaciones fisiológicas del medio interior (hiperpnéa), el miedo, el dolor, la tensión, etc., modifican los trazados eléctricos.

Los trazados "anormales" serán, pues, difíciles de reconocer. Los tipos de anomalías bien establecidas representan variaciones enormes con respecto a la media. El estudio de las variaciones discretas está tan sólo esbozado y sujeto a discusión. En la E.E.G. aplicada a la psiquiatría existe también una separación "organoclínica", que con frecuencia hace imposible la interpretación correcta de un trazado sin una referencia a una actividad cerebral "normal" pero no, en general, una enfermedad determinada. Por otra parte los trastornos de la electrografía cerebral no concuerdan totalmente con la importancia de los trastornos clínicos e incluso de las lesiones: un fármaco, tal como un barbitúrico o un neuroléptico, perturba mucho más el E.E.G. que la mayoría de las lesiones patológicas crónicas.

4.3 Exámenes de laboratorio y gabinete.

La enfermedad mental para ser captada en su naturaleza y su totalidad exige profundos conocimientos en biología, en neurofisiología y en patología general. En efecto, con fines diagnósticos y de investigación patogenética, el psiquiatra se encuentra en la necesidad de recurrir a un cierto número de investigacio

nes.

En lo que concierne a la aplicación en general de los métodos biológicos y neurofisiológicos a la psiquiatría, importa comprender que, si bien la enfermedad mental depende de trastornos somáticos generales o nerviosos, no está directamente ligada a ellos. Es esto lo que explica el que las relaciones entre los fenómenos biológicos nerviosos o viscerales y las diversas enfermedades, no sean por lo general específicas ni siempre significativas; lo cual no impide que sea indispensable el buscarlas sistemáticamente.

El examen del líquido cefalorraquídeo, proporciona principalmente información sobre la patología infecciosa del sistema nervioso, pero también sobre otras afecciones nerviosas como tumores cerebrales, meningitis tuberculosa, etc.

El metabolismo de los glúcidos es muy importante para la actividad cerebral, pero la significación de las variaciones glucémicas es muy diversa. Las curvas de tolerancia a la glucosa son influenciadas por numerosas variables: alimentación, momento y condiciones de la absorción, funcionamiento renal, estado psicológico en el momento del examen, acción de los sedantes, etc.

Los efectos de la "tensión mental" y de las descargas emocionales (1), son particularmente importantes. Un hecho de observación clínica corriente es el que los esquizofrénicos tienden a ser más resistentes a la insulina que los sujetos normales. Las variaciones en estos enfermos de las curvas glucémicas se atribuyen a un desequilibrio de los centros hipotalámicos, es decir, a la regulación alta del metabolismo del azúcar, y no a las lesiones de los órganos encargados de la glucogénesis los cuales acopian el azúcar.

El ácido glutámico parece desempeñar un papel directo sobre la célula nerviosa (12), los otros prótidos o los lípidos no desempeñan más que un papel indirecto. Por lo general la citología sanguínea no aporta al clínico una información valiosa; los exámenes serológicos son de un interés cotidiano.

Lo anteriormente expresado nos hace pensar que si quieren evitarse los diagnósticos psicoendócrinos falsos, deben determinarse los niveles hormonales.

4.4 Tratamiento médico-farmacológico.

En los últimos 20 años ha habido un enorme desarrollo de las terapias farmacológicas, hasta hacer estas últimas el eje de la terapéutica psiquiátrica de hoy. La introducción de estos tratamientos en 1952 por Delay, Deniker (3) provocó la segunda revolución terapéutica en la psiquiatría, tras la introducción, 20 años antes de las terapias de choque, por las siguientes razones:

1. La posibilidad de tratar trastornos del comportamiento a través de la administración de fármacos (comprimidos, inyecciones, etc.) ha llevado, en opinión de los enfermos, los familiares y los médicos mismos, a manejar la enfermedad mental como si se tratara de cualquier otro tipo de trastorno orgánico. En otras palabras, la enfermedad mental ha venido a ser algo tratable no con terapias especiales y "traumatizantes" como la TEC (terapia de electrochoque), sino con una normal administración de fármacos.

2. Los profesionales de la salud dada la acción electiva de muchos psicofármacos, han sido estimulados a profundizar en la historia clínica y en el examen del enfermo, con el fin de llegar a un diagnóstico diferencial lo más preciso posible. Además, el papel del médico se ha reforzado al tomarse lo más semejante al estereotipo del médico comúnmente aceptado. Asimismo, la terapia psicofarmacológica ha permitido una observación bastante más cuidadosa de las modificaciones de la sintomatología del enfermo.

3. Los psicofármacos han permitido una flexibilidad terapéutica nunca alcanzada hasta entonces. El tratamiento de esta manera puede centrarse en las características específicas de la enfermedad y en la forma particular que ésta asume en determinado tipo de enfermo; asimismo denota variación en el tiempo en cuanto a la diversidad de la sintomatología; permite continuarse por largo tiempo como terapia de mantenimiento y finalmente, se puede asociar a cualquier otro tipo de terapia, biológica o psicológica.

Desde 1952, época del descubrimiento del primer psicofármaco (la clorpromazina) hasta ahora, los productos incluidos en la práctica clínica alcanzan algunas centenas (3).

BIBLIOGRAFIA

- .- Panchei, Paolo
"MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA"
1a reimpresión 1982, TRILLAS

- .- Rosman Ferreras
"MEDICINA INTERNA"
1a reimpresión 1978, MARIN

- .- Material de Apoyo
"GUIA PARA LA APLICACION DE LA METODOLOGIA CLINICA"
Departamento de Clínicas y Prácticas Interdisciplinarias
E.N.E.P. Iztacala U.N.A.M.

- .- Material de Apoyo
"HISTORIA CLINICA"
Departamento de Patología Estructural y Funcional
E.N.E.P. Zaragoza U.N.A.M.

Capítulo 5 Pronóstico.

El grado en el cual pueden eliminarse los mecanismos de conversión depende, en gran parte, del grado hasta donde las evaciones se volvieron habituales durante los primeros años de la vida, y de la madurez e independencia que ha alcanzado el patrón de la personalidad. El pronóstico también depende de la fuerza o debilidad que caractericen los recursos de la personalidad del enfermo, en relación con las demandas ambientales y con las otras causas de stress que tiene que afrontar. Si el paciente ha mostrado una limitada capacidad de adaptarse a la sociedad, si ha tenido el hábito de manejar las dificultades menores con métodos evasivos, o si ha llevado una existencia sin rumbo, sin empuje y sin objetivo, es probable que continúe empleandola conversión como defensa. La sintomatología, por sí sola, es una mala guía para juzgar el futuro del enfermo. Si el paciente se encontraba bien adaptado y un stress desacostumbrado provocó la reacción, el pronóstico es favorable, siempre que no se requiera un retorno a la situación precipitante.

El enfermo que conscientemente ha pensado cómo sus dificultades se solucionarían con la aparición casual de una enfermedad invalidante, puede permitir que en forma fácil e inconsciente, su pensamiento se vuelva realidad. El pronóstico es menos favorable cuando el individuo experimenta angustia; el paciente infantil y egocéntrico, que cada vez se vuelve más dependiente de su síntoma, tiene un mal pronóstico.

Los factores que influyen favorablemente en el pronóstico pueden enlistarse de la siguiente manera:

Aparición aguda la sintomatología.- los episodios más dramáticos y agudos suelen ser los que responden mejor al tratamiento y "curan", dejando relativamente intacta la personalidad del paciente; en general, cuanto más aguda haya sido la aparición del cuadro clínico, más favorable será el pronóstico.

Primer episodio.- en general, el primer episodio es más fácilmente tratable, desapa- parece en menor tiempo y con menores secuelas que los episodios sucesivos.

Diagnóstico precoz.- cuanto más precoz sea el diagnóstico, más fácil será instaurar un tratamiento adecuado, en muchos casos con la colaboración del paciente, evitando así los riesgos inherentes a la hospitalización. Un diagnóstico y un tratamiento precoces evitan en general al paciente una larga interrupción de sus actividades habituales, impiden que se creen peligrosos circuitos de reforzamiento de la ansiedad y de la agresividad en las relaciones entre el enfermo y su ambiente y permiten establecer una válida relación interpersonal con el médico, lo cual comúnmente no es posible durante las fases agudas de la enfermedad.

Terapia intensiva.- es la observación clínica frecuente que cuanto más largo sea el tratamiento, más tiempo empleará el paciente para la recuperación y tanto mayores serán las probabilidades de una "cronicidad".

Terapia de mantenimiento.- es la parte más importante por lo que concierne al pro-

nóstico de la enfermedad. En efecto, el enfermo esquizofrénico, por ejemplo, es considerado como un paciente diabético que puede evitar las consecuencias de la hiperglisemia sólo si sigue en forma constante un tratamiento insulínico con controles médicos periódicos. De manera análoga, el paciente que ha tenido un episodio esquizofrénico podrá evitar eventuales recaídas sólo si está consciente de de la necesidad de proseguir la terapia neuroléptica a dosis reducidas por largos periodos, aún en condiciones de absoluto bienestar. Los controles psiquiátricos periódicos se necesitarán tanto para controlar la tolerancia de los fármacos como para identificar una eventual recaída de la sintomatología, así como para brindar al paciente un sostén psicoterapéutico.

Corrección de las influencias ambientales negativas.- en el caso de pacientes hospitalizados, será fundamental eliminar aquellas influencias susceptibles de conducir a una cronicidad de la enfermedad. La comunicación se favorecerá a todos los niveles y el grupo de pacientes o el del personal médico será el instrumento en que tal comunicación podrá desarrollarse con libertad.

En el caso de pacientes ambulatorios o dados de alta, se deberá operar sobre las estructuras sociales en que el paciente se encuentra inmerso, si éstas en un cuidadoso análisis han mostrado una potencialidad patógena. Así podrá tratarse una psicoterapia de todo el núcleo familiar en el caso que sea evidente la existencia de relaciones intrafamiliares gravemente perturbadas; o bien, se favorecerá la inserción del paciente en un medio laboral adaptado a sus posibilidades, etcétera. (3).

El pronóstico de la enfermedad esquizofrénica ha cambiado en forma notoria en los últimos años paralelamente a la introducción de los neurolépticos y como resultado de la toma de conciencia del hecho de que en múltiples casos la tendencia a la cronicidad de la enfermedad y su evolución "demencial" son, en realidad, consecuencia directa de la institucionalización en ambientes estructurados más para custodiar que para curar en realidad a los pacientes.

Como hasta la fecha la esquizofrenia es la más grave de las enfermedades psiquiátricas sin base orgánica demostrable, el pronóstico puede considerarse favorable en muchos casos. En cada uno, el pronóstico está subordinado a la verificación de algunas circunstancias en partes independientes y en partes dependientes de la intervención médica.

BIBLIOGRAFIA

- .- Panchei, Paolo
"MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA"
1a reimpression 1982, TRILLAS

- .- Henry, Ey
"TRATADO DE PSIQUIATRIA"
8a edición 1978, TOZAY-MASSON

- .- Lawrence C. Koch
"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"
6a edición 1983, LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A.

- .- "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y LA PEDAGOGIA"
Tomo III, SEPMAY-LIDIS 1979

- .- "LITERATURA EDITADA POR ALCOHOLICOS ANONIMOS"

- .- "LITERATURA EDITADA POR NEUROTICOS ANONIMOS"

Capítulo 6. Tratamiento Odontológico Integral.

6.1 Tratamiento preventivo (relación médico-paciente).

El conocimiento de la participación en su relación con los enfermos de elementos dinámicos más o menos encubiertos facilita al médico la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en esa relación interpersonal y le permiten manejar la más eficazmente.

El profesional de la salud no debe perder de vista que el enfermo inicia su relación con él, aún antes del primer contacto personal. Generalmente, cuando un enfermo acude a la consulta, ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico, que dependen de circunstancias tales como el que le consulte por su propia iniciativa o lo haga presionado por sus familiares; el que el médico le haya sido recomendado por alguien en quien realmente confía; el que las opiniones acerca de él escuchadas a otros enfermos hayan sido favorables, etc.. Lo habitual es que cuando enfermo y médico se encuentran por primera vez, el primero tiene ya una imagen del segundo y esa imagen es más o menos distorsionada.

Las experiencias del enfermo en su primera entrevista con el médico son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él. La expresión facial, los modales, el tono de la voz, la prudencia y oportunidad de sus preguntas y la paciencia para escuchar entre otras características; todo ello contribuye a que un paciente que llegó tenso y angustiado al consultorio, se tranquilice y se sienta inclinado a confiar, en tanto que otro que llegó sereno y optimista, abandone el consultorio lleno de dudas y recelos.

El que un individuo pueda establecer una buena relación con determinado médico y no con otro, depende en gran parte de factores engranados en la personalidad de ambos. Por ejemplo: los rasgos autoritarios de un médico tienen un atractivo especial para sujetos débiles y sumisos, en tanto que sujetos autoritarios fácilmente entran en conflicto con el médico cuya personalidad es también autoritaria.

La posibilidad de satisfacer en la relación con el médico necesidades de aceptación y de afecto es percibida por algunos enfermos, que entonces se inclinan por el médico cuya personalidad genuinamente cálida, en tanto que esas mismas personas se sentirían frustradas por un médico fríamente objetivo. Sujetos obsesivos y puntillosos sienten preferencia por el médico de carácter perfeccionista, que impresiona por su pulcritud, orden, exactitud y que interroga minuciosamente y toma notas abundantes. Ciertos sujetos vanidosos y superficiales son fácilmente seducidos por el médico que adopta posturas magistrales y que habla en tono académico, en tanto que otros más sensibles se sienten atraídos por el que se expresa en forma modesta.

El punto que queremos enfatizar es que generalmente lo que el enfermo busca y lo que encuentra o no encuentra en su relación con el médico es aceptación o simpatía, o autoridad, o magia, etc., pero siempre algo más que un diagnóstico y una descripción.

Por otra parte, la experiencia clínica demuestra que los enfermos mejoran o no me
joran, no sólo por lo que el médico les prescribe, sino por que encuentran o no,
en su relación con él, algo que consciente o inconscientemente necesitan.

Es evidente que las cosas marchan mejor cuando el paciente mantiene con el médico
una relación auténtica de estimación y confianza. En estas condiciones, el sujeto
se muestra deseoso de cooperar y sigue los consejos que se le dan, acepta sugestio
nes y se atriene a la prescripción. En cambio, cuando en su relación con el médico
predominan actitudes negativas, es más probable que el enfermo olvide los medica-
mentos, abandone la dieta y se aferre a sus síntomas. Todo profesional de la sa-
lud ha tenido experiencia con esos enfermos que en tono triunfal informan del e-
fecto desastroso que les ha causado un medicamento que les ha sido prescrito. Lo
más importante acerca de estas actitudes negativas es que muchos médicos se sien-
ten inclinados a ignorarlas. Esto ocurre más fácilmente al que tiene una imagen
sobreevalorada de sí mismo que le inclina a pensar como cosa natural y merecida los
elogios desmedidos y las muestras de afecto de sus pacientes, en tanto que le pa-
recen muy válidas y razonables las críticas que esos mismos enfermos hacen de aque-
llos colegas con quienes ha consultado con anterioridad. Es preferible ver siempre
con reservas al enfermo demasiado solícito y elogioso, pues bien puede tratarse de
uno de esos sujetos que empiezan queriéndonos mucho, elogiándonos y obsequiándonos
y que insaciable y gradualmente aumentan sus demandas de atención hasta llegar a un
punto en el que ni aún abandonando el resto de nuestro trabajo y consagrándonos a
ellos en forma exclusiva podríamos complacerlos. Lo que ocurre es que el médico
inicialmente halagado en su vanidad, se ha sentido comprometido a aceptar la situa-
ción; no ha previsto el desarrollo ulterior y ha llegado a un punto en que se si-
ente impotente para manejar el problema. En otras ocasiones, estos enfermos elogio
sos y aparentemente sumisos desarrollan hacia el profesional de la salud como de-
fensa contra sus propias tendencias dependientes, una corriente de hostilidad de
cuya presencia no nos percatamos sino cuando el enfermo, sin causa aparente, nos
abandona y se pone en manos de otro médico.

Por ser fácil aceptar amor, cualquiera puede manejar eficazmente a un enfermo cor
dial y obediente. No es tan fácil cuando en lugar de recibir cumplidos se trata de
tolerar a un enfermo antagonista y hostil. Sólo el médico verdaderamente maduro y
estable no ve disminuido su interés y sus deseos genuinos de ayudar a una persona
que en forma maliciosa expresa sus dudas acerca de su eficacia e inclusive de su
buena fé. Aceptar hostilidad no es nada agradable. Sin embargo, en la práctica
de una medicina de alta calidad es necesario. Las reacciones antagonistas y hosti
les pueden ser analizadas objetivamente y sus causas e implicaciones, que no nece
sariamente son racionales, son susceptibles de ser identificadas y comprendidas.

En buena parte la eficacia de nuestros esfuerzos por ayudar a nuestros enfermos de
pende de la capacidad que tengamos para comprender sus necesidades afectivas y reg
ponder a ellas. La conducta de la mujer histérica que nos llama a medianoche, la
del explotador que alarga inmisericorde la posconsulta y que siempre está dispues-

to a obtener lo más a cambio de lo menos, la del obsesivo que nos aburre con la descripción minuciosa de su última evacuación, etc., son comprensibles en términos de necesidades humanas que el médico puede y debe siempre tratar de entender.

El médico debe tener también advertencia de sus propias necesidades neuróticas, de sus rasgos caracterológicos y del influjo que unas y otros ejercen sobre los enfermos. El médico que tiene advertencia de su necesidad exagerada de seguridad, prestigio o afecto, y el que se percata de su propensión a ser dominado por un sentimiento irracional de omnipotencia o de otras necesidades infantiles puede, por lo menos hasta cierto punto, impedir que estas necesidades y tendencias afecten la relación con sus enfermos.

6.2 Entrevista Psicológica.

La obtención de material psicológico significativo es en principio más difícil que la recolección de datos relativos a los aparatos y sistemas por los métodos habituales de la exploración clínica. La razón de ello es que el material psicológico es intangible y sutil y sus raíces son con frecuencia poco aparentes, de modo que deben ser inferidas de reportes verbales intencionados y de la conducta del sujeto. Hay otras circunstancias que complican las cosas; el médico, que en la exploración actúa como observador, inevitablemente también participa en la situación. Su función es, "la de un observador participante", cuya subjetividad interviene inevitablemente en la valoración del material obtenido y cuyas actitudes determinan reacciones en el enfermo. No es fácil y sin embargo es necesario conservar la objetividad y al mismo tiempo establecer un contacto cálido y humano.

Las preguntas que planteamos no son apropiadas para ser directamente formuladas al enfermo. Son las preguntas que el examinador debe hacerse a sí mismo cuando confronta a un sujeto al cual pretende examinar. Nuestro punto de vista es más dinámico que fenomenológico y está inspirado en una finalidad terapéutica, ya que en la práctica la exploración psicológica y la iniciación de la psicoterapia van juntas. Para el médico, la exploración psicológica es a veces indispensable y otras solamente un complemento, pero nunca es superflua.

Los objetivos de la entrevista son: conocer la personalidad del sujeto, es decir, identificar su organización caracterológica, sus conflictos internos y sus actitudes y respuestas a las presiones externas y tratar de establecer la relación de lo anterior con los síntomas y problemas actuales. Para entender la situación y las relaciones actuales del sujeto es necesario conocer sus experiencias en épocas anteriores de su vida.

Los enfermos generalmente son sensibles y reaccionan a la personalidad y actitu

des del médico. El desarrollo de un patrón de aceptación es básico en todas las relaciones médico-enfermo, para la modificación del comportamiento, para aceptar una terapia.

Es siempre útil prestar atención a los nombres y las fechas que el enfermo menciona. Su repetición correcta por el médico con la debida oportunidad es prueba convincente para el enfermo de que se tiene un interés auténtico en su relato. Ese interés no sólo debe sentirse, ser auténtico, sino también debe hacerse explícito mediante gestos, actitudes y solicitud de ampliaciones y de aclaraciones pertinentes.

En tanto que se escucha, se observa. Mediante esa observación pueden ser recogidos datos valiosos. La expresión facial, la mirada, la dilatación de las pupilas, la sonrisa, el tono de voz, la espontaneidad o su falta en las respuestas, la postura tensa o flexible, el cuidado o el descuido en el arreglo personal, los movimientos involuntarios de las manos o de los pies, el sudor de la frente etc., todo ello nos orienta hacia la identificación de ciertos rasgos de carácter del enfermo y su situación afectiva: angustia, inquietud, depresión, tedio, desconfianza, euforia, etc. Uno de los errores que es posible evitar, es el de herir al enfermo en su amor propio formulándole preguntas imprudentes por innecesarias o por inoportunas.

El instrumento más valioso con el que se cuenta en la exploración psicológica es la comunicación verbal con el enfermo. Permitirle y aún estimularlo a que hable libremente es aquí de una importancia aún mayor que en la exploración médica habitual. Lo que el enfermo dice espontáneamente, lo que él selecciona para comunicar al médico tiene un valor especial, aún cuando el relato sea desordenado. En todo caso, unas cuantas preguntas al final de la entrevista permiten al explorador fijar el orden cronológico. Sin embargo, rara vez es el enfermo capaz de darnos espontáneamente en una o varias entrevistas todo el material que necesitamos. A la "tribuna libre" sigue el interrogatorio intencionado tanto más amplio y completo cuanto mayor es nuestro interés en el conocimiento de la personalidad del sujeto y sus conflictos internos.

6.3 Plan de tratamiento y programación de citas.

Las decisiones que se tomen en base al plan de tratamiento se verán involucradas dependiendo la información que se tengo sobre el paciente y los factores emocionales que harán menos difícil la observación, o modo de resolver el tratamiento en la situación actual. El dentista estará por lo tanto inclinado a disminuir aquellos aspectos de emergencia al observar al paciente, reconocer los casos de mayor negatividad, conforme a la práctica, tratar aquellos casos en orden de importancia o de mayor brevedad y reconocer las emergencias clíni-

cas y las emergencias psicológicas.

Las características que predominan son de carácter emergente conforme a signos y síntomas de mayor prioridad y tratamiento inmediato, pacientes además capaces de asimilar el tratamiento, que no vayan a presentar una crisis durante su intervención clínica.

Debe intuirse cuando un paciente presenta stress, a pesar de que no hay una lista de los signos del stress en un tratamiento dental, deben de ser considerados y de mucha importancia para evitar errores durante las visitas de rutina pre y post tratamiento.

Durante los estados emocionales negativos, se generaliza los estados de stress; ira, miedo, culpa, depresión y ansiedad. Pueden presentar tensión muscular, disturbios del lenguaje, acompañados de expresiones faciales, con cambios típicos cognocitivos sobre las funciones (juicio, memoria, percepción y relación). Incremento en funciones cardiovasculares, de respiración, glándulas y factores emocionales. Producción de adrenalina con cambios sobre tracto intestinal, cambios y alteraciones fisiológicas y psicológicas.

Generalmente, el estado de stress se presenta en forma de conflicto, se entenderán las facetas más características a modo de evitar durante el tratamiento las consecuencias que puedan originar una emergencia. Un aspecto psicológico importante concerniente al tratamiento, es aquél que maneja la relación pasiva dependiente y la figura autoritaria. Cuando el paciente se muestra demasiado represivo o negativo, no entenderá o no se le convencerá del daño o gravedad del cual no se sentirá responsable, mientras que otros pacientes no son capaces de reconocer su daño, por lo que se encuentran en estado de supresión. Por otro lado el paciente puede presentarse con un caso de invalidación o evadirse de su problema, aunque éste sea observable, a menos que involucre su corporeidad.

El dentista deberá hacer una evaluación rápida y comprometerse de tal modo que el tratamiento clínico sea funcional, deberá eliminar y reducir aquellos aspectos que incluso involucren corporalmente al paciente, el estado psicológico del paciente y la rapidez con que se proceda durante el tratamiento, darán una mayor efectividad a dicho tratamiento.

Los desórdenes orales que con mayor frecuencia se encuentran son las lesiones coronales (sobre el límite del esmalte), fracturas de caras oclusales, exposición de dentina, bruxismo, caries que pueden ir desde un grado leve, moderado hasta severo (muy avanzado). Es bastante común que nos encontremos con pacientes con una deficiente higiene oral, lo cual trae como consecuencia enfermedades paradontales principalmente y caries. El tratamiento a seguir en éstos casos

es, una profilaxis como medida de control y posteriormente rehabilitar la cavidad oral para devolver su funcionalidad.

Se deberá tomar en cuenta las series radiográficas como medidas preventivas (incluso bajo el uso de anestesia general, requerir una serie de visitas periódicas al consultorio, cuidar la premedicación consultando al especialista en el caso de drogas sedantes y analgésicos ya que pueden dar reacciones opuestas y en el uso de barbitúricos debe extremarse el cuidado.

Las citas deberán de ser lo más cortas que sea posible ya que el estar en el sillón dental causa stress y angustia, procurar avanzar en el tratamiento y aprovechar el tiempo al máximo para reducir el número de citas necesarias en su tratamiento.

Es necesario tomar en cuenta las variables dependientes del paciente, como son; sexo, edad, ocupación, etc., así como las variables en cuanto a la selección de droga, forma de administración, efectos colaterales del medicamento y significado psicodinámico del medicamento.

6.4 Tratamiento dental con anestesia general.

Las necesidades de dicho tratamiento, se verán condicionadas por dos aspectos que se presentan durante el efecto de la anestesia, como son: hipotensión e hipoxia, por lo que se deberá considerar al paciente indicado para el tratamiento y de acuerdo a las necesidades del caso, o al caso de mayor gravedad.

El médico deberá estar informado del tipo de tratamiento que lleva el paciente, así como el tratamiento planeado anestésicamente y sobre todo el no prescribir ningún tipo de drogas o contraindicaciones. Muchos pacientes reciben tranquilizantes o sedativos dentro de su tratamiento de rutina, por lo que no es aceptable, a menos de que sea necesario, en tal caso se usará Diasepam como opción durante la noche o bien en la mañana antes de la operación técnica anestésica.

El acoplamiento mental entre las respuestas psicológicas y las condiciones operativas, se darán usando anestesia intravenosa, con inhalador por inducción, con intubación endotraqueal, usando también laringoscopio procurando lubricar bien el tubo prótex, para evitar hemorragias en casos de amigdalitis o en pacientes muy jóvenes. Son raros los casos de obstrucción respiratoria o de edema laríngeo cuando se emplea bien la intubación. Para contribuir un poco al aspecto operativo, se podrán usar (cuando se lleve una hora o más) sedantes, dependiendo del caso y del individuo, teniendo la certeza de que será una forma adecuada para crear las condiciones operativas.

Generalmente se usan vapores halógenos. Es conveniente mantener un diagrama

sobre la frecuencia del pulso y respiración por el anestesista. Se mantendrá la intubación nasal hasta la silla de trabajo, el anestesista deberá ir a la izquierda, se puede trabajar a cuatro manos, para que el asistente prepare los materiales y ayude a la recuperación.

Se tomarán radiografías si fuese necesario, se mantendrá la boca abierta con la ayuda de un abre bocas para facilitar el tratamiento dental (remoción de caries, extracciones, aplicaciones de fluoruro, colocación de coronas, etc.).

Una vez terminado el tratamiento, el paciente será trasladado en camilla hasta la sala de recuperación, donde estará al cuidado de una enfermera que registrará los estados evolutivos postoperatorios. Aquellos casos en donde existan deformaciones torácicas con presencia de espasmos, requerirán succión bronquial al final de la operación. El vómito es una reacción postoperatoria que se presenta en mínima cantidad de pacientes. Por lo demás no existe otro tipo de complicaciones.

Existe una variedad de tipos de anestesia, mencionaremos dos anestésicos generales.

Oxido nitroso.

Es un anestésico gaseoso poco potente. "para lograr la anestesia a presión atmosférica es necesario que se inhale óxido nitroso puro, sólo podemos emplear este gas en operaciones muy cortas puesto que hay peligro de asfixia para el paciente desde el instante en que pierde el conocimiento"

Cuando se aspira una mezcla de óxido nitroso y oxígeno 65:35, los pacientes sin premeditación no suelen entrar en el segundo período de la anestesia; en algunos se produce delirio, y en muy pocos se logra la anestesia quirúrgica. Por estas razones suele inducirse la anestesia mediante una "dosis de sueño" intravenosa de un barbitúrico de acción rápida, a lo que sigue inhalación de óxido nitroso en oxígeno. Conforme desaparecen los efectos de la dosis inicial del barbitúrico, se continúa la anestesia quirúrgica añadiendo un poco de anestésico volátil (como tricloroetileno, halotano o metoxifluorano) a la mezcla que se aspira, administrando más barbitúrico o un analgésico narcótico (generalmente por vía venosa).

Analgesia. El óxido nitroso, en concentración subanestésica, produce analgesia en el hombre. Bastan diez volúmenes por cien para producir efectos patentes; se dice que la inhalación de 20 por 100 del gas en oxígeno es tan eficaz como 15 mg. de sulfato de morfina. La concentración óptima de este gas para producir analgesia máxima conservando la colaboración del enfermo es de 35 por 100 aproximadamente.

Efectos secundarios:

Circulación. El óxido nitroso al 90 por 100 en oxígeno disminuye ligeramente la contractilidad miocárdica por acción directa sobre el corazón y aumenta ligeramente la respuesta del músculo liso vascular al mediador simpático noradrenalina. Durante la anestesia producida con halotano y oxígeno, la adición del óxido nitroso aumenta la resistencia vascular periférica, la presión arterial media y la presión en la aurícula derecha. El gasto cardiaco disminuye. La actividad nerviosa del simpático aumenta. **Respiración.** El óxido nitroso con oxígeno a partes iguales aumenta ligeramente el volumen respiratorio por minuto en reposo sin alterar la respuesta al bióxido de carbono, pero esta concentración no produce anestesia.

Tubo digestivo. Son algo frecuentes las náuseas y los vómitos después de operaciones menores practicadas bajo anestesia con óxido nitroso.

Sistema neuromuscular. Si no hay otros medicamentos, no puede producirse relajación muscular durante la inhalación de óxido nitroso en pacientes con buena salud.

Hematopoyesis. Sabemos que la exposición al óxido nitroso deprime la médula ósea, y ha habido defunciones por exposiciones prolongadas de este gas. Sin embargo, no hay pruebas de que la toxicidad del óxido nitroso sea importante en exposiciones menores de 24 horas.

Recuperación de la anestesia.

Después de administrar óxido nitroso con oxígeno en mezcla hasta 65:35, la recuperación de la anestesia suele ser rápida y exenta de efectos desagradables. Sin embargo, la administración prolongada de óxido nitroso aumenta la frecuencia de náuseas y vómitos que siguen a la anestesia, y aún retrasa el despertar. Estos problemas se agravan porque ocurre hipoxia durante el período anestésico. Hay otras cosas que influyen en la recuperación y que suceden antes de suspender la administración del anestésico. El empleo de agentes de bloqueo neuromuscular simultáneamente con óxido nitroso requiere control o auxilio de la respiración y son posibles la hiperventilación y la alcalosis respiratoria, que sumadas a las acciones nerviosas centrales de los medicamentos de bloqueo neuromuscular, pueden deprimir aún más la función de diversos sitios del sistema nervioso central, entre ellos la corteza cerebral.

Evaluación.

La concentración más alta de óxido nitroso que puede aplicarse para mantener la anestesia es de 70 por 100. Más arriba puede sobrevenir hipoxia. Como esta concentración no es suficiente para un sujeto normal, se emplean otros medicamentos para completar la anestesia. Es útil la medicación preanestésica con narcóticos para aumentar el grado de analgesia. Con tiopental se logra una hipnosis más profunda. Auxiliares comunes son los anestésicos líquidos volátiles, como halotano, tricloroetileno, y éter etílico. Los narcóticos y las mezclas de

narcóticos y tranquilizantes de la índole de fentanil y droperidol también se emplean mucho. El anestésico primario es óxido nitroso, pero se aumenta el grado de anestesia, añadiendo el líquido volátil o un narcótico. Si se requiere relajación muscular, se inyecta un medicamento de bloqueo.

La principal limitación del óxido nitroso es su baja potencia anestésica. Esto explica muchos de sus peligros e inconvenientes, como son hipoxia y la sobredosificación inadvertida con coadyuvantes narcóticos, barbitúricos y bloqueadores neuromusculares. En cambio como no es inflamable ni irritante y huele bien, posee notable acción analgésica, es valioso como anestésico basal benigno al que pueden añadirse las acciones de diversos anestésicos volátiles más potentes y relajantes musculares.

HALOTANO

Es un anestésico volátil, de los cuales guardan entre sí tres semejanzas: son líquidos a temperatura ambiente, son potentes en grado extraordinario y son más solubles en sangre, agua celular y grasas que los gases anestésicos. La profundidad anestésica aumentará al pasar el tiempo, a menos que se reduzca la presión del anestésico en la mezcla inspirada. En consecuencia, en etapa inicial puede administrarse una concentración bastante superior a la necesaria para mantenimiento, y disminuirla progresivamente a cifras menores, lo cual apresura la inducción de la anestesia. Durante la recuperación, la solubilidad relativamente grande del agente volátil en la sangre y en los tejidos retarda la excreción por los pulmones y el retorno del conocimiento. En la práctica sistemática, estas dificultades bajan o se evitan en muchos casos valiéndose del óxido nitroso como agente anestésico básico, suplementando por volúmenes menores de un agente volátil. Como se necesita, suele lograrse relajación muscular valiéndose de un agente de bloqueo neuromuscular.

Propiedades farmacológicas.

Acciones anestésicas generales. Los signos de la profundidad de la anestesia son sutiles. En niveles corrientes de anestesia las pupilas son pequeñas, los ojos están cerrados, la respiración es superficial pero rápida y los músculos de hipofaringe están más relajados que los del abdomen. Con frecuencia, la presión arterial brinda más datos acerca de la profundidad de la anestesia. Puede obtenerse cualquier plano de anestesia sin que ocurra hipoxia. (La concentración anestésica mínima es de 0.74 volúmenes por 100). Al igual que ocurre con otros anestésicos volátiles, la presión parcial alveolar del halotano aumenta progresivamente con el tiempo cuando se inspira en concentración constante.

La tendencia del halotano a producir hipotensión arterial a gran profundidad anestésica y su falta de potencia analgésica han hecho que se emplee poco como anestésico primario. Se emplea por lo general como auxiliar del óxido nitroso; y para la relajación muscular, cuando se necesita, se inyecta un bloqueador neuromuscular.

Respiración: El halotano deprime la respiración en todas las concentraciones,

inhibe notablemente los reflejos laríngeos y faríngeos, relaja los maseteros y restringe la salivación; esta combinación de efectos permite hacer la intubación traqueal con facilidad. Hay también inhibición de los espasmos laríngeo y bronquial, y de la tos.

Circulación. El halotano deprime por acción directa el micardio y el músculo liso vascular. Aminora la actividad eferente del simpático e impide así que la no adrenalina mediadora antagonice la depresión vascular periférica. La presión arterial, la fuerza de la concentración cardiaca, el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica total son reducidas por el halotano en concentración anestésica. Estas acciones van aumentando conforme se profundiza la anestesia. La frecuencia cardiaca se afecta menos. Es esencial la vigilancia constante de la presión arterial y de la intensidad del pulso para conducir con seguridad la anestesia con halotano. Aumenta el riesgo sanguíneo cerebral principalmente por su acción dilatadora directa sobre el músculo liso vascular. En el músculo esquelético produce también vasodilatación.

Ritmo cardiaco. Las arritmias ventriculares son raras durante la administración de halotano si se evita la aparición de acidosis respiratoria, hipoxia u otras causas de estimulación simpática.

Hígado. Es característico que pase cierto tiempo entre la exposición del halotano y la aparición de síntomas, y puede oscilar entre cinco días y tres semanas. Es más frecuente el daño en las mujeres. El síndrome de lesión hepática se inicia con fiebre, anorexia, náuseas y vómitos. A veces hay erupción cutánea. Casi siempre se encuentran leucocitosis. En la mitad de los casos aproximadamente so breviene la muerte con rapidez; los que se recobran lo hacen por completo.

Metabolismo y excreción. En el cuerpo hay notable retención y descloración de la molécula original. En el hombre se han encontrado ácido trifluoroacético y bromuro como metabolitos urinarios. Hasta 20 por 100 del halotano absorbido es desintegrado antes de la excreción.

Desventajas y limitaciones. El halotano tiene un coeficiente de reparto entre sangre: gas moderadamente alto; por lo mismo, puede retrasarse la inducción de la anestesia, y la recuperación es necesariamente lenta. Es un analgésico pobre, y debe complementarse con óxido nitroso, opiáceos o relajantes musculares para obtener condiciones operatorias adecuadas. Las acciones cardiovasculares del halotano producen hipotensión moderada o notable. Además sensibiliza los tejidos conductores del corazón a la acción arritmógena de las catecolaminas. Los temblores predominan durante la recuperación probablemente por la pérdida del calor hacia el ambiente durante la anestesia. La vasoconstricción cutánea durante esta fase puede producir la falsa impresión de que el paciente se encuentra en choque o hipoxemia. En realidad, la vasoconstricción es puramente superficial, y el diagnóstico diferencial se resolverá golpeando o rascando la piel; la hipermia resultante demostrará que la oxigenación de la sangre es adecuada. Es posible que el halotano intervenga de algún modo en la producción de lesión hepática, al menos en algunos individuos. Finalmente el halotano es caro.

Ventajas y usos. El halotano no es inflamable ni irritante para las vías respiratorias. Puede producir anestesia profunda sin necesidad de restringir la proporción de oxígeno en la mezcla anestésica. Produce vasodilatación aunque haya choque, por lo que permite saber la realidad de la pérdida de sangre y su restitución basándose solamente en la presión arterial. Es útil además para tener un campo operatorio "blanco" en las operaciones plásticas, cuando se administra como hipotensor. Finalmente, puede ayudar en las maniobras uterinas de versión y extracción por sus propiedades relajantes del miometrio.

Calificación en la anestesia. El halotano ha logrado gran aceptación en los pocos años que tiene de aplicación. Se emplea con óxido nitroso y relajantes musculares para producir anestesia general en operaciones de toda clase, pero también se administra solo. Es probable que conserve su buen crédito hasta que lo desplace un anestésico mejor o se demuestre que produce lesiones hepáticas.

Resumiendo podemos decir que la anestesia con halotano se caracteriza por: una suave y rápida inducción prácticamente sin excitación. Inhibición de secreciones del tracto respiratorio y gástricas. Disminución del sangrado capilar (difuso) sin estar esto ligado a hipotensión. Recuperación rápida y tranquila prácticamente sin vómitos. Esta contraindicado en pacientes con enfermedades severas biliares o hepáticas. Cuando no se requiera relajación uterina importante. Como reacción secundaria en casos raros puede presentar ictericia colestática, náuseas. Se administra por métodos conocidos de inhalación., de esta manera se le emplea por goteo abierto, circuitos semicerrados y circuitos cerrados de cal sodada.

6.5 Interacción odontólogo-médico-psicólogo.

Debe de existir una interacción entre la odontología, la medicina y la psicología para un mejor tratamiento del paciente y pronóstico favorable del mismo.

La psicología como rama dentro de la medicina nos brinda los conocimientos necesarios para analizar y tomar conciencia a cerca de los problemas y necesidades del paciente.

Al tratar al paciente odontológicamente no se debe de limitar el campo de trabajo a la cavidad oral, sino por el contrario, tratarlo como una unidad biopsicosocial. Una aportación importante de la psicología a la medicina es el énfasis en el estudio de la interacción del médico con el enfermo como parte importante del proceso terapéutico, y no sólo a la medicina sino también a la odontología. Esto ha representado el análisis por métodos psicológicos de una noción tradicional: la de la personalidad del médico, (odontólogo) como cataliza

dor de los procesos recuperativos del organismo enfermo. Desde el campo de la psicología se ha mostrado que el médico influye sobre el enfermo a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión y de apoyo emocional. De la capacidad de cada médico u odontólogo para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el enfermo, depende su habilidad para identificar e influir en el elemento psicológico en sus síntomas, estimulado en él el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución del equilibrio orgánico. Esto se logra más eficazmente cuando el médico (odontólogo) además de poseer los conocimientos necesarios, se siente libre para manejar su propia personalidad como instrumento terapéutico, como complemento en todos los casos y en sustitución de las terapéuticas médicas y quirúrgicas en algunos otros.

6.6 Terapia de reforzamiento.

Los métodos de reforzamientos consisten en estimular a los pacientes cuando la conducta deseable aparece, el terapeuta o el médico, la recompensa inmediatamente, dando una sustancia o una respuesta placentera. Cuando la respuesta es favorable sigue dándose la recompensa (estímulo), pero no necesariamente en forma repetida y regular. También se ha intentado usar programas de reforzamiento negativo, en los cuales se establece una situación desagradable o dolorosa, que se interrumpe en cuanto aparece la respuesta deseada en el comportamiento.

BIBLIOGRAFIA

- .- De la Fuente Muñiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpresión de 1981, FONDO DE CULTURA ECONOMICA

- .- Henry, Ey
"TRATADO DE PSIQUIATRIA"
8a edición 1978, Tosay-Masson

- .- Thompson, Richard F.
"INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA FISIOLOGICA"
TEC-CIEN

- .- Rosman, Ferreras
"MEDICINA INTERNA"
1a reimpresión 1978, MARIN

- .- A. Levinson Samuel, P. Macfate Robert
"DIAGNOSTICO CLINICO DE LABORATORIO"
2a edición 1962, EL ATENEO

- .- Angel N. Gilberto Dr.
"EL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO"
Revista ATENCION MEDICA, Febrero, 1983.

Capítulo 7 Aspecto farmacológico

7.1 Bases farmacológicas de las principales drogas utilizadas

El descubrimiento reciente de sustancias que actúan sobre las funciones psíquicas en forma distinta a las de otras drogas ya conocidas (barbitúricos, bromuros, hidrato de cloral, etc.) ha permitido avances significativos en la comprensión del sustrato fisiológico de los trastornos mentales y ha ampliado considerablemente la posibilidad de actuar terapéuticamente sobre ellos.

La clasificación fundamental de los psicofármacos está basada en las áreas del comportamiento patológico frente a las cuales son más eficaces. Las ulteriores subdivisiones se basan en la diferente estructura química de cada compuesto. Una clasificación útil se muestra en la tabla 1:

Denominación	Area comportamental de actividad
Neurolépticos	Trastornos de tipo esquizofrénico Estados de excitación maniaca
Antidepresivos	Trastornos de tipo depresivo
Ansiolíticos	Trastornos de tipo ansioso
Hipnóticos	Trastornos del sueño
Anticonvulsivantes	Trastornos de tipo epiléptico
Sales de litio	Excitación maniaca

Neurolépticos (antipsicóticos, tranquilizantes mayores, atarácicos)

Los neurolépticos son psicofármacos caracterizados por las siguientes propiedades:

1. Acción sedativa intensa, con reducido efecto hipnótico.
2. Efecto antipsicótico específico.
3. Fenómenos secundarios neurológicos de tipo extrapiramidal.

Clasificación.- se basa en la diferente composición química. Desde este punto de vista, se pueden distinguir cuatro tipos de neurolépticos:

1. Fenotizinas
2. Butirofenonas
3. Tioxantenos
4. Reserpínicos

5. Otros

A cada uno de estos grupos pertenecen diversas sustancias que difieren por los distintos radicales que se unen al núcleo-base de la sustancia.

La tabla siguiente muestra los principales neurolépticos que pertenecen a los diversos grupos, con el nombre comercial correspondiente. Dado el alto número de sustancias con efecto neuroléptico sistetizadas hasta ahora y dado el número creciente de productos disponibles en el comercio, en esta tabla sólo se muestran los principios activos y los productos más difundidos en la práctica clínica.

Tabla 2 Neurolépticos

Grupo	Nombre químico	Denominación comercial
1. Fenotiazinas	Clorpromazina	Largactil
	Promazina	Liranol
	Levopromazina	Sinogán
	Flufenazina	Siqualine, Flenaken
	Trifluoperazina	Stelazine
	Tioridazina	Melleril
	Propetriciazina	Neuleptil
	Perfenazina	Trilafón, Leptopsique, Emesinal
	Proclorperazina	Stemetil
2. Butirofenonas	Haloperidol	Haldol, Vesalium
	Penfluridol	Semap
	Floropipamide	Dipiperón
3. Tioxantenos	Tiotixve	Navane
4. Reserpínicos	Reserpina	Serpasil, Raucitol
5. Otros	Sulpiride	Ekilid, Dogmatil, Pontiride

Indicaciones.- en general, se puede decir que existe una indicación para un tratamiento neuroléptico en todo trastorno del comportamiento de tipo psicótico, con exclusión de las psicosis depresivas. Especificado, las principales indicaciones de los neurolépticos son las siguientes:

1. Trastornos de tipo esquizofrénico, agudos y crónicos
2. Psicosis delirantes agudas
3. Psicosis delirantes crónicas; paranoica, parafrenia
4. Psicosis orgánicas, especialmente las acompañadas de agitación psicomotora
5. Estados confusionales
6. Psicosis maniacas

Dada la acción típica de sedación de algunos neurolépticos, una indicación del uso de estos fármacos son todas las crisis de agitación psicomotora, de cualquierer origen que sean, dando la preferencia naturalmente a aquellos neurolépticos de mayor acción sedativa.

Además, hay que apuntar que a bajas dosis, algunos neurolépticos pueden mostrar una acción específica de tipo ansiolítico, por lo que se pueden emplear en los casos en que haya necesidad de un tratamiento tranquilizante.

Las dosificaciones de los diferentes neurolépticos varían en relación con la sustancia utilizada; no obstante, el esquema posológico del tratamiento neuroléptico es común, cualquiera que sea el tipo de neuroléptico utilizado. La regla fundamental es que la dosificación debe adaptarse individualmente, dado que la tolerancia individual a los neurolépticos varía en forma notoria. Por tanto, el tratamiento se iniciará con dosis relativamente bajas que se aumentaran en forma progresiva cada día hasta alcanzar la máxima dosis terapéutica tolerable. Alcanzada la dosificación máxima, ésta se mantendrá por un periodo variable en relación con el ritmo de regresión de la sintomatología; alcanzada la mejoría sintomática máxima, las dosis serán progresivas y cotidianamente reducidas hasta alcanzar las dosis de mantenimiento que también varían en forma notoria de individuo a individuo.

Antidepresivos.

Los antidepresivos son psicofármacos de acción electiva de los estados depresivos de cualquier naturaleza.

Clasificación.- se base en su estructura química:

- a) Derivados tricíclicos.
- b) Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
- c) Derivados tetracíclicos.

En el ámbito de cada grupo, existen numerosas sustancias activas, que difieren por sus diferentes cadenas laterales conectadas al núcleo base. La tabla 3 muestra el esquema general de los antidepresivos.

Tabla 3 Antidepresivos

Grupo	Nombre Químico	Denominación comercial
1. Derivados tricíclicos	Imipramina	Tofranil
	Desimipramina	Pertofrán, Norpramid
	Clorimipramina	Anafril
	Trimepramina	Surmontil
	Amiriptilina	Triptanol, Anapsique
	Nortriptilina	Avantyl
	Opipramol	Insidón
	Butriptilina	Enadyne
2. IMAO	Esocarboxazida	Marplán
	Fenelzina	Nardil
3. Derivados Tetracíclicos	Maprotilina	Ludicmil
	Nomifensín	

Elección de un antidepresivo.- se pueden dar las siguientes indicaciones básicas para una terapia antidepresiva:

- 1. Si se trata de fases depresivas de alguna gravedad, de las psicosis maniaco-depresiva, el fármaco a elegir es la imipramina y después la clorimipramina (Anafranil).
- 2. Si se trata de depresiones caracterizadas por un notable componente ansioso, el fármaco a elegir es la amitriptilina (Laroxil, Anapsique, Triptanol).
- 3. Si se trata de depresiones de tipo neurótico o de síntomas depresivos que acompañan las neurosis de ansiedad, o la depresión reactiva, el fármaco de elección es un inhibidor de la monoamino-oxidasa (IMAO).

Dosificación.- Dado que las modalidades de empleo clínico varían notablemente en relación con los diferentes tipos de antidepresivos, los principales fármacos se analizarán separadamente.

1. Imipramina (Trofanil).

Se asemeja, como estructura, al de los neurolépticos; en efecto, se inicia con dosis bajas (50 mg al día) y se continúa aumentando 25 mg al día hasta alcanzar la dosis máxima de 250 mg, ésta se mantiene hasta una semana después de la remisión de los síntomas depresivos, entonces se inicia la reducción (disminuyendo 25 mg cada dos días) hasta llegar a la dosis de mantenimiento (usualmente 75-100 mg por día. En sujetos ancianos, los físicamente debilitados, la máxima dosis deberá ser inferior. Hay que tener en cuenta que la acción terapéutica de la Imipramina se manifiesta en general tras cinco a siete días después del inicio de la terapia.

2. Desimipramina (Petrofrán).

Es un metabolito del tofranil y tiene como característica clínica fundamental la de una acción relativamente rápida (de uno a tres días después del inicio del tratamiento). Su acción antidepressiva es menos eficaz que la del tofranil.

Las dosis terapéuticas varían entre 50 y 100 mg.

3. Clorimipramina (Anafranil).

Presenta la característica de ser administrada mediante infusión endovenosa, permitiendo así un efecto antidepressivo y ansiolítico rápido e intenso. Su acción terapéutica se sitúa entre la de la imipramina y la de la amitriptilina, con la ventaja de una acción más rápida sobre estos dos fármacos.

Se aconseja iniciar el tratamiento con 25 mg de clorimipramina (una ampolleta) diluida en 250 cc de solución glucosada o fisiológica por flevoclisis a 40 gotas por minuto. Obtenida la remisión de la sintomatología, se puede iniciar la reducción de la dosis por vía endovenosa, sustituyendo un comprimido (25 mg) por vía oral por cada ampolleta eliminada. La sucesiva dosis de mantenimiento puede ser fijada sobre la dosis de 50 mg por día.

4. Amitriptilina (Tryptanol, Sarotex, Anapsique).

Dado su notable efecto ansiolítico y sedativo, está indicada en las depresiones con notables componentes ansiosos. Sus dosis varían notablemente y se utilizan para tratar una depresión "endógena" o una depresión "neurótica": en el primer caso se inicia con 2 a 3 comprimidos (50-75 mg) para aumentar un comprimido al día hasta los 250 mg, reduciendo después según el mismo esquema; en el segundo caso, las dosis deberán ser inferiores, variando entre 30 y 75 mg.

5. Los inhibidores de la Monoaminoxidasa (MAO).

Marplán, Nardil, etc.

La acción de los IMAO sobre el plano clínico es diferente de la de los otros timoanalépticos; en efecto, los pacientes tratados con IMAO sienten un inmediato efecto de estímulo: la fatiga se reduce, la eficacia mejora mientras se reducen paralelamente los síntomas depresivos.

En caso de tratamiento con IMAO, será oportuno tener en cuenta los siguientes cuidados:

- a) Iniciar con dosis inferiores a la máxima para descubrir la tolerancia del paciente.
- b) No suspender nunca de golpe el tratamiento, sino reducirlo en forma progresiva para evitar un súbita recaída del paciente.
- c) No administrar nunca los IMAO en la noche (riesgo de producir insomnio).
- d) Asociar siempre un ansiolítico para evitar un aumento de ansiedad.
- e) Aconsejar la ingestión del fármaco con el estómago lleno.

Ansiolíticos (tranquilizantes menores).

Son fármacos activos contra todos los estados ansiosos de cualquier origen.

La siguiente clasificación, basada en la diferente estructura química, reporta los grupos de ansiolíticos empleados en orden de importancia clínica:

1. Benzodiazepinas.
2. Meprobanatos.
3. Difenilmetanos.

De estos tres grupos, el primero, o sea el de las benzodiazepinas, ha adquirido una importancia dominante; el segundo grupo, que fue el primero en ser sintetizador, se emplea bastante menos; el tercero posee en la actualidad escasas aplificaciones terapéuticas. La tabla 4 muestra el número químico de los ansiolfíticos, divididos por grupos y su denominación comercial.

Tabla 4. Ansilíticos

Grupo	Nombre químico	Nombre Comercial
1. Benzodiazepinas	Clordiazepóxido	Líbrium
	Diazepam	Valium, Alboral, etc.
	Oxazepam	Bonare, Buscopax, etc.
	Medazepam	Nobrium
	Cloracepato	Tranxene
	Dipotásico	

Grupo	Nombre químico	Nombre Comercial
	Temazepam	Levanxol
	Lorazepam	Activán
2. Alcandioles	Meprobamato	Mepropersantín, Miltown
3. Difenilmetanos	Hidroxizina	Atarax, Vistaril
4. Otros	Benzoctamina	Tactín

Esquema psicológico.

Dada la escasa toxicidad y la buena tolerancia de estas sustancias, es aconsejable en general iniciar el tratamiento inmediatamente, según la dosis terapéuticas.

Tratamientos biológicos.

Como regla, es preferible atacar bruscamente la ansiedad con una dosis relativamente elevada, y reducir finalmente la dosis en vez de proceder de manera contraria.

Elección de un ansiolítico.

Dado el notable número de productos que hay en el mercado, puede ser difícil escoger alguno entre todos los que existen disponibles para una adecuada terapia ansiolítica.

Hipnóticos.

Por definición, los hipnóticos son fármacos destinados a favorecer la aparición del sueño y a mantenerlo durante un periodo fisiológico. Por tanto, con base en tal definición, en el grupo de los hipnóticos quedan comprendidos algunos fármacos de acción hipnótica (por ejemplo, los barbitúricos), pero quedan también comprendidos otros fármacos que inducen al sueño por vía indirecta, reduciendo el estado de ansiedad del paciente (por ejemplo, algunas benzodiazepinas ansiolíticas).

Clasificación.- se basa tanto en criterios farmacológicos (diferente estructura química, distinto mecanismo de acción) como en criterios clínicos:

1. Benzodiazepinas
2. Hipnóticos no barbitúricos
3. Barbitúricos

Tabla 5

Grupo	Denominación química	Dosis
1. Benzodiazepinas	Clordiazepóxido	25mg
	Diazepam	5-10mg
	Nitrazepam	5-10mg
	Flurazepam	15-30mg
2. Hipnóticos no barbitúricos	Glutetimida	250mg
	Metacualona	150mg
3. Barbitúricos	Fenobarbital	100mg
	Secobarbital	100mg
	Pentobarbital	50-100mg

Es esquema de tratamiento es sencillo: se aconseja iniciar con la dosis mínima terapéutica (correspondiente a un comprimido o cápsula de cada producto) repitiéndola si es necesario tras algunas noches. Con la mejoría de la sintomatología psiquiátrica básica, es oportuno no suspender de golpe la administración de los hipnóticos, sino reducir progresivamente la dosis, cambiándolas cada tres o cuatro días.

7.2 Interacción medicamentos de los fármacos.

Neurolépticos.

Largactil.- es un derivado sintético original dotado de múltiples propiedades farmacodinámicas basadas en su efecto neuropléjico sobre el sistema neurovegetativo central y periférico y sobre el SNC que le confieren: propiedades sedativas, tranquilizantes, hipotérmicas, antieméticas, antiespasmódicas, hipotensivas, analgésicas y potencializadoras.

Indicaciones.- Distrofias del sistema neurovegetativo de diversa antiología tóxi-infecciosas, diversas distonías orgánicas, vómitos de origen central (uremia, gastroenteritis, carcinomatosis medicamentosa, transoperatorio o postquirúrgico, leucemia, diabetes, enfermedades por Rx). Prurito rebelde de origen endógeno (diabetes). Hipo, dismenorreas, padecimientos psicósomáticos.

Potencializador de anestésicos, analgésicos o narcóticos e hipnóticos: medicación preanestésica o en asociación. Anestesia potencializada. Componente del cocktail-lítico. Analgesia obstétrica, eclampsia. Tratamiento del shock traumático o postquirúrgico. Hipertermia quirúrgica, terapéutica hipotensiva controlada. Premedicación para exámenes endoscópicos diversos.

Agitación, excitación psicomotora aguda, psicosis maniaco-depresiva, delirium tremens, psiconeurosis, demencia senil, esquizofrenia.

Contraindicaciones.-pacientes en coma etílico, barbitúrico, narcótico o por otros depresores del SNC, o en mal estado general. Bajo control médico estricto en pacientes con arteriosclerosis, padecimiento cardiovascular, hepático o bajo tratamiento con medicaciones depresoras centrales o de la médula ósea, enfermedad de Parkinson.

Reacciones secundarias.- al principio del tratamiento y con dosis altas se puede observar: somnolencia, resequedad oral, palidez, vértigo, cefaléa, constipación, poliuria, hipotermia, astenia y adinamia, insomnio, fotosensibilidad.

Por vía parental, al principio se puede observar hipotensión ortostática y taquicardia, y reacciones inflamatorias locales por inyecciones repetidas en el mismo sitio. Reacción extrapiramidal (disonia de torción, temblor, hipertonía, acatíca).

Largactil.- comprimidos, solución oral y solución inyectable.

Fórmula.- cada comprimido, ml de solución oral, ampollita de 5 ml (IM) y de 2 ml (IV) contiene clorhidrato de clorpromazina.

Liranol (Promacina) inyectable.- induce un profundo efecto tranquilizante, al que se añaden, acción antiemética y acción potencializadora de anestésicos, barbitúricos y analgésicos. Por lo tanto, favorece la cooperación de los pacientes prequirúrgicos, permitiéndoles sentirse menos incómodos. Además, facilita el manejo y tratamiento de pacientes agudamente agitados, como los que padecen psicosis, narcomanía o alcoholismo.

Indicaciones.- en cirugía: se recomienda aplicar 50 mg (1 ml) media hora antes de iniciar la anestesia y 50 mg en el postoperatorio, por vía intramuscular preferentemente.

Proporciona en casi todos los casos, analgesia a través de todo el curso de la intervención junto con amnesia completa.

En el tratamiento de pacientes con síndromes de abstinencia de alcohol y de drogas, así como psicópatas agitados, logra inducir sueño y mantener a los pacientes en estado de reposo y tranquilidad mental, con dosis de 50 a 200 mg por vía IM.

Contraindicaciones.- estados comatosos por alcohol, barbitúricos y opiáceos; pacientes con arteriosclerosis cerebral. No combinar su administración con epinefrina ya que invierte su acción presora; no aplicarse por vía intraarterial.

Sinogan (Levopromazina).- derivado fenotiacínico de investigación, considerado

como el más potente sedativo-ansiolítico y con la característica de poseer además, una eficaz acción analgésica, efecto que ha sido comparado con la morfina y la meperidina.

Indicaciones.- excitación psicomotora del tipo ansiedad, angustia que acompaña a diversos padecimientos orgánicos (agudos o crónicos) o en alteraciones psicomáticas de diversa índole, o en neurosis.° Insomnio. Síndrome maniaco e hipomaniaco. Estados confucionales-obsesionales; Fóbicos-delirantes.

Reacciones secundarias.-sommolencia, diastenia son los síntomas más frecuentes así como hipotensión ortostática y taquicardia y en ocasiones resequedad bucal y a tratamiento prolongado, puede observarse aumento de peso.

Grupo Butirofenonas.

Haldol.- a dosis bajas (.5 y 1 mg), esta indicado en estados de ansiedad, tensión, ansiedad neurótica, tensiones reactivas y manifestaciones psicomasáticas producidas por la ansiedad.

Contraindicaciones.- depresión severa por alcoholismo o por cualquier otro agente central depresor, pacientes comatosos, enfermedad de Parkinson.

Reacciones secundarias.- cuando aparecen, las más comunes son extrapiramidales, como : distonía de torsión, acatisis y pseudoparkinsonismo; son reversibles con agentes antiparkinsonianos.

Semap (Penfluridol).- es un potente neuroléptico de larga duración por vía oral, para el tratamiento básico de sostén de los pacientes psicóticos crónicos, hospitalizados o ambulatorios. Semap tiene un potente efecto antialucinatorio, antidelirante y antiaustístico.

Contraindicaciones.- SEMAP, como cualquier otro antipsicótico potente debe usarse con precaución en pacientes con enfermedad de Parkinson y en casos de depresión endógena.

Reacciones secundarias.- las reacciones neurológicas secundarias, especialmente inquietud y acatisis, rara vez se presentan, dependiendo de la susceptibilidad del paciente. Estas reacciones se pueden presentar aproximadamente a las cuatro o seis horas después de la administración de SEMAP y pueden ser más pronunciadas al día siguiente de haberse iniciado el tratamiento, desapareciendo espontáneamente, por lo general, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes de la administración de SEMAP.

Dipiperon (floropipamide).- está indicado en trastornos del carácter y la relación social en : niños y adolescentes, seniles, alcohólicos, epilépticos, psicóticos, débiles mentales, adultos, adolescentes y niños oligofrénicos. Neurosis de carácter. En trastornos del sueño; en insomnio, cualquiera que sea la etiología.

Contraindicaciones y precauciones.- no se debe administrar en el embarazo, aun que los estudios teratológicos no hayan manifestado toxicidad fetal en dos especies animales. En ocasiones se observa una cierta adinamia. Debe tenerse en cuenta en los pacientes conductores de automóviles y en los que utilizan máquinas.

Reacciones secundarias.- por pertenecer a la clase de neurolépticos sedantes, puede como tal provocar manifestaciones hipotensoras sobre todo de tipo ortostático, así como una disminución de la vigilia activa.

Grupo Reserpinicos

Serpacil.- reduce de modo paulatino y duradero la tensión arterial elevada. Además, el serpacil ejerce un típico efecto sedante y relajador, así como bradicardizante.

Indicaciones.- hipertensión arterial, gestosis hipertensiva.

Contraindicaciones.- en signos de depresión psíquica; en todo tratamiento hipotensor y especialmente en pacientes con esclerosis vascular avanzada, deberá evitarse un descenso tensional brusco.

Reacciones secundarias.- ligeros fenómenos secundarios al principio del tratamiento (cansancio, obstrucción nasal) desaparecen generalmente al reducir la dosis.

Raucitol.- contiene los cinco alcaloides esenciales de la *Rawolfia* al estado cristalino puro, los que actuando en forma sinérgica y equilibrada por un doble mecanismo central y periférico, permiten un descanso adecuado y persistente de los valores sistólicos y diastólicos de la tensión arterial con una suave acción sedante que no se acompaña de hipnosis.

Indicaciones.- Hipertensión arterial esencial o secundaria, benigna, severa o maligna. Crisis hipertensivas. En preeclampsia y eclampsia.

Contraindicaciones.- en hipotensión arterial, úlcera gástrica y personas sensibles a algún componente de la fórmula.

Reacciones secundarias.- somnolencia, sedación, sequedad nasal.

Antidepresivos.

Grupo Derivados Tricíclicos.

Tofranil.- posee una acción selectiva sobre las distimias depresivas.

Mientras los métodos de tratamiento de la depresión sólo consisten en una inhibición o estimulación sistémicas, tofranil actúa sobre el proceso fundamental depresivo, el núcleo u substrato de la depresión. Al disiparse la depresión mejoran también los síntomas secundarios, la insuficiencia afectiva desaparece y el sujeto logra mejor contacto con el ambiente.

Indicaciones.- depresiones endógenas: melancolías periódicas y simples. Depresiones debidas a fenómenos regresivos: climaterio, involución, presenilidad y senilidad. Depresiones causadas por arterioesclerosis. Estados depresivos de base psicopática. Depresiones reactivas, neuróticas.

Contraindicaciones.- hipersensibilidad a los compuestos tricíclicos. Hipertrofia prostática. No se administre durante el primer trimestre del embarazo.

Reacciones secundarias.- sequedad de boca, dificultad para la acomodación, sudoración profusa, constipación, prurito.

Depramin.- eficaz en las reacciones maniacodepresivas, psicoticodepresivas y depresivas psiconeuróticas.

Contraindicaciones.- glaucoma, espasmo uretral o ureteral, infarto del miocardio reciente, epilepsia. No deberá administrarse conjuntamente con inhibidores de la MAO.

Reacciones secundarias.- puede provocar vértigo, cefalea, sequedad de boca y palpitaciones.

Anafranil.- gracias a su acción antidepressiva, consigue elevar y recuperar el estado de ánimo y modificar el comportamiento y actividad de los enfermos deprimidos hasta alcanzar la normalidad. Con su acción timoléptica abarca globalmente la alteración de la personalidad del paciente deprimido.

Indicaciones.- depresiones endógenas, reactivas, neuróticas involutivas, orgánicas y depresiones en los esquizofrénicos y psicópatas, neurosis de ansiedad.

Contraindicaciones.- hipersensibilidad a los compuestos tricíclicos; glaucoma. Tendencia a las convulsiones. Insuficiencia cardiocirculatoria. No se administre durante el primer trimestre del embarazo. Está contraindicada la administración simultánea de anafranil con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).

Reacciones secundarias.- al principio del tratamiento pueden presentarse: sequedad de boca, constipación, sudoración, trastornos de la acomodación, disuria.

Grupo Inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO)

Marplan.- ejerce una influencia específica sobre la esfera afectiva, y el tono psicomotor, por ello es muy activo en todos los estados de depresión.

Indicaciones.- psicosis y neurosis agudas y crónicas de depresión, inhibición y comportamiento autista. En los casos de depresión endógena, sobre todo en la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva, y en depresiones reaccionales y de esquizofrenia con sintomatología depresiva predominante.

Contraindicaciones.- severa insuficiencia hepática y/o renal, epilepsia latente, psicosis.

Reacciones secundarias.- el Marplán es un medicamento poderoso, los efectos secundarios que pueden aparecer en ciertos casos son: nerviosismo, hiperreflexia, insomnio, hipotensión. Estos efectos secundarios son reversibles y desaparecen generalmente al disminuir la dosificación o al suprimir temporalmente este medicamento.

Grupo Derivados Tetracíclicos.

Ludiomil.- la acción farmacológica de Ludiomil incluye la propia de los timolépticos; elevador del estado de ánimo y el efecto tranquilizante, ansiolítico y neuroléptico de otros psicofármacos.

Indicaciones.- depresión en todas sus manifestaciones. Auxiliar en todo trastorno en el que se determine un estado de ánimo decaído, trastornos del sueño. Trastornos psicósomáticos y funcionales cardiovasculares, g astrointestinales, genitourinarios, respiratorios, osteomusculares, cefaleas.

Contraindicaciones.- Lo mismo que otros antidepresivos; en general no se aconseja la medicación simultánea de Ludiomil con inhibidores de la IMAO.

Reacciones secundarias.- lo que puede observarse aparte de una eventual y discreta sensación de vértigo son : somnolencia, sequedad de boca, fatiga durante los primeros días, reacciones cutáneas alérgicas. En raras ocasiones se han reportado descensos tensionales pasajeros y taquicardia.

Ansiolíticos

Grupo Benzodiazepinas.

Librium (Clordiazepóxido).- a dosis bajas, actúa con eficacia sobre la ansiedad en grados ligero o moderado, y la tensión psíquica, las cefaleas psicógenas, la inquietud pre y postoperatoria, la tensión premenstrual, los trastornos del comportamiento en el niño.

A dosis elevadas, el Librium es conveniente para el tratamiento de los estados más graves de ansiedad y de tensión psíquica, del alcoholismo crónico, de la depresión agitada y de las psiconeurosis ambulatorias.

Contraindicaciones.- miastenia grave, estados de shock, glaucoma.

Reacciones secundarias.- a dosis elevadas pueden presentarse somnolencia, rese-
quedad de boca, reacciones alérgicas.

Valium (Diazepam).

Indicaciones.- en general, todos los casos en los que la ansiedad y tensión graves, la excitación ansiosa, la irritabilidad exagerada y los rasgos hipochondriacos y depresivos dominene el cuadro clínico.

Clara acción miorrelajante tanto en los estados espásticos de origen nervioso central, como en las contracturas dolorosas y dolores musculares de origen periférico; síndrome cervical, lumbago, contracturas reumáticas o artríticas.

Contraindicaciones.- insuficiencia hepática y renal, discrasias sanguíneas, embarazo, personas que manejen vehículos y/o aparatos de precisión. Hiper-sensibilidad a la sustancia.

Reacciones secundarias.- somnolencia, mareo, parestesias, náuseas, vómito, hipotensión, rash cutáneo.

Grupo Alcandioles.

Meprobarsantin (Meprobamato).-vasodilatador coronario = tranquilizante.

Indicaciones.- todas las formas de insuficiencia coronaria, especialmente aque-
llas que van asociadas a tensión, ansiedad o angustia.

Contraindicaciones.- estados depresivos en donde no está indicado el uso de tranquilizantes.

Reacciones secundarias.- a dosis terapéuticas no se han observado efectos se-
cundarios de importancia, sólo raras veces, al iniciar el tratamiento, manifes-
taciones de disminución en la capacidad de rendimiento y concentración.

Grupo Dipenilmetanos.

Atarax.-tranquilizante.

Indicaciones.- nerviosismo, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, estados de
angustia, cardiopatías emocionales, trastornos gástricos de origen emotivo.

Contraindicaciones.- miastenia y lasitud.

Reacciones secundarias.- a dosis elevadas, somnolencia.

Hipnóticos.

Grupos Benzodiazepinas

Librium.-ver ansiolíticos, mismo grupo.

Valium.- ver ansiolíticos mismo grupo.

Grupo Barbitúricos.

Alepsal (Fenobarbital).-hipnótico neurosedante.

Indicaciones.-sedante en estados de ansiedad, particularmente en manifestaciones espasmódicas de viscera hueca, digestiva, cardiovascular y ginecológica. Como hipnótico y como medicación preanestésica.

Contraindicaciones.- hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. En pacientes con padecimientos coronarios severos.

Reacciones secundarias.- fenómenos alérgicos, fiebre, erupciones cutáneas. Hipertrofia gingival. Hirsutismo.

BIBLIOGRAFIA

- .- Panchai, Paolo
"MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA"
1a reimpresión 1982, TRILLAS

- .- Lawrence C. Koch
"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"
6a edición 1983, LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A.

- .- Rosman, Ferreras
"MEDICINA INTERNA"
1a reimpresión 1978, MARIN

- .- Gilman Alfred y Goodman Louis
"BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA"
6a edición 1982, INTERAMERICANA.

- .- "DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS"
FLM, 27a edición 1981

- .- Goth Andrés
"FARMACOLOGIA MEDICA"
9a edición, INTERAMERICANA

R E S U L T A D O S

Una vez revisado el contexto teórico de los principales trastornos mentales en este trabajo necepcional, se emiten a continuación los siguientes resultados, cuya importancia queda fuera de toda duda si consideramos que constituyen una problemática manifestada con preponderante y alarmante frecuencia en los centros urbanos como los que se localizan en nuestro país:

Los estados de stress y neurosis constituyen entidades que estadísticamente incrementan en forma radical su incidencia, resaltando prioritariamente, el hecho de que tales disfunciones psicógenas pueden repercutir en el aparato estomatognático.

Los trastornos de conducta del individuo son problemas que se observan desde tiempos inmemoriales y no se le ha dado la debida importancia siendo que repercuten preponderantemente en las actividades sociales, culturales y laborales del individuo.

Durante los estados emocionales negativos, se generalizan los estados de stress, ira, miedo, culpa, depresión y ansiedad, pudiendo presentar disturbios del lenguaje, acompañados de expresiones faciales con cambios típicos cognocitivos sobre las funciones (juicio, memoria, percepción y relación), así como incremento en funciones cardiovasculares, de respiración, endócrinas y emocionales. La producción de adrenalina suscita cambios sobre el tracto gastrointestinal y favorece cambios y alteraciones fisiológicas y psicológicas.

La regresión es un tipo de defensa en la que se involucra integridad, corporeidad, abandono y dependencia con apariencia infantil. En este caso el dentista deberá aparecer como una figura autoritaria benevolente, de manera que sea aprobado y maneje la situación, de otro modo no será aceptado y se presentarán accesos de ansiedad, hostilidad, depresión y desmoralización.

El dentista tendrá como base odontológica los siguientes conceptos: dolor, deterioro, pérdida y cambios, los cuales van ligados a patologías y traumas, que se agudizan por factores tales como la ansiedad o la angustia, con las consecuencias previstas.

Las decisiones que se tomen se verán modificadas además por el tipo de tratamiento, la información que se tenga sobre el paciente y los factores emocionales le harán menos defícil la observación, a modo de resolver el tratamiento en la situación actual.

Los desórdenes orales que con mayor frecuencia se presentan son las lesiones coronales (sobre el límite del esmalte), fracturas de caras oclusales, exposición de dentina, bruxismo, caries que pueden ir desde un grado severo (muy avanzado), moderado y leve.

Es bastante común que se practiquen las extracciones (a pesar de tener un carácter irreversible), en el caso de pacientes con profundo retraso mental, ya que durante los períodos de crisis sufren caídas con las consecuentes fracturas dentales.

Muchas manifestaciones cariosas se agudizan en momentos emergentes, dado que los pacientes psiquiátricos tienen un umbral de dolor elevado (debido generalmente a medicación) y su tratamiento consistirá en la extracción; también se dan los casos en donde es posible hacer obturaciones restaurando adecuadamente los órganos dentarios afectados.

El manejo de medicamentos ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas, los cuales constituyen una excelente alternativa para el Cirujano Dentista en los períodos pre y post quirúrgicos, son frecuentemente evitados por ser considerados equivocadamente, como peligrosos o por desconocer sus bases farmacológicas.

Algunos medicamentos tales como los neurolepticos, entre los que destaca la promacina, modifican los anestésicos con epinefrina, invirtiendo su acción presora.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría hizo recientes investigaciones que revelan que la población actual mayor de los 20 años, entre el 5.7 y el 7% muestran problemas biopsicosociales, teniendo al alcoholismo como uno de los principales problemas que se observan.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó una estadística acerca de las 10 causas más frecuentes de alteraciones mentales, clasificadas por sexo, determinada en 1974-1975, llamando la atención el retraso estadístico imperante en el sector oficial de salud, ya que no se cuenta en la actualidad con gráficas recientes al respecto.

10 CAUSAS MAS FRECUENTES DE ALTERACIONES MENTALES

	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
I	ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOFRENIA
II	ADICCION A DROGAS	EPILEPSIA	EPILEPSIA
III	ALCOHOLISMO	RETARDO MENTAL	RETARDO MENTAL
IV	EPILEPSIA	PSICOSIS NO ESPECIF.	ADICCION A DROGAS
V	RETARDO MENTAL	PSICOSIS AFECTIVAS	PSICOSIS NO ESPECIFIC.
VI	PSICOSIS NO ESPECIFIC.	NEUROSIS	ALCOHOLISMO
VII	PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFEC. SOMATICAS	DEMENCIA SENIL Y PRES.	PSICOSIS AFECTIVAS
VIII	OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS	PSICOSIS ASOCIADAS CON AFEC. CEREBRALES	NEUROSIS
IX	PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFEC. CEREBRALES	PSICOSIS ASOCIADAS CON AFECIONES SOMATICAS	PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFEC. SOMATICAS
X	PSICOSIS AFECTIVAS	OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS	PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFEC. CEREBRALES

Fuente: S. S. A.
 DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL
 (HOSPITALIZACION 3ER. NIVEL)
 ALTERACIONES MENTALES SEGUN IMPORTANCIA
 1974-1975

CONCLUSIONES

Las características prevalcientes de una posibilidad tales como sobrepoblación, hacinamiento, promiscuidad, desempleo, carestía, vida urbana, alcoholismo, drogadicción y miseria entre otros, son factores de preponderancia incuestionable que marcan la pauta en forma determinante, en el desarrollo de la personalidad del individuo.

Los medios masivos de comunicación influyen directamente en la personalidad del individuo al proyectar sistemáticamente las diferentes formas de agresividad y violencia; siendo que éstos conforman un magnífico e inutilizado medio de difusión de la cultura y el aprendizaje.

Queremos enfatizar que, en nuestra opinión, es injustificado pensar que perturbaciones basadas en el desarrollo de pautas inadecuadas en respuesta a situaciones vitales puedan ser modificadas permanentemente por medios físicos o farmacológicos, que más bien deben verse como auxiliares importantes que tienden a reducir la angustia y mejorar la capacidad del enfermo para tolerar frustraciones y cargas ambientales.

Cuando el paciente se muestre demasiado represivo o negativo, no comprenderá o no se le convencerá del daño o gravedad del cual no se sentirá responsable, ya que no son capaces de reconocer su afectación, debido a que se encuentran en estado de supresión. Todas estas defensas psicológicas las puede presentar el paciente antes de cooperar o aceptar su responsabilidad.

Para muchos enfermos la ayuda proporcionada por el electrochoque o las drogas a que nos hemos referido resulta suficiente para que puedan continuar su vida normal. Sin embargo, nunca está de sobra la comprensión del paciente en términos psicológicos. La psicoterapia es el único medio conocido capaz de afectar cambios caracterológicos y deliberar y estimular las capacidades innatas de los seres humanos para el crecimiento y la salud integral.

Asimismo, es conveniente destacar la importancia que constituye establecer una adecuada dinámica en la relación médico-paciente, ya que para el Cirujano Dentista no debe pasar inadvertido el hecho de que el sujeto inicia su relación con él aún antes de suscitarse el primer contacto entre ambos. Generalmente, cuando un enfermo acude a la consulta, ya posee ciertas nociones y prejuicios acerca del profesional de la salud que lo atenderá, mismas que dependen de circunstancias tales como el que asista por iniciativa propia o lo haga bajo presión o insistencia de sus familiares; el que el odontólogo le haya sido recomendado por alguien en quien realmente confía, o bien que las opiniones acerca de él, emanadas de otros enfermos, sean radicalmente contradictorias al concepto previo. De lo anteriormente expuesto se desprende la premisa de que habitualmente cuando el enfermo y médico se encuentran por primera vez, el primero es portador de una

imagen del segundo, distorsionada en grado variable. Las experiencias del enfermo en su primera experiencia con el dentista, son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él. Con esto, queremos afirmar que el conocimiento de la participación en su relación con los enfermos, de elementos dinámicos más o menos encubiertos, facilita al profesionalista la comprensión de los problemas, temores y tensiones que frecuentemente surgen en esta relación interpersonal y le permiten, consecuentemente, manejarla en forma eficaz. La expresión facial, los modales, el tono de voz, la prudencia y la oportunidad de sus preguntas, así como la paciencia para explicar, para escuchar, constituyen factores que contribuyen a que aquel individuo que llegó al consultorio dental tenso y angustiado, se tranquilice y se sienta inclinado a confiar, o por el contrario si dicho sujeto acudió sereno y optimista, abandone el consultorio lleno de dudas y celos.

Por otra parte, el odontólogo debe estar capacitado para establecer las diferencias clínicas de aquellas entidades puramente neurológicas, como es el caso de una crisis convulsiva epiléptica, con otras de orden psiquiátrico, tales como las crisis conversivas de tipo histérico, las cuales pudieran presentarse en su cotidiano ejercicio profesional.

El bruxismo y el síndrome dolor disfunción mioaponeurótico conforman dos entidades clínicas en las que se ha demostrado una base etiológica de origen psicógeno y que frecuentemente pasan inadvertidas para el Cirujano Dentista y el Médico, debido fundamentalmente al desconocimiento de las mismas por parte de dichos profesionales.

Uno de los rubros que queremos destacar, es que generalmente lo que el paciente busca en su relación con el profesional responsable de su salud, es algo más que un diagnóstico y una receta, dado que la experiencia clínica demuestra que los pacientes mejoran no sólo por las indicaciones y maniobras practicadas, sino por que encuentran en su relación con él, ese sólido apoyo, orientación y consejo, que le permitirá soportar, de una manera más acorde, las múltiples eventualidades y contradicciones que se generan en la compleja estructura de la sociedad en la que se encuentra inmerso.

Por ello, enfrentar el problema no es fácil, no basta con responsabilizar a una estructura de efectuar algún programa destinado a resolver la situación, se requiere del esfuerzo de todos los sectores componentes de una sociedad para lograr concientizar a todos los individuos acerca de la magnitud y trascendencia social del problema.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

La razón primordial para que la psicología médica sea incluida como una disciplina dentro del sistema de estudios de nuestro plantel, radica en el hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinado y contribuyendo a la objetivización de disfunciones de órganos y sistemas en general, o bien modificando la evolución de procesos patológicos de otro origen.

Es conveniente destacar la importancia que constituye establecer una adecuada relación médico-paciente, ya que de esta manera se le facilita al odontólogo la comprensión de los problemas, temores y tensiones que frecuentemente surgen en esta relación interpersonal y le permite, consecuentemente, manejarla en forma eficaz, con el beneficio indiscutible de los enfermos; dado que las experiencias del paciente en su primera entrevista con el dentista son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él.

Constituye tarea prioritaria, concientizar al dentista de práctica general, de la realización de una completa exploración física del aparato estomatognático, debido a que patologías del tipo del síndrome dolor disfunción miofacial, mismo que posee un fondo francamente psicógeno, pueden confundirse con trastornos de orden otorrinolaringológico o bien neurológico, con inusitada frecuencia.

El odontólogo debe intuir cuando un paciente presenta stress, y a pesar de que no existe una lista de los signos de este trastorno en un tratamiento dental, deben ser considerados para evitar errores durante las sesiones de rutina pre y post tratamiento; ya que generalmente el estado de stress se presenta en forma de conflicto, debiendo identificar las facetas más características a modo de evitar durante el tratamiento, aquellas consecuencias que puedan originar una emergencia.

El dentista deberá estar por lo tanto, inclinado a diagnosticar aquellos aspectos de emergencia al observar al paciente, reconocer los casos de mayor apremio, tratarlos en orden de importancia, identificando siempre a las emergencias clínicas de las emergencias psicológicas.

Debe pugnarse por erradicar la creencia en los pacientes y algunos profesionales de la salud, de que el bruxismo se deriva de trastornos parasitarios intestinales, alérgicos o endócrinos, ya que se ha demostrado que los factores psicológicos constituyen esencia etiológica de dicho trastorno.

La premedicación adecuada para un tratamiento dental está condicionada por la sintomatología que presente el paciente con trastornos psicógenos y debe constituir siempre una valiosa alternativa dentro del esquema terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. De la Fuente Muñiz, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
20 reimpression 1981, "FONDO DE CULTURA ECONOMICA"
2. Rey Ardid, Ramón
"PSICOLOGIA MEDICA"
3. Panchei, Paolo
"MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA"
1a reimpression 1982, "TRILLAS"
4. Henry, Ey
"TRATADO DE PSIQUIATRIA"
8a edición 1978, "TOZAY-MASSON"
5. Lawrence C. Koch
"PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA"
6a edición 1983, "LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A."
6. Thompson, Richard F.
"INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA FISIOLÓGICA"
"TEC-CIEN"
7. Rosman, Ferreras
"MEDICINA INTERNA"
1a reimpression 1978, "MARIN"
8. Glickman, Irving
"PERIODONTOLOGIA CLINICA"
4a edición 1980, INTERAMERICANA
9. Shafer, William G.
"TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL"
3a edición 1980, INTERAMERICANA
10. Zegarelli, Edward
"DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL"
6a edición reimpression 1979 SAWES
11. Martínez Ross, Erick
"OCCLUSION"
2a edición 1978, VICOVA EDITORES

12. Gilman Alfred y Goodman Louis
"BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA"
6a edición 1982, INTERAMERICANA
13. Ramfjord Ash
"OCCLUSION"
2a edición, INTERAMERICANA
14. "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y LA PEDAGOGIA"
Tomo III, SEPWAY-LIDIS 1979
15. "DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS"
FLM, 27a edición 1981
16. A. Levinson Samuel, P. Macfate Robert
"DIAGNOSTICO CLINICO DE LABORATORIO"
2a edición 1962, EL ATENEO
17. Angel N. Gilberto, Dr.
"EL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO"
Revista ATENCION MEDICA, febrero, 1983
18. "LITERATURA EDITADA POR ALCOHOLICOS ANONIMOS"
19. "LITERATURA EDITADA POR NEUROTICOS ANONIMOS"
20. "MATERIAL DE APOYO".
"GUIA PARA LA APLICACION DE LA METODOLOGIA CLINICA"
Departamento de Clínicas y Prácticas Interdisciplinarias
E.N.E.P. Iztacala U.N.A.M.
21. Material de Apoyo
"HISTORIA CLINICA"
Departamento de Patología Estructural y Funcional
E.N.E.P. Zaragoza U.N.A.M.
22. Goth Andrés
"FARMACOLOGIA MEDICA"
9a edición, INTERAMERICANA

BIBLIOGRAFIA DE CENIDS

- .- Fredericks HD; Rosumny FA; Moore WG
"OVERCOMING UNCOOPERATIVE BEHAVIOR WITH THE DENTIST"
ASDC J Dent Child 1984 Jan-Feb; 51 (1)

- .- Morley JE; Levine AS; Rowland NE
"MINIREVIEW STRESS INDUCED EATING"
Life Sci 1983 May 9; 32 (19)

- .- Klepac Rk; Dowling J; Hange G
"CHARACTERISTICS OF CLIENTS SEEKING THERAPY FOR THE
REDUCTION OF DENTAL AVOIDANCE: REACTION TO PAIN"
J Behav ther Exp. Psychiatry 1982 Dec; 13 (4)

- .- H. Ataman Kiyak, PHD
"THE DENTIST'S ROLE"
Special Case in Dentistry, Jan-Feb 1983