

24/118



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Psicología**

**FACTORES PSICOLOGICOS  
EN LA PARALISIS FACIAL**

**TESIS CON  
FALSA ES ORIGEN**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**Ma. del Carmen Peñalva Díaz**

**ASESORA Y DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MA. ISABEL HARO RENNER**

**MEXICO, D. F.**

**1988**



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

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

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

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

## INDICE

INTRODUCCION.....	I
CAPITULO 1: APROXIMACION A LA MEDICINA PSICOSOMATICA .....	1
1.1. ¿Qué es la medicina psicosomática?	
1.2. ¿Cuándo hablamos de enfermedad psicosomática?	
1.3. Incidencia.	
1.4. ¿Cómo surgió la medicina psicosomática?	
CAPITULO 2: EL SISTEMA NERVIOSO COMO MEDIADOR EN LAS EMOCIONES.....	25
2.1. Antecedentes.	
2.2. Modelos conductuales y mecanismos fisiológicos.	
2.3. Modelos conductuales y enfermedad psicosomática.	
CAPITULO 3: EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD.....	49
3.1. El concepto de personalidad.	
3.2. La teoría de los rasgos.	
CAPITULO 4: ESTRES Y ANSIEDAD.....	72
4.1. Estrés.	
4.2. Ansiedad.	
CAPITULO 5: PARALISIS FACIAL.....	90
5.1. VII par craneal (facial).	
5.2. Parálisis facial.	
CAPITULO 6: PRESENTACION DE LA INVESTIGACION, RESULTADOS Y DISCUSION.....	99
6.1. Presentación de la investigación.	
6.2. Resultados.	
6.3. Discusión.	
CONCLUSIONES.....	114
BIBLIOGRAFIA.....	123

INTRODUCCION

La parálisis facial es una patología cuyo origen aún no está establecido plenamente, pero que en ningún momento aparece en el cuadro clásico de las enfermedades psicosomáticas. Esto no es raro si tomamos en cuenta que tradicionalmente, para que una enfermedad se considerara como tal, la forma de respuesta implicada era generalmente de tipo visceral, hasta la presentación de daño orgánico por lo continuo de estas respuestas.

Nuevas perspectivas dentro de la psicofisiología han permitido ampliar la visión de lo que es la psicosomática, no considerada ahora como un conjunto de reacciones aisladas del organismo ante situaciones psicológicas precipitantes, sino como una real interacción del organismo total, con toda su amplitud psicofisiológica, y el medio que lo rodea.

Este trabajo pretende buscar apoyo para el nuevo concepto de lo que es la psicosomática, tomando en consideración que puede haber rasgos de personalidad que impidan a una persona el responder en forma adecuada a las presiones ambientales, resultando en déficits inmunológicos que pueden precipitar enfermedades como la parálisis facial.

## CAPITULO I

### APROXIMACION A LA MEDICINA PSICOSOMATICA.

#### 1.1. ¿Qué es la medicina psicosomática?

La medicina tradicionalmente se ha preocupado más del cómo de una enfermedad que del por qué. Por su parte, la medicina psicosomática ha tratado de esclarecer por qué aparece una determinada enfermedad en lugar de otra y la singularidad de este fenómeno. Esto no nos dice, desde luego, qué es la medicina psicosomática, y no existe una definición precisa del término, sino un conjunto de modelos y aproximaciones al tema. Valdés Miyar (1983) se pregunta si se trata de una perspectiva, un conjunto de trastornos o un modo de tratar a los enfermos (1,p.11). Alexander, uno de los pioneros dentro de este campo, considera que el término "psicosomática" debe ser usado sólo para indicar un método de acercamiento, tanto en la investigación como en la terapia, consistente éste en el uso coordinado y simultáneo de métodos somáticos y psicológicos, cada uno de ellos con su esfera conceptual (2,pp.49-51). Las definiciones sobre el tema encontradas bien en los libros de medicina general, bien en los de psicología, indican solamente que hay elementos psíquicos y nerviosos que van acompañados cuando se considera una enfermedad como psicosomática, pero cuando el tema es tratado más a profundidad, emerge ya la perspectiva teórica del autor, que señala y destaca los aspectos considerados como fundamentales dentro

de la concepción de que se trate. Así por ejemplo, San Martín define una enfermedad psicosomática simplemente como "Aquella en que el elemento psíquico y nervioso tienen una participación preponderante y clara" (3, pp. 526-527); Whittaker, dentro de la perspectiva psicológica, señala que "Las reacciones psicosomáticas son trastornos del ajuste que se han asociado con ciertos procesos corporales, de tal manera que producen una enfermedad orgánica verdadera. En tales casos el desajuste crónico o el problema emocional son el factor primario y el trastorno orgánico es el secundario" (4, p. 192). Una definición ya con más compromiso teórico es la de Bernard y Brisset (1971), para quienes "Las reacciones psicosomáticas son trastornos funcionales, respuestas más elaboradas del organismo a una situación de represión de las emociones, que buscan una expresión somática. Si la represión emocional continúa y se estructura a la manera de los rasgos del carácter, se llega a verdaderos síndromes psicosomáticos lesionales por exceso o carencia de determinadas respuestas fisiológicas que se producen siempre en el mismo sentido, habiéndose entonces de enfermedades psicosomáticas" (5, p. 985-1006). La moderna medicina conductual no expone realmente definiciones, prefiriendo plantear hipótesis que son contrastadas experimentalmente, para llegar eventualmente a conclusiones fundamentadas. Valdés Miyar (1983), dentro de esta perspectiva, considera que la enfermedad es un trastorno aprendido que sólo puede analizarse en profundidad partiendo de la especificidad

de respuesta, y que no es más que el corolario de la experiencia, pero no en el sentido de los modelos estímulo-respuesta, llamados de "caja negra", sino en el de la actual orientación cognoscitiva de "caja translúcida", donde la conducta es considerada mucho más que una respuesta mecánica, apareciendo mediada por procesos intrapsíquicos, ejecutada con propósitos, y cuyas consecuencias son sometidas a evaluación y reajuste (1, pp. 33, 39-40).

Una observación más de cerca de las definiciones de Bernard y Brisset por un lado, y Valdés Miyar por el otro, hace destacar ya ciertas diferencias en concepción, permitiendo ubicar a estos autores dentro de corrientes teóricas diferentes que pueden considerarse, de manera burda si se desea, como dos enfoques dentro del amplio campo de la psicopatología.

La llamada "Escuela Americana", de enfoque clínico y herencia psicoanalítica, pone el énfasis en las experiencias tempranas y actuales, los afectos y, en general, en factores de personalidad como determinantes importantes, enfocando el proceso patológico como la expresión de la personalidad en su esfuerzo de adaptación. Con estudios estadísticos sobre historias biográficas, que van más allá de la historia clínica clásica, se obtiene la historia personal del enfermo y su enfermedad, pudiéndose así elaborar perfiles correspondientes a entidades nosológicas identificadas como psicopatológicas. Aparte de la historia biográfica, los diseños de instrumentos

objetivos de medición han alcanzado gran importancia en el intento de lograr clasificaciones más confiables. Autores como Dunbar, Alexander, Groen, Booth, Stein y otros, han propuesto diferentes perfiles, como el de la "personalidad gástrica", la "colítica", la "artrítica", la "hipertensa", la de "oclusión coronaria" y la de "proclividad traumática", entre otras (ver cuadro No.1) (6. p. 972).

Alexander (1950) afirma que la característica distintiva de los factores psicogénicos como la emoción, las ideas y las fantasías es que también pueden ser estudiados psicológicamente a través de la introspección o por la comunicación verbal y que este es uno de los más potentes instrumentos de la psicología y la investigación psicosomática (2, idem).

La psicofisiología de orientación cognitivo conductual, por otro lado, subraya los factores de aprendizaje y condicionamiento, planteando modelos psicofisiológicos conductuales. La pregunta de este enfoque no es tanto por qué enferma un organismo, sino por qué aparece una determinada enfermedad en lugar de otra, tratando de descifrar procesos concretos sobre los que ulteriormente podría adquirirse control.

Los dos modelos de aproximación presentados tienen, a pesar de sus profundas diferencias, algunos elementos comunes. Ambos enfoques son monistas, considerando la relación mente-cuerpo como una interacción. Su objetivo de estudio es la relación entre los elementos emocionales y los factores fisio-



CUADRO No. 1.

<u>GRUPO</u>	<u>CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS</u>
<b>GASTRICA</b>	Deseos inconscientes de dependencia, con esfuerzos compensatorios de aparentar lo contrario. Alta ansiedad. Baja fuerza yoica. Alta fuerza superyoica.
<b>COLITICA</b>	Inteligente. Egocéntrico. Pulcro. Necesitado de afecto. Ingenuo. Puritano Rígido. Reservado. Con excesivo apego a la madre. Presenta problemas familiares y de trabajo. Apacible. De buenas maneras. (10).
<b>ARTRITICA</b>	Debilidad por insuficiencia de impulsos agresivos. Hipersensitivo y neurótico. El inicio de la afección suele coincidir con la pérdida de seguridad y el deseo de refugiarse en la enfermedad evitando responsabilidades.
<b>HIPERTENSA.</b>	Agresivo. Reprimido. Con un exceso de dominio de sí mismo. Terco. Afán imperturbable de alcanzar sus metas.
<b>OCLUSION CORONARIA</b>	Se parece al hipertenso. Es infatigable. Vive para el futuro. Disimula sus grandes tensiones internas.
<b>PROCLIVIDAD TRAUMATICA</b>	No es sumiso ni autoritario, pero evita la lucha abierta con las autoridades. Goza de buena salud. Impulsivo. Decidido. Inconstante. Práctico. Irresponsable. Aventurero.
<b>ASMATICA</b>	Sumiso. Sensibilidad superyoica. Emocional. Propenso a los sentimientos de culpa. Controlado (11).

lógicos, considerándose que los primeros, al actuar sobre los segundos, son capaces de alterar no solo las funciones, sino también las estructuras orgánicas. También coinciden al considerar la enfermedad como un fenómeno multicausado, pues aunque actualmente hay quienes continúan considerando que el factor etiológico es primariamente psicológico, la tendencia general es enfocar el problema desde una perspectiva más holista, tomando en cuenta no solo los aspectos relacionados con el individuo, como la historia filogenética, el material genético personal, los acontecimientos prenatales, los factores de desarrollo, etc., sino también el impacto del ambiente y la cultura sobre el individuo y las características intrapsíquicas de la personalidad (1,2,3,4,5,6,7).

Las diferencias tanto teóricas como metodológicas que separan estas corrientes no excluyen algunos contactos indirectos. Por ejemplo, Dunbar señalaba en 1954 que los descubrimientos de la psicología experimental animal, con sus estudios de los reflejos condicionados (refiriéndose a Pavlov y sus investigaciones sobre neurosis experimental), enriquecerían el conocimiento de la medicina psicosomática (7, p. 21).

Las modernas investigaciones en psicología experimental, por su parte, no se han desprendido de los conceptos de personalidad y utilizan la metodología psicométrica, considerando que las evaluaciones psicofisiológicas no han podido eliminar el

utilaje de la psicología clínica y la psicometría (1, p. 31). Las investigaciones se llevan a cabo tomando mediciones fisiológicas diversas que son correlacionadas con los datos proporcionados por las pruebas. Los teóricos de esta corriente de tipo experimental consideran que los rasgos psicométricos establecidos al margen de su soporte fisiológico han llevado al fracaso en la búsqueda de personalidades "reumáticas", "ulcerosas" o "asmáticas", y que en lugar de constelaciones llamadas "personalidad" deben buscarse los factores de ésta que se relacionen a respuestas orgánicas específicas; el conjunto de respuestas propias de cada individuo no será así característico de una determinada personalidad en el sentido psicométrico, sino respuestas vinculadas a características o estados psicopatológicos concretos (1, pp. 11, 30-31).

Valdés Miyar (1983) señala que el pragmatismo ha impuesto ciertos hábitos clínicos para enfrentarse al trastorno psicósomático, hábitos que incluyen el rastreo de lo que tienen en común los sujetos, además de los síntomas que comparten, y esta semejanza se busca también en el modo de vida, en el entorno, en la alimentación o en cualquier otro aspecto. Acepta, sin embargo, que las observaciones clínicas ha menudo han ido delante de los resultados experimentales y pueden confluír con ellos en el momento en que los modelos empleados lo permitan (1, pp. 49-50).

¿Qué fenómenos fisiológicos estudian estas corrientes? Miyar contesta a esto afirmando que la psicología experimental anglosajona iniciada por el conductismo siguió una trayectoria centrípeta: empezó por el sistema nervioso autónomo, descubrió el sistema límbico, continuó estudiando el sistema reticular y, por fin, alcanzó la neocorteza. La psicología experimental rusa -continúa- hizo el recorrido inverso: concedió prioridad a la corteza cerebral y avanzó en sentido centrifugo en busca de interacciones periféricas (1, p. 40). Dunbar coincide al afirmar que los conceptos más tempranos de que los factores inconscientes podrían jugar un rol en las disfunciones sólo por medio del sistema nervioso involuntario y las vísceras está pasado de moda, así también como el concepto de que los mecanismos para la producción de síntomas de aquellas partes del cuerpo más directamente sobre control cortical deben ser puramente psicógenas. Considera además que la atención dirigida hacia el rol homeostático del sistema nervioso autónomo en las emociones condujo desafortunadamente a descuidar la parte jugada por el sistema nervioso central y que es importante tener en mente que el sistema nervioso vegetativo no puede ser considerado en forma aislada y el problema total de la emoción puede ser discutido adecuadamente solo en términos del organismo total (7, p. 200).

## 1.2. ¿Cuándo hablamos de enfermedad psicosomática?

Generalmente se piensa que cuando el médico no puede descubrir ninguna base orgánica posible para alguna enfermedad considera la posibilidad de que tal trastorno sea de origen psicosomático (4, ídem). Para Alexander toda enfermedad es psicosomática, dado que los factores emocionales influyen cada proceso corporal a través de las rutas nerviosas y humorales (2, p. 52-53). Margolin se adhiere a esta postura y afirma que todos los estados corporales, en salud y enfermedad, son psicosomáticos en tanto un factor psicológico de intensidad variable está presente; los eventos mentales en la salud y la enfermedad no son sino eslabones en la cadena psicosomática de eventos (8). Si tomamos en consideración, entonces, que tanto la enfermedad como la salud caen dentro del campo de la psicosomática, es cuestionable la afirmación de Whittaker de que "...el factor que diferencia una enfermedad psicosomática de una enfermedad orgánica no es que el trastorno exista en sentido orgánico, sino el saber si el trastorno es psicológico u orgánicamente precipitado" (4, p. 526). Salud y enfermedad pueden ahora ser vistas como un proceso continuo si tomamos en cuenta que los factores cuerpo-mente-ambiente no están sólo presentes cuando existe una enfermedad, sino en cada instante del proceso llamado vida.

No obstante lo anterior, el término psicosomática se ha empleado generalmente para referirse a un grupo de entidades

clínicas como el asma, la colitis ulcerativa, las neurodermatitis y otros disturbios funcionales sin patología anatómica fija. Todas estas enfermedades tienen en común el hecho de características psicológicas que aparecen como significativas para los factores etiológicos. El cuadro No. 2 muestra esquemáticamente los aparatos y sistemas que se han identificado como psicosomáticos y sus características expresivas, el trastorno funcional implicado y el síndrome lesional concomitante cuando el trastorno es crónico.

A pesar de esto, las nuevas perspectivas en la investigación, las posibilidades metodológicas y tecnológicas en constante desarrollo han hecho posible el que cada día más enfermedades sean asociadas con factores emocionales desencadenantes; un ejemplo de éstas es el cáncer, y la presente investigación tratará de buscar apoyo empírico a la hipótesis de que en la parálisis facial de Bell podrían encontrarse también factores emocionales implicados.

### 1.3. Incidencia.

La Asociación Nacional para la Salud Mental calcula que de cada dos pacientes que buscan atención médica uno sufre de alguna enfermedad relacionada con trastornos mentales y emocionales. Las quejas de las personas no son imaginarias, lo que quiere decir que estos trastornos mentales y emocionales en cierto modo contribuyen a la enfermedad del paciente (4,

CUADRO No. 2.

<u>APARATO</u>	<u>EXPR. EMOG/TRAST. FUNCIONAL</u>	<u>SINDROME LESIONAL</u>
RESPIRATORIO	Angustia, opresión, tartamuz, afonía, voz bitonal, apagada, tensa, apasionada, en grito, sollozante. Suspiro, sofoco, tos neurótica, palabra jadeante. Disnea.	Asma. Tuberculosis pulmonar.
CARDIOVASCULAR	Miedo, cólera. Palpitaciones, dolores precordiales, taquicardia, hipotensión, hipertensión, lipotimia.	Infarto de miocardio. Hipertensión arterial Taquicardia.
LOCOMOTOR	Tensión, hipotonía muscular con temblores, calambres, contracturas, escalofríos, reumalgias, lumbalgias, fatiga, piernas cansadas, espasmos de actitud o movimiento.	Colagenosis agudas o crónicas (poliartrosis crónica evolutiva).
CUTANEO	Palidez, rubor, sudoración carne de gallina, placas eritomasosas, prurito, hiperestésias, anestésias.	Dermatosis. Exema. Psoriasis. Prurito. Acné juvenil. Alopecia. Pelada.
DIGESTIVO	Bulimia, anorexia, náusea vómito, calambre de estómago, constipación, cólico, diarrea, dolor rectal.	Úlcera gastroduodenal Rectocolitis hemorrágica.
GLANDULAS ENDOCRINAS	Amenorrea, glicosurias transitorias. Respuestas funcionales al estrés ligadas a descarga adrenalínica con expresiones múltiples glandulares.	Diabetes. Hipertiroidismo. Hiper corticismo. Obesidad.
S. NERVIOSO	Cefaleas y migrañas tensionales.	
S. OCULAR		Retinitis central. Glaucoma.

p. 192). Por su parte, los médicos clínicos encuentran que al menos el 70% de los enfermos presentan algún disturbio emocional asociado con la enfermedad, lo que parece prestar apoyo a la idea de que todos los estados corporales son psicósomáticos.

#### 1.4. ¿Cómo surgió la medicina psicósomática?

Es sumamente difícil rastrear con exactitud los orígenes de la medicina psicósomática, que tiene una larga y compleja historia. Sus raíces se insertan hondamente tanto en la historia de la psicología como en la de la fisiología. Si en muchos dominios la psicología dependió de los progresos de la fisiología, ésta sólo pudo desarrollarse a partir de la física y la química. Los descubrimientos de la fisiología nerviosa iniciados por Bell y Magendie en el s. XIX, y aún ciertos descubrimientos dentro de la astronomía y la física (la ecuación personal en la actividad perceptual descubierta por Bessel en 1816) permitieron encontrar respuestas que la filosofía no podía aportar, dado que solamente planteaba problemas psicológicos y daba respuestas teóricas elaboradas; y ni aún los empiristas recurrieron a la experimentación para demostrar sus teorías y en ocasiones negaron la posibilidad misma de la experimentación en psicología. Por ello no es de extrañar que los primeros psicólogos fueran fisiólogos (Wundt, Binet, Pavlov, etc.) o físicos (Fechner, Helmholtz,



etc.) (12, Cap. 1).

D.C. Jenkins(1985) nos dice que el término psico-somática fue usado brevemente por Heinroth en 1818, pero que el reconocimiento auto consciente como campo fue por primera vez claramente expresado en los años '30 de este siglo (13).

Al remontarnos a los orígenes de la medicina europea, encontramos en los escritos de Hipócrates que afirmaba que para curar el cuerpo humano es necesario tener un conocimiento "de la totalidad de las cosas" (7). Tomando en consideración que para los griegos la psique y el soma no eran antitéticos, no es de extrañar que Hipócrates dedicara especial atención no solo a la enfermedad, sino también al enfermo, estudiándolo en su ambiente durante la salud y la enfermedad y tomando en cuenta aspectos como el clima, el ejercicio y el estado psíquico (14, pp. 10-366).

Quizá aquí más que en ninguna otra área de la psicología es pertinente el viejo problema mente-cuerpo. En 1649 René Descartes, al pretender sustituir la filosofía escolástica predominante en su tiempo inauguró el dualismo de mente y materia, sostenido por la filosofía cristiana, sobre todo la medieval, y que puede considerarse como un hito del cual surgieron importantes teorizaciones no solo en el campo de la filosofía, sino para dar lugar al nacimiento de la psicología, que ha quedado marcada hasta la actualidad en que la

controversia continúa, si bien dentro del ambiente científico, que trata de dar cuenta desde otra perspectiva del viejo problema filosófico (15, pp. 85-92).

Descartes consideró que las reacciones de los animales, así como los movimientos involuntarios del hombre, se producen automáticamente como reflejo de la acción de los estímulos externos. Atribuyó los movimientos voluntarios a la acción de la "razón suprema", que era para él una sustancia espiritual independiente de la materia (16, p. 21), y postuló que las ideas provienen del alma y de Dios, mientras que las "ideas adventicias" son transmitidas al alma por la glándula pineal y representan los signos de la realidad externa (12). Al resolver el problema de las relaciones mutuas entre el espíritu y la materia, adoptó una posición dualista, ya que adjudicaba aspectos deterministas y mecanismos explicativos para el reino físico, mientras que por otro lado se quedaba con el racionalismo psíquico innatista. Aunque su concepción del mecanismo fisiológico era muy fantástica, describió el principio fundamental en las reacciones de tipo reflejo, y constituye el primer intento de construir una teoría en la que se correlacionan fenómenos fisiológicos, conductuales y de la experiencia, cuando afirma que no es suficiente observar la mente para comprender su actividad, ya que también es necesario explicar la conducta adecuada junto con sus sustratos fisiológicos (17, pp. 35,36).

La psicología, en su nacimiento, fue adquiriendo características específicas en diferentes países europeos, pero autores y corrientes a menudo tuvieron influencias recíprocas y el pensamiento teórico en ocasiones se entretendió de tal forma que es difícil seguir la trayectoria hasta su forma actual.

Los primeros fisiólogos y médicos interesados en los asuntos psicológicos y que utilizaron ya metodologías experimentales abordaron los problemas desde una perspectiva atomista que investigaba en forma aislada las sensaciones, las percepciones, la atención, etc. (12, 18).

En Francia, después de una tradición de pensadores médicos como La Mettrie (1709-1751) y Canabís (1757-1808) junto con el empirista Maine de Biran (1766-1824), surgió un grupo llamado la "escuela ecléctica", de concepción espiritualista que analizaba el espíritu como un compuesto de facultades. Dentro de esta tradición era difícil alcanzar una psicología científica de tipo experimental, pero Th. Ribot (1839-1916), sin ser médico sino filósofo, recibió influencia externa inglesa y alemana y logró insertar a la psicología francesa dentro de la neuropatología mental, campo en el que Francia iba a la cabeza; preconizó así una psicología experimental cuyo objeto serían los fenómenos, leyes y causas inmediatas. Su mérito fue estudiar al hombre en su totalidad, aunque él mismo no realizó experimentos, por considerar que la patología mental

proporcionaría experiencia suficiente, pero recomendó a sus discípulos el estudio de la medicina, como un acceso directo al objeto de investigación, induciéndolos a interesarse por los procesos superiores y la personalidad propiamente dicha.

Precedió a Freud al afirmar que las tendencias inconscientes desempeñan un papel fundamental y que la vida afectiva es importante en la patología mental (18, idem.).

P. Janet (1859-1947) se vio beneficiado con los puntos de vista de Ribot: médico, filósofo y psicopatólogo, pensaba que la psicología es la ciencia de los hechos de la conciencia objetiva y observable, y su psicología anticipó la concepción moderna al tomar en cuenta los fenómenos de la conciencia, que consideraba complicaban la mera conducta elemental y observable. Incluyó la situación y las reacciones inconscientes del sujeto, y por todo ello puede considerarse precursor de las nuevas tendencias cognoscitivas que, estudiando hechos observables, toman en cuenta el aspecto cognitivo de las experiencias.

El verdadero sucesor de Ribot fue G. Dumas (1866-1946), quien integró los datos anatomofisiológicos, psicológicos, patológicos y los resultados de sus observaciones experimentales (respecto a las emociones y su repercusión sobre la circulación, la respiración y las expresiones). La parte más original de su obra está dedicada al estudio de las emociones utilizando el recurso de la fisiología (12), y en este sentido quizá pueda considerarse precursor de la medicina psicosomática.

Tal vez en este punto podría situarse a grosso modo la separación que será parte del origen de las dos corrientes que venimos estudiando. La Escuela de la Salpêtrière fue frecuentada por discípulos de Ribot. Janet, Binet y Freud acudieron a ella y los trabajos que ahí se efectuaron se vinculan con la corriente interesada en la psicología "dinámica", que estudia las motivaciones, tendencias y pulsiones que parecen orientar el funcionamiento de la actividad del sujeto desde su aspecto motriz hasta su inteligencia.

A. Binet (1857-1911) fue el creador de la psicología experimental propiamente dicha, estudiando los procesos superiores como el pensamiento y la inteligencia. Parece importante señalarlo porque tuvo influencia sobre Piéron (1881-1964), neurofisiólogo y fisiólogo reduccionista que tendría impacto sobre el conductismo naciente.

Toda la historia de la psicología parecía preparar el camino para la aparición de la medicina psicosomática, pero fue la tradición de psicólogos-médico-fisiólogos quien, tomando al individuo total, investigaron directamente las relaciones entre la psique y el soma como herramientas de la fisiología, mientras que otras ramas estudiaban procesos psíquicos aislados.

Freud (1856-1939) desarrolló la teoría psicoanalítica, que sería continuada y ampliada por sus discípulos. Dunbar (7) considera que el psicoanálisis, como regla, ha concentrado su atención en los mecanismos psíquicos más que en la discu-

sión de las relaciones psicósomáticas, pero que al psicoanálisis debemos la primera descripción consistente de la estructura de la personalidad y su funcionamiento en términos de los mecanismos psíquicos envueltos así como también un método definido para la investigación de la psique. Añade que, aunque el psicoanálisis no haya dirigido su orientación específicamente hacia los fenómenos psicósomáticos, ha tenido efectos de largo alcance en la práctica clínica médica y ha coloreado los conceptos científicos de las relaciones psicósomáticas. También señala que aunque Freud mismo escribió poco específicamente acerca del problema de la psicósomática, su artículo "Perturbación visual psicogénica" es todavía un artículo básico en este campo particular, y que otras contribuciones han sido hechas por Abraham, Groddeck, Jelliffe y Radó (7, pp. 30-31).

La misma autora cita a Brun (1926) para quien, desde el punto de vista del biólogo, Freud descubrió que todos los eventos psíquicos están primariamente condicionados por impulsos y a Freud también se debe la creación de la primera psicología prácticamente aplicable porque descansa sobre una base biológica, sobre todo en sus principios dinámicos y económicos (7, pp. 32-33).

Sin necesidad de seguir destacando autores con influencia psicoanalítica, es posible afirmar que esta corriente tuvo un lugar destacado en los orígenes de los estudios psicósomáticos y que actualmente aún tiene muchos seguidores de su tradi-

ción conceptual.

La otra corriente que nos ocupa, iniciada con el conductismo watsoniano que rechazó toda referencia al sustrato fisiológico en el estudio de la conducta que preconizaba, dio lugar a nuevos derroteros por parte de médicos que tomaron el modelo conceptual para investigar las funciones psicológicas y sus substratos fisiológicos. A este conductismo se le ha dado el nombre, ya mencionado, de conductismo de "caja negra", pues eliminó todo aquello que se encuentra entre el estímulo y la respuesta de los comportamientos. Lashley (1890-1958), como alumno y discípulo de Watson, trató de precisar leyes fisiológicas del aprendizaje con técnicas neuroquirúrgicas, reduciendo la mente a las funciones fisiológicas. Hebb, asimismo, buscó las estructuras subyacentes a las conductas, pero oponiéndose al reduccionismo de Watson y Lashley y a explicar los conceptos psicológicos con conceptos fisiológicos. Su interés fue mantener el vínculo entre los dos universos de discurso (1960); y es curioso que Deutsh, de orientación psicoanalítica, tenga ideas parecidas cuando dice: "...No debería ser causa de sorpresa si el atacar lo psíquico por el método biológico fuera meramente biológico y el resultado de atacar lo físico por el método psicológico fuera meramente psíquico. En el último caso, uno consigue una visión de que el cuerpo es una clase de cristalización de procesos psíquicos; en el primero, la visión de que lo psíquico es un producto

de combinaciones químicas o de procesos endocrinos" (7, p.47).

La obra de Pavlov (1849-1936) se ubica también dentro del contexto experimental conductual; mientras en Occidente se desarrollaba el conductismo operante, en Rusia lo hacía el conductismo respondiente con el estudio experimental del papel que desempeña el sistema nervioso en la coordinación y regulación de los procesos viscerales mediante el método de los reflejos condicionados. En este campo se abrieron nuevas perspectivas para el estudio riguroso de los problemas de la medicina psicosomática. Desde la obra de Sechenov, pasando por Pavlov y sus seguidores, los fisiólogos rusos han participado en la tarea de analizar e interpretar la actividad psíquica y la interacción mente-cuerpo utilizando los conceptos de la fisiología del sistema nervioso; el principal representante de esta corriente es Bykov, quien inició sus investigaciones sobre los reflejos condicionados viscerales en la década de los '20 (19, pp. 466-468).

El 18 de diciembre de 1942, en Nueva York, se establecía la Sociedad Americana para la Investigación de Problemas Psicosomáticos. Ya desde enero de 1939 había aparecido el primer volumen de la revista *Psychosomatic Medicine*, editada por F. Dunbar y en la cual estaban representadas disciplinas como el Psicoanálisis, la Medicina Interna, la Neurología, la Fisiología, la Psiquiatría, la Psicología, la Fisiología Comparada y la Pediatría. Los trabajos enlazaban el cerebro, la conduc-



ta y los procesos biológicos, y el campo crecía rápidamente.

D. Jenkins (1985) nos dice que actualmente hay una mayor proporción de artículos sobre las hormonas y las glándulas endocrinas, con sofisticadas metodologías bioquímicas y una tendencia a prestar mayor atención al cáncer y otras enfermedades crónicas, haciéndose también mucha mención del estrés.

Considera que la medicina psicosomática está progresando satisfactoriamente en el análisis de los fenómenos hacia sus componentes más pequeños y sigue en gran necesidad de la integración de esfuerzos en forma interdisciplinaria, tanto para fundamentar más las bases científicas como para hacer la terapéutica más sistemática.

Este autor enfatiza particularmente que dado que todo proceso personal toma lugar en un medio total, la planeación de los estudios psicosomáticos debe dirigirse a las cuestiones de cómo los aspectos sociales y culturales, los biológicos y los físicos interactúan con cada nivel del funcionamiento humano y cómo esos niveles del medio impactan sobre las interacciones entre los procesos biológicos y psicológicos. Necesitamos prestar mayor atención -dice- a los procesos psicosomáticos en el manejo de la enfermedad clínica activa, la asistencia en la rehabilitación y la promoción de la recuperación completa en el sentido general de sentirse bien.

Continúa afirmando que, como campo, ya se ha abarcado la interacción de mente y cuerpo en casi cada especialidad

médica y que quizá uno de los siguientes horizontes sea expandir esta interacción a explorar más extensamente las dimensiones interpersonales, sociales y culturales, y tomar mayor importancia al impacto de los múltiples aspectos del ambiente sobre esos procesos (13).

REFERENCIAS DEL CAPITULO I

- (1) Valdés, M.M., Flores, F.T. y otros. **MEDICINA PSICOSOMATICA (Bases psicológicas y fisiológicas)**. Cáp. 1 y 2. Ed. Trillas, México, 1983.
- (2) Alexander, F. **PSYCHOSOMATIC MEDICINE**. W.W. Norton & Co. N. York, 1950
- (3) San Martín, H. **SALUD Y ENFERMEDAD**. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
- (4) Whittaker, J.O. **PSICOLOGIA**. 2a. ed. Ed. Interamericana. México, 1971
- (5) Cfr. Bernard, H.E.P. y Brisset, Ch. **TRATADO DE PSIQUIATRIA** 2a. ed. Ed. Toray Masson, S.A. Barcelona, 1971
- (6) Pons. **PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS. T.IV (Enfermedades del Sistema Nervioso, Neurosis y Medicina Psicosomática. Enfermedades Mentales)**. Salvat editores. México, 1971
- (7) Dunbar, F.H. **EMOTIONS AND BODILY CHANGES**. 4a. ed. Columbia University. N. York, 1954
- (8) Margolin, S.G. en: Deutsh, F. **PSYCHOSOMATIC CONCEPT IN PSYCHOANALISIS**. International Universities Press, Inc. N. York, 1953
- (9) Magni, G y otros. "Personality Profiles of patients with duodenal ulcer". **THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY**. 143(10)1986:1297-1299
- (10) Morse, R.D. **STRESS FOR SUCCESS**. Van Nostrand Reinhold, Co. N. York, 1979
- (11) Ficková, E. "Personality Profile of Ashtatics in Cattell's 16 Inventory" (ruso). **STUDIA PSYCHOLOGICA**. 22(4)1980:306-310
- (12) Fraisse, P., y Piaget, J. **HISTORIA Y METODO DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL**. Ed. Paidós, Argentina, 1972
- (13) Jenkins, D.C. "New Horizons for Psychosomatic Medicine". **PSYCHOSOMATIC MEDICINE**. 47(1)1985:3-25
- (14) **GRAN ENCICLOPEDIA DEL MUNDO**. T. 10 Durván, S.A. edic. Bilbao, 1963
- (15) Wernes, H. "Twenty years of advance in psychosomatic medicine". **PSYCHIATRIC JOURNAL OF THE UNIVERSITY OF OTTAWA** 4(1)1979:85-92

- (16) Smirnov, L y otros. PSICOLOGIA. Tratados y Manuales Grijalbo. México, 1975
- (17) Bolles, R., C TEORIA DE LAS MOTIVACIONES (Investigación Experimental y Evaluación). Ed. Trillas. México, 1974
- (18) Reuchlin, M. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA. 5a ed. Edit. Paidós. Argentina, 1973
- (19) Marx, M.H. y Hillix, W.A. SISTEMAS Y TEORIAS PSICOLOGICOS CONTEMPORANEOS. Ed. Paidós. Argentina, 1976

## CAPITULO 2

### EL SISTEMA NERVIOSO COMO MEDIADOR EN LAS EMOCIONES

#### 2.1. Antecedentes.

El área de la psicósomática ha recibido importantes aportaciones dentro de la tradición de la psicología fisiológica, que ha tratado de investigar la repercusión de la conducta sobre el funcionamiento corporal. Estos estudios no han dejado de lado los "significados" conductuales, y consideran sus defensores que en la palabra "emoción" existen una experiencia subjetiva y ciertas respuestas conductuales implicadas. Al no poder estudiar directamente dichas experiencias subjetivas, los investigadores utilizan medidas de las descripciones verbales, y las medidas no verbales se estudian por medio de las respuestas fisiológicas concomitantes, considerándose que el cerebro activa y regula los aspectos fisiológicos de la emoción (2, pp. 190-192; 3, pp. 131-148). Así, cuando se considera que el síntoma psicósomático emerge a partir de la disfunción emocional, parece evidente que una tarea primordial es investigar como se relacionan las emociones con sus sustratos nerviosos, ya que no es concebible que exista un psiquismo sin sustrato.

En 1884 James-Lange consideraba que las alteraciones

fisiológicas preceden a la experiencia consciente de la emoción, y que sin estos cambios no habría emoción. Maranon puso en duda esta teoría en 1924, ya que inyectando adrenalina a determinados sujetos, éstos describieron haber sentido los efectos fisiológicos de la emoción, pero su experiencia fue vivida como carente de una cualidad emocional genuina (2, ídem). Sobre este punto se generarían gran cantidad de investigaciones tratando de dilucidar si se trataba de una respuesta emocional genuina o ésta era "ficticia".

Entre 1927 y 1929 Cannon afirmó que había datos suficientes para considerar que el substrato anatómico de las emociones está constituido por el diencefalo y sus conexiones con las vísceras y la corteza cerebral. Su punto de vista era que en la emoción el diencefalo, que recibe estímulos aferentes, excita a su vez al músculo esquelético y a las vísceras mediante una descarga "descendente", en tanto que el componente subjetivo, el afecto, está dado por una descarga "ascendente" hacia la corteza cerebral. Sus estudios se orientaron hacia la descarga descendente en sus componentes vagales y, más minuciosamente aún, en sus componentes simpático-adrenales (dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, inhibición de los movimientos del intestino, etc) (1, p. 87).

El precursor del estudio de los efectos de la estimulación eléctrica del cerebro sobre la conducta fue W.R. Hess (1928, 1947, 1954, 1957). Encontró que la estimulación eléctrica

repetida de diversas regiones del hipotálamo podía producir un comportamiento de furia en el gato (el animal daba señales de despertamiento, asumía posición de defensa, lanzando gruñidos, retraía las orejas y abría la boca en forma agresiva), pero esta conducta cesaba inmediatamente después de que terminaba el estímulo (4, p. 629).

Utilizando también la estimulación eléctrica sobre el hipotálamo de gatos, Bard y Ranson (1928) encontraron tanto respuestas viscerales como los componentes somáticos de la cólera. Esta reacción se podía producir en gatos a los que se les había extirpado todo el tejido cerebral por encima del nivel del hipotálamo, pero si se destruía también éste último, sólo aparecían componentes fragmentarios de la respuesta de furia. Las reacciones encontradas en estas preparaciones fueron denominadas por Bard "rabia ficticia" e interpretadas por algunos en sentido literal. Bard se refería a la descripción conductual de la furia sin intervención de factores subjetivos o de introspección, y consideraba que la furia ficticia constituye una configuración conductual integrada de la furia típica del gato intacto, pero sin objeto a quien dirigirla, puesto que el animal está ciego (1, p. 88; 4, p. 627). Investigaciones posteriores (Flynn, 1967; Fonberg, 1967; Wasman y Flynn, 1962; Egger y Flynn, 1963; Molina y Hunsperger, 1962, entre otras) probaron que las reacciones evocadas por la estimulación cerebral no eran emociones "falsas" o automatismos

motores, sino estados equivalentes a emociones verdaderas, que son capaces de motivar conducta propositiva, adecuada y dirigida a metas (3, pp. 131-132), pero que es necesario, para que éstas contengan todas sus cualidades, la participación de las áreas corticales (1, p. 887).

No todos los investigadores encontraban idénticos resultados, y a menudo la estimulación del hipotálamo producía una reacción de huida en vez de la de rabia o ataque esperada. Fueron Miller (1961) y Roberts (1958a,b) los que describieron por vez primera los tres tipos de reacción provocados por estimulación hipotalámica: alarma, huida y furia; Yasukochi informó posteriormente que la estimulación del hipotálamo anterior producía conducta de miedo, la del sector medial conducta de furia y la posterior conducta de "curiosidad y vigilancia". Fonberg (1963c, 1967), trabajando con perros, mostró que estimulando el hipotálamo podían evocarse tres patrones diferentes de conducta aversiva: rabia/ataque, miedo/huida y miedo/defensa (3, p. 134). Todos estos trabajos permitieron llegar a la conclusión de que el hipotálamo es esencial en la conducta emocional integrada.

En otra dirección, J.Olds y P.Millner (1954), al estudiar el modo en que la estimulación eléctrica del sistema reticular influye en el aprendizaje de la rata observaron que al colocar por error técnico el electrodo estimulador en la región septal había una interferencia con el aprendizaje y la rata prescindía



del refuerzo (comida), a pesar de la privación alimenticia previa al experimento. Nuevos diseños experimentales buscaron aclarar el fenómeno, y con la implantación de electrodos en la zona septal y un dispositivo que el mismo sujeto animal manipulaba, encontraron que la rata prefería la autoestimulación al alimento. R.G. Heath (1963) estimuló diferentes zonas cerebrales en 55 sujetos humanos con resultados similares. Ya en 1961 había utilizado la estimulación química con cánulas y agujas hipodérmicas, y ambos procedimientos confirmaron la naturaleza recompensante de algunas de las áreas estimuladas.

Los mismos fenómenos de autoestimulación se han encontrado en varias especies animales (gato, paloma, mono, delfín, etc), y en el hombre los reportes verbales incluyen "sentimientos de bienestar" o "euforia extrema" (4, p.667). La región más crítica para la autoestimulación parece ser la porción lateral del hipotálamo, especialmente las áreas que bordean el fascículo medio del cerebro anterior, pero la mayoría de las estructuras del sistema límbico (partes del área septal, amígdala, corteza prepiriforme, cíngulo, hipocampo y sistema talámico difuso), proporcionan ritmos moderados o medios de autoestimulación (Olds, 1962). También se han obtenido frecuencias altas cuando los electrodos se colocan en el bulbo olfatorio (Phillips, 1964).

Otra trayectoria de investigación se abrió después de los trabajos de Klüver-Bucy (1937), que mostraron que la extirpación bilateral del lóbulo temporal producía alteraciones conductuales muy notables, como la pérdida del temor y de la agresividad. Bard y Mountcastle (1947) reportaron, por el contrario, la aparición de furia, y Green, Clemente y De Groot (1957) mostraron que la amigdalectomía podía producir rabia o mansedumbre. Los patrones de conducta "integrados" más comunes después de estimular la amígdala incluyen la conducta alimenticia, la conducta de atención, miedo y furia (Goddard, 1964). Fonberg (1972) encontró en sus experimentos que las lesiones de la amígdala dorso medial, al igual que las lesiones localizadas en el hipotálamo lateral, producían perturbaciones alimenticias y profundos cambios en la conducta motivacional y emocional: sus perros se volvieron apáticos, indiferentes, tristes y no cooperativos; perdieron su relación amigable con la gente y mostraban negativismo y posturas de tipo catatónico. La destrucción bilateral subsecuente de la parte lateral de la amígdala abole todos esos síntomas, volviendo los perros a su estado vital, interesado y amigable (3, p. 131).

Estos y muchos otros trabajos mostraron que todas las estructuras del sistema límbico están interconectadas directamente e implicadas con los aspectos emocionales de la conducta y que por tanto están bajo la regulación del cerebro (1,2,3,4,

5.6).

La estimulación eléctrica de muchas de estas estructuras produce diversos tipos de respuestas autónomas, y solamente el hipotálamo produce una configuración integrada de la conducta emocional, ya que la estimulación de otras áreas da lugar sólo a fragmentos de esta actividad autónoma. La amígdala, al parecer, sirve para inhibir la expresión hipotalámica de la furia y la neocorteza participa tanto en el proceso como en la integración de esta conducta y permite que sean utilizadas las señales sensoriales disminuyendo, al parecer, el umbral de la furia (4, p. 650-655).

Los descubrimientos logrados no iban a permanecer como datos aislados, y la psicofisiología ha tratado de integrarlos en un marco coherente de explicación, planteando modelos conductuales específicos.

## 2.2. Modelos conductuales y mecanismos fisiológicos.

Alexander (1950) consideraba que las funciones fisiológicas afectadas por influencias psicológicas podrían dividirse en tres categorías principales:

- 1º. Conducta voluntaria.
- 2º. Inervaciones expresivas.
- 3º. Respuestas vegetativas a estados emocionales.

Afirmaba que las fallas de la conducta voluntaria son fallas en el ego ejecutor y caen en las formas diferentes

de neurosis y psicosis. Llamaba inervaciones expresivas a las manifestaciones motoras de los estados emocionales, considerando que cuando las emociones son reprimidas y no se descargan a través de los canales ordinarios, buscan su salida en la forma de síntomas de conversión. En cuanto a las respuestas vegetativas a estados emocionales, afirmaba que es a partir de su estudio que podría desarrollarse la medicina psicosomática. Los síntomas vegetativos -desde su punto de vista- son iniciados por una restricción de la tensión emocional (8, pp. 54-56).

Por otro lado, la psicología fisiológica, como hemos visto, ha partido más bien de modelos conductuales para los que propone sustratos fisiológicos. Tres son los modelos que han recibido mayor atención y que se refieren a aspectos conductuales fácilmente identificables desde la conducta animal, y que son contrastados experimentalmente. Tales modelos se basan en los descubrimientos de la fisiología de las emociones, y Fonberg considera que al parecer estas manifestaciones son fácilmente extrapoladas hacia la conducta humana, ya que al parecer los mecanismos parecen ser los mismos (3).

Los modelos propuestos son aquellos que corresponden a las conductas de acercamiento, apetitivas o de recompensa, proponiéndose que existe un sistema de acercamiento que corresponde a las motivaciones de sobrevivencia (consecución de alimento, agua y sexo). Otro sistema identificado corresponde

a las motivaciones protectoras y está supeditado a la supresión de contingencias indeseables o nocivas: se le conoce como sistema de evitación. Un tercer sistema que se ha analizado es el que se ha denominado sistema de lucha/huida, concibiéndose que cuando un animal se acerca a un objetivo deseado pueden aparecer en su camino obstáculos que interfieran su impulso motivacional; en ese caso dispone de la alternativa de luchar o de huir, cuando pelagra la subsistencia.

Resumiendo, se considera que en el sistema nervioso central de los mamíferos superiores son identificables tres sistemas funcionales que actúan en estrecha interdependencia:

- 1.- "Sistema Activador de la Acción (SSA), que gobierna respuestas adquiridas a través de experiencias gratificantes.
- 2.- "Sistema Inhibidor de la Acción (SIA), responsable de la psicofisiología de la evitación pasiva.
- 3.- "Sistema Lucha/Huida", conectado funcionalmente con el anterior y que sustentaría conductas defensivas o de combate, inducidas por contingencias del medio (5, Cáp.4).

Alexander consideraba en 1950 dos de estos modelos:

a) Preparación para la lucha o la huida en emergencia.

"Las perturbaciones en este grupo son el resultado de inhibición o represión de los impulsos auto-assertivos, hostiles.

Nunca se consuma la conducta correspondiente de pelea o huida y sin embargo el organismo está fisiológicamente en un constante estado de preparación, ya que los procesos vegetativos están movilizados para una actividad agresiva concentrada y el resultado es un estado crónico de preparación (incremento en la tasa cardíaca, alta presión sanguínea, dilatación de los vasos sanguíneos en los músculos esqueléticos, movilización incrementada de carbohidratos y metabolismo incrementado). Varias formas de síntomas cardíacos ejemplifican este fenómeno: son reacciones a la ansiedad y la rabia reprimida o inhibida, y al parecer la tensión muscular crónicamente aumentada, facilitada por la retención de los impulsos agresivos, es un factor en la artritis reumatoide.

b) Restricción vegetativa.

Este segundo grupo reacciona a la necesidad de conducta autoasertiva con un retiro emocional de la acción hacia un estado de dependencia. En vez de encarar la emergencia, el primer impulso es buscar ayuda. Podría considerarse a este grupo opuesto al otro: aquí en vez de una crónica preparación a la acción (reprimida), se restringe la acción y se retrae dentro de una condición vegetativa que es lo opuesto de lo apropiado. En este grupo caerían las enfermedades funcionales del tracto gastrointestinal, como la indigestión nerviosa, la diarrea nerviosa, el cardioespasmo y la colitis.

Valdés Miyar, dentro de la tradición cognitivo conductual, considera que el recelo con que la medicina ha recibido las proposiciones etiopatogénicas del tipo úlcera-conflicto oral o infarto-pulsión agresiva empieza a desaparecer cuando se recurre a una terminología anatomofisiológica. El uso de esta terminología -sigue-, no necesita la negación del papel causal desempeñado por fenómenos inequívocamente psicológicos, sino por el contrario, significa la proposición de una base material para ellos, que permite explicar el fenómeno psicológico recurriendo a su sustrato fisiológico preciso (6).

#### 2.2.1. Sistema de Acercamiento, Sistema Activador de la Acción o Haz Prosencefálico Medio (MFB).

El Haz Prosencefálico Medio (MFB) se ha identificado como un circuito que da cuenta de las conductas de acercamiento ligadas a adquisiciones adaptativas para el organismo. Este circuito comprende la corteza frontal, el área septal lateral, la amígdala dorsomedial, el hipotálamo lateral y el haz de Schültz. Además de las propiedades reforzantes de su estimulación, hay pruebas de una acción facilitadora mnésica, probablemente a través de las conexiones hipocámpicas. Se piensa que este sistema favorece la ampliación de repertorios conductuales reforzados por el éxito y la consolidación de huellas mnésicas relacionadas con él, tratándose de un sistema que induce fundamentalmente a la acción. Recibe su nombre tanto

por consideraciones topográficas, como en virtud de sus características funcionales y la uniformidad de su neurotransmisión que es catecolaminérgica (6).

Los aferentes principales que llegan al hipotálamo provienen de las regiones superiores del cerebro, que no poseen funciones motoras ni sensitivas, y la mayoría de eferentes se dirigen a regiones inferiores autónomas y glandulares. También se relaciona con la formación reticular y el sistema talámico difuso (3, pp. 624-630). El hipotálamo parece intervenir en las emociones en tres formas: 1) como estación de relevo de los impulsos en su camino hacia la corteza, provenientes de los receptores; 2) los impulsos que vienen de la corteza pasan por el hipotálamo en ciertas condiciones, como sería un recuerdo o una idea cargados de emoción; 3) desde el hipotálamo pueden ser enviados impulsos nerviosos a las vísceras y los músculos (2, pp. 186-190).

Las últimas investigaciones de Fonberg se han dirigido a investigar el rol del hipotálamo y la amígdala en el control de las emociones positivas, esto es, en los apetitos, la anticipación de eventos placenteros y su consecución. Ha encontrado que la estimulación del centro de la alimentación, en el hipotálamo lateral, es recompensante, y no ha podido detectar ninguna diferencia entre las funciones de esta porción hipotalámica y la amígdala dorsomedial, suponiendo que hay una duplicación de las funciones alimentarias y emocionales



positivas dentro del hipotálamo y el complejo amigdaloido, ya que las lesiones en ambas producen efectos muy similares (3).

### 2.2.2. Sistema de Evitación o Castigo, o Sistema Periventricular (PVS).

El Sistema Periventricular (PVS) es un haz que conecta estructuras corticales y límbicas con el tálamo-hipotálamo y la región dorsomedial mesencefálica. Incluye, así, la corteza orbitofrontal, el área septal media, el hipocampo, la amígdala lateral y el hipotálamo ventromedial. Estas áreas se encuentran localizadas alrededor de los ventrículos cerebrales y poseen una bioquímica colinérgica que es inhibida por el Sistema Prosencefálico (MFB). Su naturaleza es más bioquímica que anatómica y su estimulación produce conductas de miedo y de castigo, por lo que se le considera un "haz de castigo" en el sentido de que su estimulación resulta aversiva para el animal. Este Sistema se activa en situaciones de amenaza, conflicto, castigo o evitación, y por tanto se conoce como Sistema Inhibidor de la Acción. Stein (1968) supone que cuando los estímulos son frustrantes se activan las neuronas serotoninérgicas liberadoras de serotonina en el sistema límbico y en la sustancia gris central, lo que activaría la acción colinérgica supresora, potenciando la actividad

PVS y la acción del animal se inhibiría. La estimulación repetida de las zonas implicadas en el funcionamiento periventricular provoca en animales o sujetos humanos un estado similar al creado en las neurosis experimentales (Ievtova y Slyozin 1968) (6).

### 2.2.3. Sistema de Lucha/Huida o Circuito de Reacción/Defensa.

Las estructuras nerviosas dentro de este sistema parecen caracterizarse por sus necesidades de sobreestimulación para entrar en funcionamiento. Este sistema funciona de modo que inhibe al Sistema Periventricular y requiere, para su activación, de una elevada excitación.

Anatómicamente está configurado por la amígdala dorsomedial, la estría terminal, el hipotálamo ventromedial y el haz longitudinal de Schüz. Ejerce la inhibición periventricular e hipotalámica a través de la estría terminal y se supone que existe una subordinación jerarquizada de los tres sistemas. Su expresión conductual se explica en la necesidad postulada de que los organismos tienen que vencer una resistencia inicial a la lucha.

### 2.2.4. Respuestas Fisiológicas al Estrés.

Los mecanismos subyacentes a los estados neuróticos y las emociones -dice Fonberg-, pueden originarse primariamente en tres sistemas: a) en la parte aferente del sistema nervioso, en las áreas corticales perceptivas; b) en el sistema límbico y las áreas subcorticales que se cree controlan los estados emocionales y c) en el sistema efector particular (3).

D.R. Morse (1979), en su obra STRESS FOR SUCCESS nos presenta en forma concisa la forma en que el organismo reacciona al estrés, considerando que cuando ciertos componentes de esta respuesta se salen de control, generalmente aparece la enfermedad (13, p. 50).

El primer mediador del estrés es una de las prostaglandinas (pequeñas sustancias químicas envueltas en la inflamación), y una vez el mensaje es llevado al hipotálamo en el tallo cerebral, se activan dos sistemas primarios:

- 1.- Eje H-AP-AC (Hipotálamo, pituitaria anterior o adenohipófisis-Córtex adrenal).
- 2.- Sistema Nervioso Autónomo, con la liberación de catecolaminas: epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina).

#### 1.- Eje H-AP-AC.

Una vez activado el hipotálamo, el eje H-AP-AC libera en el torrente sanguíneo un precursor del factor corticotrópico

que induce a la pituitaria anterior a producir la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual viaja en el mismo torrente sanguíneo hacia el córtex adrenal (localizado encima de los riñones). Este responde liberando esteroides (hormonas) antiinflamatorias como la cortisona). También de la pituitaria anterior es liberada otra hormona llamada somatotropina (STH) u hormona del crecimiento, que viaja asimismo hacia el córtex adrenal y aparentemente causa la liberación de esteroides catatónicos (hormonas proinflamatorias como la aldosterona).

Estos dos grupos de hormonas esteroides trabajan en armonía para regular las reacciones del cuerpo durante las respuestas neutrales y benéficas al estrés, pero cuando éste es excesivo, hay también una producción excesiva de corticosteroides (cortisona). La acción normal de esta sustancia es ayudar al organismo a enfrentar determinadas situaciones, causando una supresión temporal de reacciones locales (como la respuesta inflamatoria); con esto el cuerpo está mejor preparado para enfrentar cualquier estresor en forma rápida e integrada. Los sitios en que la cortisona actúa aparecen en el cuadro 2.1, al final del capítulo, al igual que las otras sustancias liberadas en el organismo en las situaciones de estrés normales y las posibles respuestas de éste cuando el estrés es crónico.

Hay aún otra hormona liberada por la pituitaria anterior y que ayuda a la regulación de las funciones orgánicas: es

la hormona tirotrópica (TTH), mensajero químico que viaja a la tiroides y libera tiroxina y otras hormonas tiroideas que actúan para incrementar el metabolismo corporal.

## 2.- Sistema Nervioso Autónomo.

El mismo mediador que alerta al eje H-AP-AC activa el sistema nervioso autónomo, principalmente en su división simpática: las glándulas adrenales liberan glucocorticoides (GC), que viajan a través de la sangre hacia el hipocampo, que actúa como "alarma del estrés". Basado en los niveles de GC, el hipocampo manda señales al hipotálamo, y esto ocasiona la liberación de catecolaminas como la epinefrina (adrenalina) a partir de la médula adrenal, y norepinefrina (noradrenalina) desde las terminaciones de los nervios simpáticos. La acetilcolina (ACTH) de la pituitaria anterior manda también una señal a la médula adrenal para producir epinefrina.

El hipotálamo también activa la pituitaria posterior, liberándose la hormona vasopresina, que actúa sobre las arterias (Cuadro 2.1.) (9,10,11,13).

La acción de las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) en las respuestas al estrés es de gran importancia: además de actuar en algunos aspectos en forma paralela a la del eje H-AP-AC, hay una serie de reacciones disparadas solamente por estas sustancias (Cuadro 2.1.), y juntas constituyen la respuesta lucha/huida, que capacita a una persona a reaccionar

movilizando todos sus recursos para poder ya sea luchar o huir (o tomar una acción definitiva).

Parece pertinente aclarar que aunque el énfasis de la respuesta al estrés se coloca sobre el sistema nervioso simpático, la división parasimpática también se activa durante las situaciones de estrés. El rol del parasimpático, con la liberación de acetilcolina, es interrumpir la respuesta simpática, pero en ocasiones ambas divisiones pueden descargar juntos en forma masiva, aisladamente una de la otra o bien hacerlo cada una por separado en forma fragmentaria o parcial (aunque la tendencia del simpático es a descargar en forma total y la del parasimpático a hacerlo en forma parcial) (l.p. 91; 13, p. 50-73).

También es importante aclarar que no todas las personas muestran las reacciones que incluyen las posibles respuestas al estrés: algunas personas responden primariamente con una respiración rápida, otras muestran principalmente una elevación en la presión sanguínea o un latido cardíaco más rápido, y aún otras reaccionan con las palmas sudorosas. Valdés Miyar (1983) considera asunto importante investigar esta especificidad de respuesta.

Al parecer la descarga descendente es mucho más compleja de lo que Cannon pensaba, ya que pocas reacciones fisiológicas del organismo afectan a tantos órganos y sistemas como las emociones.

### 2.3. Modelos conductuales y enfermedad psicosomática.

En experimentos hechos con ratas con un diseño de control uncido triádico (las ratas son inmovilizadas) y descargas eléctricas, Kunz, Valette y Laborit (1974) propusieron que las ratas que sufrían pasivamente la estimulación presentaban hipertensión significativa, mientras que las ratas que podían actuar sobre el estímulo no la desarrollaban. Laborit (1979) supuso que tal hipertensión era el correlato fisiológico de un predominio funcional del Sistema Inhibidor de la Acción (SIA), y fue más allá afirmando que las prohibiciones socioculturales y los conflictos ponen en marcha su funcionamiento, favoreciendo la aparición de toxicomanías, conductas agresivas, comportamiento neurótico y síntomas psicosomáticos. Otros estudios ampliaron la lista: Brady y Weiss hablan de la Úlcera; Corley del infarto y Shipman de la tensión muscular sostenida (6). Lo que se desprende de estos resultados es que, cualquiera que sea la respuesta, parece haber un predominio funcional del Sistema Inhibidor de la Acción (SIA), que favorece la aparición de síntomas y disfunciones.

Las investigaciones sobre la personalidad han mostrado que los sujetos ansiosos parecen particularmente sensibles a señales capaces de activar el Sistema Inhibidor de la Acción, en tanto que los impulsivos pondrían en marcha con facilidad preferente el Sistema Activador de la Acción (o de recompensa)

(Gray, 1971, 1972, 1976, 1978). Dentro de la tipología presentada por Eysenck (ver Capítulo 3), los sujetos con elevado puntaje en la dimensión "Neuroticismo" serían sensibles tanto a las señales de recompensa como de castigo; los introvertidos responderían preferentemente a las señales de castigo y los extrovertidos serían más sensibles a las de recompensa (Nicholson y Gray, 1971). Esto mostraría que existen factores de riesgo personal independientemente de las contingencias ambientales, que constituirían a su vez factores de riesgo psicosomático. De acuerdo con esto, el síntoma aparecería en sujetos con una susceptibilidad diferencial ante los estímulos, potenciada por experiencias perturbadoras antecedentes que, a través de patrones conductuales peculiares harían frente, en desventaja, a conflictos objetivos irresolubles o a valoraciones subjetivas incorrectas (estados de ánimo depresivo).



CUADRO 2.1.RESPUESTA FISIOLÓGICA AL ESTRÉS

<u>SITIO Y/O ACCIÓN</u>	<u>RESPUESTA NORMAL</u>	<u>ESTRÉS CRÓNICO</u>
Timo, nódulos linfáticos, linfocitos, leucocitos y macrófagos. (C).	Reduce la respuesta inmunológica y la inflamación.	Grandes probabilidades de contraer una infección.
Estimulación de producción de glucosa en el hígado (C,CA).	Provee de la energía necesaria para el trabajo muscular.	Probabilidad de contraer diabetes.
Inhíbe la producción de insulina (C).		Probabilidad de contraer diabetes.
Dilatación bronquial (C,CA).	Permite un incremento en la producción de oxígeno, necesario para obtener energía.	Pérdida de flexibilidad del tejido pulmonar.
Contracción arterial (V).	Elevación de la presión sanguínea.	Hipertensión.
Incremento en la actividad cardíaca (CA).	Elevación de la presión sanguínea.	Arritmia.
Tiroides (T).	Incremento del metabolismo corporal.	Probabilidad de hipertiroidismo.
Disminución del proceso digestivo (C,CA).	Reducción de actividad innecesaria.	Probabilidad de úlcera péptica o duodenal.
Inhibición de la producción de vitamina "D" útil (C).		Probabilidad de desarrollar osteoporosis.

CUADRO 2.1. (Continuación).

<u>SITIO Y/O ACCION</u>	<u>RESPUESTA NORMAL</u>	<u>ESTRES CRONICO</u>
Estimula la liberación de renina en los riñones (C).	Fuerza la sangre rápidamente hacia los músculos.	Hipertensión.
Mayor excitabilidad de los nervios motores (CA).	Contracción de los músculos mayores.	Espasmos musculares. Dolores de cabeza tensionales. Dolor de mandíbulas, espalda, cuello, hombros, temblores musculares.
Activación de las glándulas sudoríparas (CA).	Sudor. Sudor de manos.	Mal olor continuo
Aumento de la tasa respiratoria (CA).	Mejor intercambio de gases (Oxígeno y CO <sub>2</sub> ).	Hiperventilación. En casos extremos pérdida de conciencia.
Ojos (CA).	Incremento en la percepción visual. Dilatación pupilar.	Malacomodación de los músculos de los ojos.
Oído, olfato, tacto (CA).	Hipersensibilidad.	
Boca (CA).	Decremento en la producción de saliva.	Boca seca constante (Xerostomia). La pérdida de voz es un efecto asociado.
Vasoconstricción de los vasos sanguíneos de la piel (CA).	Palidez. Posible efecto protector contra hemorragias por heridas.	

CUADRO 2.1. (Continuación).

<u>SITIO Y ACCION</u>	<u>RESPUESTA NORMAL</u>	<u>ESTRES CRONICO</u>
Cambios sanguíneos, como aumento de colesterol y de ácidos grasos (CA).		Irritación de vasos sanguíneos coronarios y cerebrales. Posibilidad de ataque cardíaco.
Aumento en la producción de ácido úrico como producto de desecho (CA).		Probabilidad de contraer Gota.

-----  
 (C)= Cortisona.  
 (T)= Tiroxina.  
 (V)= Vasopresín.  
 (CA)= Catecolaminas.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 2.

- (1) De la Fuente, M.R. PSICOLOGIA MEDICA. XXI reimprisión. F.C.E. México, 1983.
- (2) Whittaker, J.O. PSICOLOGIA. 2a. ed. Edit. Interamericana México, 1971.
- (3) Fonberg, E. "Control of Emotional Behaviour through the Hypothalamus and Amigdaloid Complex". SIMPOSIUM ON PHYSIOLOGY, EMOTIONS AND PSYCHOSOMATIC ILLNESS. Ciba. Amsterdam Associated Scientific Publishers, London, 1972.
- (4) Thompson, E.F. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA FISIOLÓGICA. 7a. reimprisión. Ed. Trillas. México, 1982.
- (5) Walle, J.H.N. y Feirtag, M. "The Organization of the Brain". SCIENTIFIC AMERICAN. Sep. 1979; 78-105.
- (6) Valdés, M.M., Flores, F.T. y otros. MEDICINA PSICOSOMÁTICA (Bases Psicológicas y Fisiológicas). Ed. Trillas. México, 1983.
- (7) Pons. PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS. T.IV (Enfermedades del Sistema Nervioso. Neurosis y Medicina Psicosomática. Enfermedades Mentales). Salvat Editores. México, 1971.
- (8) Alexander, F. PSYCHOSOMATIC MEDICINE. W.W. Norton & Co. N. York, 1950.
- (9) Carpenter, E. "Of rats and men". PSYCHOLOGY TODAY. 19(7) 1985:21.
- (10) Metal, M.M. "Epinephrine and norepinephrine responses in continuously collected human plasma to a series of stressors". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 4(12)1983:45-47.
- (11) Frankenheuser, M. "Experimental approaches to the study of human behaviour as related to neuroendocrine functions" en: SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Vol. I. Ed. Lemnart Levy. London Oxford University Press. N. York, 1971.
- (12) Morse, R.D. STRESS FOR SUCCESS. Cap.3. Van Nostrand Reinhold Co. N. York, 1979.
- (13) Morse, D.R. Ob cit. Cap. 4

## EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

### LA TEORIA DE LOS RASGOS Y EL 16 FP DE CATTELL.

#### 3.1. El concepto de personalidad.

Mientras en el debate dualista heredado de la filosofía tradicional se entregaban los cuerpos al estudio científico, las almas eran asignadas a los psicólogos (1,p.627). La psicofisiología se situaba en la vertiente que estudia el soma, mientras que la corriente que hemos denominado clínica erigió su postura en la vertiente psicológica. Ambas buscan el vínculo que une estos dos aspectos, pero cada una dentro de una posición que determina sus resultados: fisiológicos unos, psicológicos los otros. Ambas son, en última instancia, parte de la psicología.

La presente tesis se ubica dentro de la corriente psicológica, buscando algunas de las variables que podrían ser significativas para transformar el estatus de equilibrio fisiológico al responder a las demandas tanto internas como ambientales con un desajuste orgánico.

La palabra "personalidad" no tiene un significado único e inequívoco. Sus diferentes acepciones parten del campo específico de aplicación, pudiéndose hablar de un significado teológico, otro filosófico, otro jurídico y aún de significados biosociales y psicológicos (2,3).

El estudio de la personalidad retoma el antiguo problema

de la preocupación del hombre por su naturaleza humana. En su afán de comprenderse a sí mismo, el hombre se ha preguntado qué es el hombre, y los intentos de contestar a este interrogante abarcan campos tan diversos como la astrología, la filosofía y las ciencias humanas.

Dentro de la psicología parece haber tantas definiciones como escritores acerca de la personalidad existen, lo que a primera vista podría hacer pensar que su estudio es vano, puesto que ni siquiera existe una definición precisa de la cual partir para lograr un acercamiento comprensivo del tema.

Las respuestas acerca de lo que es el hombre han diferido entre sí porque ellas parten de las propias concepciones y experiencias de quienes las sustentan; esto constituye un punto de vista acerca de lo que es la realidad y permite plantear preguntas que pueden ser probadas por medio de la investigación, obteniéndose así respuestas específicas dentro de ciertos marcos de referencia. En este sentido, una teoría de la personalidad constará de un conjunto de supuestos referentes a la conducta humana y algunas definiciones empíricas para comprobar estos supuestos.

P. Lawrence plantea que cualquier teoría de la personalidad contiene implícita o explícitamente ciertos supuestos básicos a partir de los cuales surgen las "explicaciones" de lo que es la personalidad; los supuestos que menciona son: libertad contra determinismo; racionalismo contra irracional-

dad; constitucionalismo contra ambientalismo; subjetividad contra objetividad; proactividad contra reactividad; homeostasis contra heterostasis y conocibilidad contra inconocibilidad. Los presenta como bipolaridades dentro de las cuales pueden ubicarse las diferentes concepciones, y estos presupuestos básicos determinarán las propias consideraciones acerca de "lo que son las cosas"(2).

L.R. Levy (1970) considera que un mero inventario de conductas y fenómenos que conciernen al estudio de la personalidad no dejaría resueltas las cuestiones centrales para comprender cómo el estudio de la personalidad contribuirá a nuestra comprensión de la conducta humana, y que tampoco ayudará si consideramos que la palabra "personalidad" se refiere a una entidad concreta y observable, un hecho de la realidad. Afirma que el mejor camino a seguir es considerarla como un término, preguntándonos más bien cuál es la función que tiene en nuestro pensamiento, cómo sirve de punto focal para las teorías psicológicas y los tipos de fenómenos que están envueltos cuando se habla de personalidad (4, pp.6-10).

Este autor sugiere determinar los criterios que subyacen a la mayoría de las teorías de la personalidad para lograr una base de comprensión respecto del problema que significa el estudio de la personalidad.

Tres son básicamente para él los criterios que subyacen

a toda teoría de la personalidad:

1.- Identidad, algo como un conjunto de atributos que implican al mismo tiempo cierta estabilidad y continuidad, ya que sin ellos no podría darse ninguna identificación.

2.- Locus interno de causación de los atributos de identidad desplegados por la persona observada.

3.- Organización y estructura de la personalidad.

En estos términos, afirma Levy, puede decirse que la personalidad se explica como una idea resultante del hecho de que los individuos poseen identidades basadas sobre atributos conductuales que parecen tener un locus interno de causación y poseen algún grado de estructura y organización (4, pp. 15-20). Considera que al aceptar esto puede despojarse a la personalidad de su estatus de identidad concreta y dejarle su estatus de idea, con lo que puede explicitarse afirmando en qué sentido existe, lo que adquiere características de contrastabilidad empírica, mientras que decir "la personalidad es tal cosa" resulta empíricamente improbable.

Concebir de este modo a la personalidad permite buscar respuestas dentro de una perspectiva científica que hace posible reconocer las más adecuadas y aquellas que pueden coexistir para enfrentar el conjunto de fenómenos cubiertos por la ciencia.



### 3.2. La Teoría de los Rasgos.

Las teorías de los rasgos se insertan dentro de la llamada "concepción dimensional de la personalidad" (Levy, 1970). Los teóricos dentro de esta concepción intentan describir y explicar la personalidad en términos de un limitado número de conceptos, como "tipos", "rasgos" y "factores".

El primer intento de categorizar a los individuos por "tipos" de personalidad fue probablemente el del médico griego Hipócrates (400 a.C.), al asignar a las personas a uno de cuatro temperamentos atribuibles a la predominancia de cuatro humores corporales. Sus conceptos no encontraron apoyo científico, pero el intento de colocar a las personas dentro de alguna clasificación siguió adelante, al grado que puede afirmarse que no hay concepción de la personalidad que de un modo u otro no plantee algún tipo de clasificación. Jung, por ejemplo, separó a los individuos en extrovertidos e introvertidos, y Sheldon trató de correlacionar el tipo físico con el temperamento. Otros autores contemporáneos han apoyado sus concepciones con investigaciones empíricas, destacando entre ellos Cattell, Guilford y Eysenck. Lo común a todos ellos es la creencia de que la personalidad individual puede ser comprendida por un conocimiento de su localización sobre ciertas dimensiones particulares postuladas por el teórico.

Mientras un teórico interesado en la personalidad como

sistema daría cuenta de la "dinámica", del "cómo" de la personalidad. el interés de un teórico de los rasgos se centra en la descripción de la personalidad como "entidad", más que en su funcionamiento. Los problemas fundamentales planteados dentro de esta concepción son el descubrimiento y la conceptualización de las dimensiones básicas de la personalidad, la determinación de cuántas son y sus orígenes. Otro problema es el de la mutua relación entre los rasgos y cómo pueden usarse para valorar la personalidad.

Las distintas teorías de los rasgos intentan la búsqueda de un orden asignando a cada persona a algún lugar dentro de un universo claramente definido, y mientras algunos, como Eysenck, definen solamente tres dimensiones como significativas para ubicar la personalidad (introversión, extraversión y ansiedad), Cattell propone muchas más dimensiones.

La conducta es explicada dentro de estas corrientes por los diferentes valores asignados sobre las dimensiones consideradas relevantes para la conducta en cuestión, y tales valores pueden ser expresados numéricamente como puntajes en un test o bien ser representados por medio de equiquetas que señalan diferentes posiciones en la dimensión. Siendo un constructo teórico, las dimensiones son inferidas y su valor depende de la precisión con que sean definidas, la medida en que estén atadas a operaciones empíricas y el rango y clase de fenómenos que explican y predicen.

El número de dimensiones existente, dentro de estas corrientes, no depende de su "existencia real", sino de las necesidades dentro de la teoría para servir a sus propósitos particulares: los rasgos no se "descubren", son sólo parte de la teoría y se aplican a la conducta que se está midiendo dentro de las dimensiones establecidas por la teoría misma.

Como principio general, sin embargo, el número de dimensiones necesarias se incrementa en relación directa con el grado de precisión establecido en la teoría como estándar (4, pp.94-100).

Los teóricos de los rasgos difieren acerca del contenido específico y la estructura de los rasgos básicos necesarios para describir la personalidad, pero sus concepciones generales tienen similitudes: todos ellos usan el rasgo para dar cuenta de las consistencias de la conducta y explicar sus diferencias para responder a los mismos estímulos; los rasgos son concebidos como las disposiciones que determinan tales conductas, y cada uno de los teóricos diferencia entre rasgos relativamente superficiales y rasgos más básicos o subyacentes. Admiten cierta fluctuación en los rasgos o cambios en la posición de una persona, reconociendo que éstos pueden variar en aptitud y en generalidad en determinadas circunstancias, pero al mismo tiempo todos buscan aquellos rasgos que parecen ser más relativamente amplios y estables. Concuerdan en la imposición de cierto grado de jerarquización entre rasgos, que más que

real podría considerarse como un mecanismo lógico de pensamiento (4,5).

Usualmente hay algún traslapamiento entre los rasgos de diferentes concepciones, y las investigaciones permiten deslindar qué tipo de traslapamiento existe y en qué unidades específicas de rasgos esto sucede, al aplicar simultáneamente los instrumentos diseñados dentro de cada corriente y buscando las correlaciones entre ambos. En un estudio hecho por Boyle (1986) acerca de este fenómeno, que denomina "intermodalidad", el autor menciona que Eysenck y Cattell tienen mucho en común, habiendo ambos investigado la estructura psicológica intrapersonal aunque a diferentes niveles en su estructura jerárquica, y que mientras Eysenck ha estudiado el dominio de la personalidad en términos de un modelo tipológico que involucra un pequeño número de superfactores importantes, Cattell ha recurrido típicamente al análisis de un considerablemente mayor número de factores primarios. El autor considera que ambas aproximaciones son claramente complementarias, pero que hay poca investigación en cuanto a estas intermodalidades (6). Las dos dimensiones encontradas más consistentemente envuelven la introversión-extraversión y la ansiedad-ajuste. Asimismo, en 1986 Abdel-Khalek reportó una investigación sobre una muestra egipcia utilizando los instrumentos de Cattell y Eysenck, encontrando que las dos dimensiones previamente mencionadas permanecían constantes a través de los dos instrumentos; el

autor considera que el 16FP es factorialmente complicado, mientras que el EPQ de Eysenck muestra dimensiones más amplias. Menciona también otros estudios donde se ha encontrado este traslapamiento (Costa y Mc.Crae, 1976; Abdel-Khalek, 1981; Abdel-Khalek y Eysenck, 1983 y Kline, 1982) (7).

Bajo la suposición de que las dimensiones de la personalidad son relativamente estables a través de las situaciones de prueba y sobre largos periodos de tiempo, es comprensible que el énfasis principal en el estudio de la personalidad haya sido el desarrollo de instrumentos confiables que puedan descifrar los rasgos subyacentes de la persona, y ésta ha sido la preocupación predominante de las aproximaciones del rasgo.

Por esto, una característica principal ha sido la metodología cuantitativa, que es psicométrica en cuanto que intenta medir las diferencias individuales tratando de inferir la estructura de rasgos subyacente. El interés en la utilización de estos instrumentos no se centra tanto en las respuestas por sí mismas, sino en que éstas son consideradas señales o indicadores de los rasgos subyacentes. La estrategia metodológica seguida es probar muchos sujetos, comparar grandes grupos bajo condiciones iguales de prueba y utilizar sofisticadas técnicas estadísticas (5). Los rasgos proveen así de un marco de referencia para comparar personas entre sí y prometen, como toda dimensión, una medida precisa y cierta diferenciación entre la gente, ya que cada uno posee cada rasgo en alguna medida (4).

Su método estadístico, el análisis factorial, es un método matemático por el cual las interrelaciones entre un gran número de variables son analizadas y explicadas en términos de un pequeño número de variables presumiblemente más básicas. Este método aporta economía y eficiencia, reduciendo la redundancia, y ha sido considerado como un medio objetivo para determinar las dimensiones básicas de la personalidad y su organización. Una ventaja adicional es que ha permitido a los investigadores sensibilizarse acerca de la cuestión del traslapamiento entre sus conceptos e instrumentos (4).

Sin embargo, como Levy afirma, estas concepciones no llevan por sí mismas al desarrollo de teorías, ya que las dimensiones propuestas son el resultado de análisis matemáticos y las inferencias acerca de ellas han partido generalmente de otras teorías. Su valor principal es, por tanto, como adjunto para otras concepciones, ya que mientras las dimensiones únicamente proveen de una forma de describir el "qué", otras concepciones tratan de dar respuesta al "cómo" de la personalidad. Aunque Cattell y Eysenck se han preocupado de la cuestión de los roles de la herencia y el medio en el origen de ciertos rasgos, no han hecho un examen de los procesos envueltos en el desarrollo de estos rasgos ni tampoco explican cómo la persona mantiene su estructura de personalidad al enfrentar el medio cambiante y las presiones que encuentra; tampoco estudian cómo se producen los cambios de personalidad,

y si uno está interesado en estudiar los procesos de ésta y no las diferencias individuales, debe buscarse alguna otra concepción.

En el contexto de este trabajo, se eligió el instrumento de Cattell, el 16FP, por consideraciones descriptivas y no de índole teórica, ya que lo que se intentaba era buscar posibles rasgos de personalidad asociados con la patología bajo estudio, y este instrumento representó una base objetiva para descubrirlos.

#### 16 FP de Cattell.-

Se trata de un cuestionario diseñado para la investigación básica en psicología y usado ampliamente en el campo clínico, de orientación vocacional y selección de personal. Su objetivo es cubrir en forma amplia el campo de la personalidad y su forma actual es el resultado de numerosas investigaciones con gran cantidad de sujetos. En su construcción se utilizaron diferentes tipos de datos, conocidos como "datos-L", "datos Q" y "Datos-T".

#### Datos-L:

Son aquellos tomados de estimaciones hechas por observadores acerca de la conducta de los sujetos bajo estudio, en base a puntuaciones en una escala de 1 a 10; se trata del estudio de la conducta en la situación real y cotidiana; los

juicios abarcan aspectos como la sociabilidad en el colegio, la estabilidad emocional en el juego, la responsabilidad en la realización de deberes, etc. (8).

#### Datos-0.

Son cuestionarios contestados por los propios sujetos bajo estudio, en forma de una autoevaluación introspectiva.

#### Datos-I.

Estos datos fueron obtenidos por medio de tests objetivos y situaciones estandarizadas de laboratorio. Se consideran objetivos porque la calificación se hace por medio de claves y no de juicios subjetivos (4,5,8,9).

De las investigaciones para obtener datos se extrajeron gran cantidad de rasgos que, junto con otros tomados de diccionarios y que parecían pertinentes al concepto de personalidad, fueron sometidos a análisis factoriales llegándose a establecer grupos de rasgos que Cattell considera los "rasgos superficiales", esto es, la manifestación conductual de otros rasgos más profundos que son los "rasgos fuente", de donde se desprenden los primeros y que surgen por superposición de varias influencias. Nuevos análisis factoriales sobre estas matrices mostraron otros factores que Cattell consideró como los verdaderamente fundamentales y que son los ya mencionados "rasgos fuente", "rasgos primarios" o "factores". Estos factores



fueron bautizados con neologismos en un intento de lograr un índice universal de rasgos que excluyera los conceptos contaminados de uso común (intento que no tuvo buena acogida). Los factores son presentados en el inventario en la forma de 16 escalas sobre las que pueden representarse las posiciones de cada individuo y conseguir un perfil que permita detectar la estructura "intra sujeto" y que haga posibles las comparaciones "entre sujetos" y entre el sujeto y grupos de sujetos considerados como la norma dentro de clases específicas respecto de cada dimensión.

Nuevos análisis factoriales hicieron surgir otros factores denominados de 2º orden, y que son considerados como pertenecientes a un nivel más alto en la jerarquía. Se conocen como superfactores y al parecer son más básicos e influyen en muchas conductas. Dos de estos superfactores son los que han mostrado traslapamiento con los de Eysenck y mayor apoyo experimental, señalando al parecer dos de las más amplias dimensiones de la personalidad.

El Cuadro 3.1. muestra una descripción de los 16 factores primarios y los 4 factores secundarios. Cada factor posee un símbolo, un nombre técnico y niveles descriptivos populares para ser usados en la comunicación con el público.

Los reactivos que componen la prueba tienen relación factorial significativa con el factor, pero los reactivos no necesariamente tienen una correlación significativa entre

CUADRO 3.1.

FACTORES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DEL 16 F.P.

FACTOR	PUNTUACION BAJA	PUNTUACION ALTA
"A" EXPRESIVIDAD EMOCIONAL	SIZOTHYMYIA(SOLILOQUIA) Discreto, distanciado crítico, indiferente, inexpresivo.	AFFECTOTHYMYIA Sociabilidad, emocional dad tierna, complaciente participante.
"B" INTELIGENCIA	INTELIGENCIA BAJA Torpe, con baja capaci- dad mental, juicio po- bre.	INTELIGENCIA ALTA Brillante, alta capaci- dad mental, perspicaz.
"C" FUERZA DEL YO	INESTABILIDAD EMOCIONAL Afectado por sentimien- tos, perturbable, emocio- nal, inconsistente.	FUERZA SUPERIOR DEL YO Maduro, estable, constan- te, sereno.
"E" DOMINANCIA	SUMISION Obediente, moldeable, docil, dependiente, su- miso, considerado, con- vencional.	ASCENDENCIA Afirmativo, agresivo, competitivo, terco, independiente, testarudo
"F" IMPULSIVIDAD	RETRAIMIENTO Sobrio, taciturno, se- rio, silencioso, intros- pectivo, reflexivo.	IMPETUOSIDAD Entusiasta, despreocupa- do, franco, alerta.
"G" LEALTAD GRUPAL	SUPEREGO DEBIL Falta de aceptación de las normas de grupo, auto-indulgente.	SUPEREGO FUERTE Escrupuloso, perseveran- te, juicioso, responsable
"H" APTITUD SITUACIONAL	TIMIDEZ (THRECTIA) Tímido, reprimido, retraí- do, vergonzoso.	AUDACIA (PARMIA) Aventurado, insensible a la amenaza, aventurero, activo.
"I" EMOTIVIDAD	SEVERIDAD (HARRIA) No sentimental, espera poco, severo, no fanta- sioso, lógico, realista.	SENSIBILIDAD EMOCIONAL (PREMIA) Afectuoso, sensitivo, dependiente, inseguro, artístico.

CUADRO 3.1. (Continuación).

FACTOR	PUNTUACION BAJA	PUNTUACION ALTA
"L" CREDIBILIDAD	CONFIANZA (ALEXIA) Acepta condiciones, es flexible, comprensivo, tolerante, conciliador, no sospecha.	DESCONFIANZA (PROTENSION) Suspicaz, celoso, dogmático, exigente con los demás, irritable.
"M" ACTITUD COGNITIVA	OBJETIVIDAD (PRAXERMIA) Práctico, convencional, preocupado por asuntos inmediatos, honrado.	SUBJETIVIDAD (AUTIA) Imaginativo, distraído, preocupado por creaciones internas, entusiasta
"N" SUTILEZA	INGENUIDAD (NAIVETE) Ingenuo, modesto, socialmente torpe, imprudente, afectuoso.	ASTUCIA (SHRENDNESS) Mundano, socialmente consciente, calculador.
"O" CONCIENCIA	ADECUACION SERENA Seguro de sí mismo, apacible, insensible a la aprobación, brusco.	PROPENSION A LA CULPA Aprehensivo, inseguro, preocupado, deprimido, conmovible, obligado.
"Q1" POSICION SOCIAL	CONSERVADURISMO Respeto las ideas establecidas, tolerante a las dificultades.	RADICALISMO Le gusta experimentar, analítico, libre pensador.
"Q2" CERTEZA INDIVIDUAL	DEPENDENCIA GRUPAL Socialmente dependiente del grupo. Se "adhiera" y es seguidor ejemplar.	AUTOSUFICIENCIA Autosuficiente, rico en recursos, prefiere sus propias decisiones.
"Q3" AUTOESTIMA	INDIFERENCIA Incontrolado, flojo, sigue sus propios impulsos, indiferente a las reglas sociales.	CONTROL Controlado, firme fuerza de voluntad, socialmente escrupuloso.
"Q4" ESTADO DE ANSIEDAD	TRANQUILIDAD Relajado, tranquilo, no frustrado, sereno.	TENSION Tenso, frustrado, impulsivo, malhumorado.

CUADRO 3.1. (Continuación).

FACTOR	PUNTUACION BAJA	PUNTUACION ALTA
"QS1" INTROVERSION- EXTRAVERSION	INTROVERSION Tímido, inhibido de con- tactos interpersonales, autosuficiente.	EXTRAVERSION Sobresale socialmente, desinhibido, establece contactos.
"QS2" ANSIEDAD	POCA ANSIEDAD Su vida es generalmente satisfactoria, logra lo que le parece importan- te.	MUCHA ANSIEDAD Ansioso, con probables inadaptaciones, frustra- do.
"QS3" SUSCEPTIBILIDAD/ TENACIDAD	SUSCEPTIBILIDAD Emotivo, sensible, cau- to, reflexiona antes de actuar.	TENACIDAD Emprendedor, decidido, animado, falta de re- flexión.
"QS4" DEPENDENCIA/ INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA Depende del grupo y es de personalidad pasiva, necesita apoyo.	INDEPENDENCIA Agresivo, emprendedor, incisivo, con iniciativa

-----

sf. Se considera que la fuerza de la tendencia de alguna respuesta conductual particular está generalmente determinada por dos, tres o más factores que actúan juntos y que rara vez un segmento específico de la conducta es expresión de un solo factor. Una fuente del rasgo o factor es pues diferente de un rasgo superficial.

El cuestionario se presenta en cuatro formas: A, B, C y D. La principal diferencia entre las formas A y B, por un lado, y las formas C y D, por el otro, radica en su extensión y

el tiempo que requieren para su aplicación. Las formas A y B fueron diseñadas para personas con inteligencia normal o superior, y las formas C y D requieren menor tiempo y el nivel de lectura es más fácil, siendo diseñadas para utilizarlas en el caso de niños o adultos menos inteligentes, menos competentes o con impedimentos culturales. Las formas A y B requieren generalmente de un tiempo de entre 45 y 60 minutos para cada una de ellas. Es aconsejable que se utilicen al menos dos formas (A y B o C y D), particularmente en situaciones de investigación y en los casos en que se requiera la máxima precisión. Si el tiempo es limitado es factible usar medidas más breves del cuestionario, probando solo algunos de los factores, aunque Cattell considera que esto disminuye la validez de las predicciones acerca de la personalidad del examinado.

EL significado de las puntuaciones brutas depende de las formas específicas usadas, y antes de ser evaluadas e interpretadas deben convertirse a la puntuación estándar correspondiente a la población en la que se ubica el sujeto medido (ej. cuadro de normas para hombres, mujeres, profesiones, etc). En el caso de investigación básica, lo más adecuado es considerar en los análisis estadísticos únicamente las puntuaciones brutas. Los cuadros de estandarización permiten encontrar la puntuación estándar normalizada para cada escala.

que en este cuestionario está considerada en estenos, con cinco intervalos a cada lado de la media y media desviación estándar de amplitud, excepto en los extremos 1 y 10, que son abiertos y donde se han considerados dos y media desviaciones estándar arriba y abajo de la media. Las puntuaciones estenas se distribuyen suponiendo la curva normal de distribución en 10 intervalos iguales, cayendo la media en el estén 5.5. El centro verdadero de la población cae en los estenos 5 y 6 respectivamente, siendo la mitad de la desviación estándar hacia arriba y hacia abajo de la media. Los estenos 4 y 7 son considerados desviaciones ligeras y los estenos 2,3,8,9 como desviaciones significativas. Las estandarizaciones de las revisiones más recientes se han realizado en base a muestras de más de 15,000 sujetos.

#### Confiabilidad y validez.

Los reactivos de las diferentes formas se han sometido a varios análisis factoriales en muestras diferentes (Cattell, 1973). La validez de la prueba es considerada como concepto de "validez", es decir, los reactivos fueron escogidos como medidas válidas de los factores y este concepto de validez se evaluó correlacionando la puntuación de la escala con el factor puro diseñado para medirla. Un incremento total en la validez es posible si se usa más de una forma de la prueba. La validez directa para las escalas va de un máximo de .79

para el factor "A" hasta un mínimo de .57 para el factor "Q4" en la forma A. Las estimaciones directas e indirectas de validez están muy de acuerdo. Ambas aproximaciones colocan a los factores "A" y "F" entre los de validez más alta y a los factores "M", "N", "O" y "Q" entre los de validez más baja.

La consistencia o concordancia de la puntuación factorial con ella misma se prueba a través del tiempo, obteniéndose la fiabilidad test-retest a corto plazo y la estabilidad con reapiación después de un largo intervalo. Los cuadros de confiabilidad muestran un máximo de .86 y un mínimo de .72 para los factores "A" y "Q4" respectivamente, de la forma A en reapiación con intervalos de 2-7 días y de .80 a .35 para los factores "A" y "N" respectivamente con la forma A y en un intervalo de dos meses.

#### Aplicación.

Las instrucciones de la prueba están impresas en la portada del cuestionario. Las respuestas se escriben sobre hoja separada y la prueba no es cronometrada. Las formas A y B constan de 187 reactivos cada una y las formas C y D constan respectivamente de 105 reactivos. Cada escala consta de entre 10 y 13 reactivos y las preguntas están distribuidas de manera general en un orden cíclico determinado. Se proporcionan tres alternativas de respuesta diferentes para cada

reactivo, evitando así la "elección forzada" de solo dos alternativas.

Calificación e interpretación.

La calificación manual se realiza por medio de plantillas, habiendo dos juegos, uno para las formas A y B y otro para las formas C y D. Cada juego consta de dos plantillas, una para los factores A,C,F,H,L,N,Q1 y Q3 y la otra para los factores B,E,G,I,M,O,Q2 y Q4. Una vez obtenidas las puntuaciones estén con el cuadro de normalización adecuado, se derivan las puntuaciones de 2º orden utilizando una hoja de operaciones especial.

Algunas investigaciones con el 16 FP.

En 1980 E. Ficková, del Instituto de Psicología Experimental de la Academia de Ciencias de Checoslovaquia llevó a cabo un estudio titulado: "Perfil de Personalidad de Asmáticos con el Inventario de 16 FP de Cattell", donde señala que se encontraron:

- a) Valores de depresión para el factor E (Sumisión).
- b) Valores aumentados para G,I,O y Q3 (Superego, sensibilidad emocional, propensión a la culpa y control).

El estudio de Abdel-Khalek, ya mencionado, encontró dife-



rencias entre ciertos puntajes de la muestra egipcia respecto a otros estudios hechos con muestras anglo-americanas, sugiriendo que diferentes criterios de medida de la ansiedad deberían usarse con los sujetos egipcios. Los egipcios califican además más alto en la escala L (desconfianza) que los británicos, mientras que estos últimos tienen mayores puntuaciones en C (fuerza yoica). Sugiere que esto puede ser producto de los diferentes contextos culturales dentro de los cuales los reactivos originales han sido traducidos y formulados; afirma que no pueden sacarse conclusiones finales acerca de las dos muestras y que en todo caso la escala C podría representar la inversa de N (ingenuidad-astucia), siendo en este aspecto consistente con el estudio del mismo autor de 1981 y el de Abdel-Khalik y Eysenck de 1983 sobre muestras egipcias (7).

Otro estudio con este instrumento (Kirton, 1986) señala que los factores del I6FP son centrales para describir las dimensiones de la personalidad que subyacen con el estilo cognitivo "sumisión-assertividad" (11).

Dentro del campo de la psicósomática, Magni (1986) estudió un grupo de 79 pacientes con úlcera para realizar su perfil, encontrando tres grupos definidos principales: el de dependientes ansiosos, el de neuróticos ansiosos y el de personalidad balanceada. Aparecían características distinguibles en cada uno de ellos: los dependientes ansiosos tenían mayor dependen-

cia (I-) y más alta ansiedad (Q4+); los neuróticos ansiosos tenían baja fuerza yoica (C-) y alta fuerza superyoica (G+). Los sujetos con personalidad balanceada, por su parte, mostraban alta inteligencia (B+), adecuada fuerza yoica (C+), buen control emocional y autosuficiencia (Q2+) y bajos niveles de ansiedad (Q4-). Magni afirma que sus resultados apoyan la idea de una combinación de personalidad particular existente entre los pacientes con úlcera duodenal, y explica la aparición del grupo de personalidad balanceada diciendo que posiblemente los factores biológicos de riesgo eran más altos en este grupo y que la úlcera al parecer no puede explicarse solamente en base a características patológicas de la personalidad (12).

REFERENCIAS DEL CAPITULO 3.

- (1) Wolman, B.B. TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1968.
- (2) Lawrence, P. PERSONALITY. Cap. 1.
- (3) Hall y Lindzay. LAS GRANDES TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Cap. 1. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- (4) Levy, L.R. CONCEPTIONS OF PERSONALITY:THEORIES AND RESEARCH. Cap. 1. Random House. N. York, 1970.
- (5) Mischel, W. INTRODUCTION TO PERSONALITY. Holt,Reinhart and Winston Inc. N. York, 1971.
- (6) Boyle, G.J. "Intermodality Superfactors in the Sixteen Personality Analysis Test". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(44)1986:583-586.
- (7) Abdel-Khalek y otros. "The Factorial Structure of the 16PF and EPQ in Egyptian Samples: A Preliminary Study". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(1)1986:65-72.
- (8) Cattell, R.B. EL ANALISIS CIENTIFICO DE LA PERSONALIDAD. Prólogo y Cap. 1. Ed. Fontanella. Barcelona, 1972.
- (9) MANUAL E INSTRUCTIVO PARA EL 16 FP DE R.B. CATTELL. Ed. Manual Moderno. México, 1980.
- (10) Ficková, E. "Personality Profile of Asthmatics in Cattell's 16 Inventory" (ruso). STUDIA PSYCHOLOGICA. 22(4) 1980:306-310.
- (11) Kirton, M.J. y De Gantis, S.M. "Cognitive Style and Personality: The Kirton Adaption-Innovation and Cattell's Sixteen Personality Factor Inventories". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(2)1986:144-145.
- (12) Magni,G. y otros. "Personality Profiles of Patiens with Duodenal Ulcer". THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRI. 143(10)1986:1297-1299.

CAPITULO 4ESTRES Y ANSIEDAD4.1. Estrés.

Una revisión de las cuestiones que atañen a la medicina psicosomática, por breve e incompleta que sea, no puede pasar por alto al contexto y cómo incide sobre el individuo. Las consecuencias del estrés son actualmente un tópico de interés tan grande que los trabajos sobre este tema inundan las publicaciones especializadas y aún otras de divulgación general.

Tal parece que si en el primer momento el foco principal de atención fueron las relaciones entre la personalidad y la fisiología como substrato, el énfasis creciente que se ha puesto en el entorno en otras áreas no podía dejar de afectar a este campo de estudio. Los nuevos hallazgos parecen ofrecer una promesa para lograr una comprensión más integral del ser humano, y las investigaciones, con nuevas tecnologías, pueden salir ya de los laboratorios y lograr trabajos de campo que, aún sin un control exhaustivo de variables, permiten lograr mediciones en situaciones reales (1).

La palabra "estrés" no hace alusión exclusiva al ambiente, ni tampoco se refiere solamente a la persona que lo padece; el término parece enlazar los conceptos que se han venido

manejando: mente-cuerpo-ambiente. Lazarus usa el término para significar aquellos agentes ambientales que perturban la estructura y función, así como la respuesta a dichos agentes. El término tiene referentes fisiológicos y sociológicos y significados puramente psicológicos, habiendo puntos de interacción entre estos tres niveles de análisis. Una característica fundamental del estrés (y la emoción), es que se refiere a las relaciones entre un organismo y el medio, más que al organismo y al medio solos (2).

Valdés Miyar (1983) afirma que la definición de estrés es difícil si consideramos que ha llegado a ser una etiqueta que incluye cada vez a un mayor número de huéspedes, siendo también un concepto de difícil formulación. Considera que el empleo de los modelos reflexológicos (E-R) de tipo pavloviano y el supuesto etiopatogénico de que la enfermedad es el resultado de la acción del estrés, hizo posible el uso de modelos experimentales aplicados tanto al estudio animal como al humano, y que el abandono de estos modelos por otros de tipo cognoscitivo conductual ha permitido un estudio más completo de las relaciones del hombre con su ambiente. Dentro de estos nuevos modelos, el estrés ha pasado a ser sinónimo de amenaza y pérdida de control, y el supuesto de que el descontrol emocional constituye el primer paso hacia la disfunción ha sido uno de los pocos postulados que se han mantenido siempre en medicina psicosomática (3).

Las primeras investigaciones sobre las respuestas fisiológicas al estrés fueron hechas por Selye a partir de 1936. Como fisiólogo, llevó a cabo un análisis completo de los estímulos ambientales y la salud y trazó una compleja cascada de reacciones hormonales al exceso de estrés, que en 1950 vino a ser conocida como "síndrome de adaptación general" (4,17) y que enfatiza los cambios fisiológicos que están siempre presentes en el estado de acción fisiológica. Sus trabajos sentaron las bases para la neuroendocrinología y la psico-neuroendocrinología, campo que considera los sistemas nervioso y endocrino como interactuantes y que está llevando a cabo estudios que abarcan las enfermedades psicosomáticas (4).

Las investigaciones dentro de la tendencia cognitivo conductual partieron de los experimentos de Schachter en los '60s, en los que se muestra que la vida emocional va muy vinculada a las expectativas y supuestos previos. En estos estudios, la administración de adrenalina a tres grupos de sujetos desencadenó estados de euforia, agresividad o indiferencia, en función de lo que se sugirió a cada grupo al inicio de la prueba; se comprobó que la adrenalina circulante modifica el sistema autónomo, tal como ocurre en los estados de activación, pero las expectativas, el contexto y la evaluación de las autopercepciones determinaron la cualidad de la emoción experimentada. Lazarus, con planteamientos semejantes y en la misma época, señaló que cada emoción es producto de

la evaluación, de un juicio personal que depende de la fisiología, la cultura, la historia y las características psicológicas del individuo. Ya en la década de los '70s, supuso que cada respuesta emocional es el resultado de dos vectores: uno situacional (referido al entorno), y otro disposicional (referido al sujeto), a partir de los cuales se evalúa la situación, se ponen en marcha conductas pertinentes y se reevalúan las modificaciones operadas en el entorno como consecuencia de las propias respuestas (1). El estrés supone entonces, para Lazarus, una amenaza, una premonición de enfrentamiento al dolor, una anticipación basada en indicios aprendidos a través de procesos cognitivos (3).

A. Kagan (1971) señala que se requieren estudios epidemiológicos que utilicen la bioquímica, etología, matemáticas, fisiología, psicología y sociología para aclarar la importancia de los factores psicosociales que, actuando a través del estrés causan la enfermedad, ya que una de las dificultades en esta discusión es el por qué un estímulo dado puede ser estresor para un sujeto pero no para otro y, aún más, por qué un estresor que ha causado un estado de estrés en un sujeto en una ocasión particular puede tener un efecto más fuerte o más débil en una ocasión subsecuente. Para esta autora, lo importante es descubrir cuáles manifestaciones de enfermedad, si las hay, están causadas por estresores sociales; bajo qué circunstancias y a qué manifestaciones de enfermedad da lugar.

Sus consideraciones parecen enfatizar los factores ambientales implicados, ya que opina que el principio general parece ser la incongruencia social, que aumenta el riesgo de enfermedad.

Sea que se enfaticen los factores psicosociales, bien las respuestas fisiológicas a que dan lugar, parecen surgir varias cuestiones: ¿qué aspectos del medio ambiente, considerados como estresores, son significativos?, ¿qué factores dentro de la persona dan lugar a una respuesta fisiológica y qué tipo de respuesta es ésta? ¿por qué preferentemente un órgano u otro sufren alteraciones?.

En un intento de dar respuesta a la pregunta de cuáles son los factores o eventos estresantes, Rahe (1969) formuló una lista que trata de abarcar aquellos eventos de la vida que podrían ser significativos. Esta lista incluye casi cualquier aspecto de la vida de una persona y muestra que aún aquellos estímulos aparentemente neutros o los que a primera vista aparecen como beneficiosos en general pueden en un momento dado llegar a constituirse en estímulos estresores. ¿De qué depende que lo sean o no?. Wolf señala que una respuesta corporal al estrés depende no tanto de la cantidad de estímulo nocivo como de la cualidad o configuración de las circunstancias prevaletentes. La configuración o patrón de una respuesta adaptativa individual hacia una circunstancia significativa depende primero que nada de la percepción, luego del proceso interpretativo en el cerebro y finalmente del



caracter de los mecanismos de control expresados como conducta (5). S. Maier (1985) concuerda en que no solo la enfermedad, sino quizá hasta la muerte, pueden ser consecuencia de una pérdida financiera, una humillación o cualquier otro evento emocionalmente doloroso. La vulnerabilidad a la enfermedad infecciosa puede estar ligada al cómo reacciona la persona al estrés; desde luego no todos son vulnerables, y sólo bajo ciertas circunstancias, por lo que la investigación reciente busca el por qué de estas diferencias y, si es posible, las formas de preservar en buenas condiciones a las personas a pesar de las situaciones de la vida (6).

S. Wolf (1980) considera que el ajuste social efectivo que conduce a la satisfacción personal es el camino también hacia la salud; la falla social, la frustración, la insatisfacción, la privación y el ser desaprobado incrementan la vulnerabilidad a la enfermedad (5). Señala que los estudios hechos en comunidades muestran que aquellas en las que los ancianos deben relegar responsabilidades y liderazgo sobre los más jóvenes tienen tasas más elevadas de muerte por infarto y demencia senil, comparadas con comunidades donde los mayores permanecen en casa, son respetados y sus opiniones escuchadas.

También opina que aunque no puede establecerse aún que el rol dentro de la sociedad tenga un efecto saludable sobre los ancianos, es un factor a investigar, ya que se reconoce que el hombre, como ser tribal, depende en parte del reconoci-

miento, apoyo y comprensión de sus congéneres, y la hipótesis de que la cualidad de su ajuste social es pertinente para su salud y longevidad aún no ha sido incorporada al centro del pensamiento biomédico científico, y no es probable que lo sea hasta que no se desarrolle algún sólido entendimiento de cómo las fuerzas sociales pueden de hecho afectar las funciones y estructura de los órganos corporales. La interpretación de la evidencia depende, por supuesto, de las actitudes y asunciones acerca de la salud y la enfermedad y acerca de las relaciones del hombre con su mundo (5).

A la cuestión de cómo afectan las variables psicosociales las respuestas fisiológicas, una de las áreas de mayor investigación en la actualidad es la relativa a la diada estrés-sistema inmunológico. Desde la primera guerra mundial se ha venido acumulando evidencia de esta relación, pero hasta hace algunos años no se pensaba en una conexión entre la conducta y el sistema inmunológico, y ahora la evidencia parece difícil de refutar y el volumen experimental es imponente (4).

Las pasadas dos décadas han representado un incremento en nuestro conocimiento del sistema inmunológico, y los trabajos de R. Ader en este campo, utilizando el condicionamiento pavloviano, han sido replicados en muchos laboratorios. Ader mostró que las ratas podían ser condicionadas para que reaccionara su sistema inmunológico, encontrando que factores psicológicos, como el estrés, pueden afectar el trabajo de

este sistema, sugiriéndose que posiblemente existiera una relación entre ambos factores (4,7). Una segunda serie de experimentos, en el centro médico de Monte Sinaí en N. York produjo evidencia de que los factores psicosociales afectan la inmunidad: Stein y su grupo mostraron que las descargas eléctricas sobre las ratas, cuando eran aplicadas en forma predecible e inescapable eran extremadamente estresantes y producían úlcera y altos niveles de corticosteroides, reduciendo al mismo tiempo la actividad de los linfocitos; a mayor intensidad de la descarga, menor actividad inmunológica. También se encontró que los ruidos altos producían depleción de los leucocitos en ratas, y que sujetos animales expuestos a la luz, un zumbador y una descarga, tienden más a menudo a enfermar por virus (herpes simple, poliomielitis, etc.). Un hecho sorprendente fue descubrir que tales estímulos no eran siempre dañinos y que en algunas ocasiones parecían reforzar la actividad inmunológica (4). La respuesta a este enigma vino tiempo después con un experimento que J.M.Weiss publicó en 1968: utilizando paradigmas de condicionamiento operante sobre respuestas de evitación en monos uncidos encontró que el control del individuo sobre el evento es particularmente importante para determinar sus efectos psicológicos y fisiológicos, ya que cuando el animal poseía control sobre el evento displacentero no desarrollaba síntomas físicos, pero el mono que no tenía control sobre la estimulación aversiva desarrolló

esos síntomas y otras perturbaciones, como un estado de fuerte ansiedad (3, Cap. 3). Estos resultados pueden ser aplicados al hombre. Los estresores asociados al ser humano son mucho más complejos, pero la variedad de factores psicológicos, tales como las expectativas y experiencias, los rasgos de personalidad y la presencia o ausencia de una red de personas de apoyo, determinarán en alguna medida su respuesta fisiológica a tales eventos. Los estresores pueden por tanto no ser simples eventos físicos, sino también psicológicos. El hecho de que haya respuestas diferenciales a los mismos estímulos ha sido el motivo para que A. Anderson (1982) señale que el término estrés ha perdido casi su significado, siendo su connotación casi siempre negativa y propositiva, en su lugar, decir que el estímulo "modula" el sistema inmunológico o "influye" las respuestas inmunológicas, con lo que se evita una interpretación de "causa única", o la inferencia de un resultado negativo (4).

Muchos estudios posteriores sobre humanos han mostrado la relación entre variables psicosociales y respuestas inmunológicas. En 1977 Bartrop realizó un estudio con un grupo de hombres que habían perdido a sus esposas, encontrando alteraciones en su sistema inmunológico, y Locke mostró que la ocurrencia de estrés en la vida era crítica para la forma en que los sujetos reaccionaban a estos eventos. Los que reportaban mucho estrés en la vida, así como altos niveles de ansiedad

y depresión, tenían la menor actividad en las células llamadas NK (Natural Killers), y especuló que los sujetos que a pesar de los eventos no reaccionan con ansiedad o depresión, pueden enfrentar bien la situación. Sandra Levy llegó en 1983 a similares conclusiones en su estudio de cómo los factores de personalidad se relacionan con la actividad NK en el cáncer. Las mujeres que aceptaron la enfermedad y se ajustaron a su condición tuvieron baja respuesta NK, mientras que las que respondieron con enojo y agitación tuvieron una alta actividad NK (6,8).

Las respuestas del sistema inmunológico también se han estudiado en relación con ciertos estados de ánimo. Janice Kiecolt (1984) mostró que pacientes psiquiátricos con altas puntuaciones en soledad mostraban valores más altos de cortisol urinario y también diferían sus células NK, con más pobres respuestas de los linfocitos que otros pacientes (9). Wolf cita el estudio de Schottstaedt y Wolf (1980) sobre el impacto del ambiente sobre el metabolismo de sujetos humanos residentes en un centro de investigación, encontrando que aún las interrupciones pasajeras del equilibrio establecido dentro de la comunidad se asociaba con sustanciales cambios metabólicos mensurables. Los mayores cambios ocurrían en situaciones de estrés, sobre todo cuando la comunidad total sufría desajustes; las dificultades interpersonales entre los que estaban fuertemente ligados eran fuentes mucho más comunes de estrés

asociadas con desviaciones metabólicas, mientras que el estrés interpersonal entre individuos sin fuertes ligas se asoció menos a menudo con cambios significativos en los estados metabólicos (5).

Los rasgos de depresión, apatía y ansiedad han sido relacionados también con la inhabilidad del sistema inmunológico para luchar contra la enfermedad. D. Schmidt (1985) reportó que un grupo de personas con infecciones de herpes recurrente mostraban un mayor número de eventos estresantes de vida y un más alto nivel de ansiedad (medida por una subescala del perfil de estados de humor), en la semana previa a la ocurrencia de la enfermedad, apoyando la idea de que el estrés psicosocial puede llevar a la enfermedad a través de la modulación en la función de los linfocitos (10).

Otros muchos estudios muestran la evidencia de la relación entre el estrés y el sistema inmunológico (Jeurmott, J.B., 1983; Laudens, L.M.L., 1983), y nuevos trabajos sobre otras mediciones fisiológicas, como el alto nivel de colesterol asociado al estrés y la mayor producción de ácido úrico también en conjunción a esta variable, aumentan paulatinamente los conocimientos en este campo (11).

Las investigaciones, al parecer, han trascendido los cuadros de enfermedades psicosomáticas plenamente establecidas y se han ido adentrando a nuevas mediciones más sofisticadas que incumben a la fisiología en particular y en general al

estudio de alteraciones y enfermedades que anteriormente no se había pensado estuvieran conectadas con factores psicosociales. Los hallazgos suponen nuevas perspectivas hacia el estudio del ser humano: el médico podrá ahora no solo considerar la enfermedad por sí misma, sino dentro del espectro de factores que confluyen en su manifestación, y podrá asimismo tomar en cuenta nuevas aproximaciones en su trabajo y prevención.

#### 4.2. Ansiedad.

El buscar cómo definir la ansiedad es intentar expresar algo reconocido por todos en formas distintas: como una experiencia interior conocida por introspección y como patrón de conducta observable en nosotros mismos y en otros (12).

Las experiencias subjetivas incluyen sensaciones de amenaza, aprensión, temor, incertidumbre, desasosiego, etc. y en general son vagas y no referidas a ningún antecedente concreto o específico. Se acompañan a menudo de molestias físicas distintas, como palpitaciones, taquicardia, trastornos gástricos o intestinales, migraña, vértigo, mareo, dolores torácicos o de espalda, insomnio, etc. Todas ellas son las respuestas fisiológicas mensurables, y la conducta observable incluye vacilaciones, dudas o titubeos motores, hiperactividad motora o cese de movimientos; incrementos en la tensión muscular, alteraciones de la emisión verbal (temblor de voz, tartamudeo, carraspeo

o lapsus).

La descripción de los aspectos que forman parte de la ansiedad pueden también bosquejarse en forma de componentes:

- a) Un sentimiento de miedo y peligro anticipado.
- b) Un patrón de respuestas fisiológicas y distrés corporal.
- c) Una desorganización o interrupción del control cognitivo y la capacidad de resolución de problemas, incluyendo dificultades para pensar claramente y enfrentar efectivamente las demandas ambientales (Maher, 1966).

La ansiedad es posiblemente la emoción que ha recibido mayor atención en las teorías de la personalidad, y es un concepto principal en muchas orientaciones teóricas. Freud trató mucho el tema de la ansiedad, aunque desde el plano de la introspección y la semántica para su definición, señalando una distinción entre miedo y ansiedad que la psicología experimental no acepta, al considerar que ambos estados están muy relacionados (13).

Mientras que en la teoría psicoanalítica la ansiedad es vista como un miedo disparado por señales o símbolos remotos e incierto peligro, más que uno físico e inmediatamente presente (14), los primeros teóricos del condicionamiento consideraron la ansiedad como un miedo condicionado, como respuesta aprendida, anticipada, ante estímulos relevantes (Tobena, 1984). Los actuales teóricos de la corriente de la psicología



experimental, como Gray, afirman que la ansiedad se produce en aquellas situaciones que pudieran implicar miedo y posibilidad de frustración, o en circunstancias de incertidumbre (3). Las teorías fenomenológicas existenciales enfatizan la percepción de una amenaza básica al self o a la existencia del individuo como personalidad (14), y W. Mischel (1971) considera que estas diferentes concepciones parecen indicar que se está hablando de cosas distintas, pero que, tomadas juntas, proveen de un vistazo a la gran variedad de eventos que pueden constituir peligro subjetivo para cualquier individuo particular y que pueden ponerlo ansioso.

La distinción entre ansiedad como internamente percibida, en su aspecto introspectivo, y como conducta fisiológica observable ha dado lugar a diferentes aproximaciones para su medición. Los principales instrumentos utilizados pueden dividirse en tres categorías:

- 1.- Escalas conductuales.
- 2.- Tests psicológicos (auto inventarios y métodos indirectos en los cuales la ansiedad es medida por medio de los cambios en ejecución que ésta produce).
- 3.- Métodos psicofisiológicos, diseñados para medir los componentes somáticos de la ansiedad a nivel central o periférico (15).

El estudio de la ansiedad por medio de tests psicológicos hizo evidente que este estado debería ser considerado en dos

aspectos: como un rasgo de personalidad y como un estado transitorio. La influencia de Cattell ha tenido un peso considerable respecto a esta diferenciación, y desde su punto de vista el rasgo se deriva del análisis de las diferencias individuales, mientras que el estado de ansiedad no puede ser aislado excepto como resultado de las variaciones en el tiempo. Actualmente el instrumento que permite hacer esa distinción es el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (Spielberger, 1965), con el cual puede cuantificarse de manera genérica el patrón conductual descrito como conducta ansiosa a partir de la información verbal del individuo, y con un notable grado de fiabilidad (3, p. 135).

La ansiedad como estado es una experiencia circunstancial cambiante, una ansiedad momentánea o situacional, que varía en intensidad sobre el tiempo y a través de las circunstancias. La ansiedad como rasgo se refiere a una característica más estable, a un estado de mayor nivel de ansiedad característico. Ciertas personas varían alrededor de unos niveles que para ellos son típicamente diferentes de la tendencia central de otros, y entonces se habla de "ansiedad caracterológica" (14, 16). Quizá podría considerarse que la ansiedad estado y la ansiedad rasgo son manifestaciones conductuales de lo que Tobeña (1984) considera ansiedad normal y ansiedad anormal.

W. Mischel (1971) señala que las investigaciones revelan que la ansiedad no es meramente una característica de la perso-

na independiente del tipo de estímulo, ni tampoco es intrínseca al estímulo solo. Afirma que las reacciones de ansiedad dependen en conjunto de los estímulos, la persona y el modo de respuesta, esto es, del individuo, el estímulo particular confrontado y el modo específico de respuesta medido, además de que la ansiedad parece estar idiosincráticamente organizada en el individuo (14, pp. 342-343).

¿En qué condiciones el estrés elicitará ansiedad?. Si los individuos difieren en cuanto a los eventos que perciben como más provocadores de ansiedad, la "estimación cognitiva" de un evento potencialmente estresante afectará las reacciones emocionales a éste (Lazarus y Alfer, 1964). La reacción de una persona dependerá de lo que cree que está sucediendo o que va a suceder, a pesar de las bases objetivas de su creencia.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 4.

- (1) Dimsdale, J.E. "Generalizing from studies of human stress physiology". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 46(5)1984:463-469.
- (2) Lazarus, R.S. "The concepts of stress and disease". en: SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Vol. I. Cap. VII. Lennart Levy Oxford University Press. N. York, 1971.
- (3) Valdés, M.M., Flores, F.T. y otros. MEDICINA PSICOSOMATICA (Bases Psicológicas y Fisiológicas). Cap. 1. Ed. Trillas. México, 1983.
- (4) Anderson, A. "How the mind heals". PSYCHOLOGY TODAY. 16(12) 1982:51-56.
- (5) Wolf, S. "Social forces, neural mechanisms and health". PSYCHOSOMATICS. 21(10)1980:843-850.
- (6) Maier, S.F. "Stress and health: exploring the links". PSYCHOLOGY TODAY. 19(8)1985:44.
- (7) Ader, R. "The brain: the little black box for the body's defenses". PSYCHOLOGY TODAY. 15(8)1981:92.
- (8) Levy, S. "Losing hope and surviving cancer". PSYCHOLOGY TODAY. 17(11)1983:11.
- (9) Kiecolt, J. "Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency and loneliness in psychiatric inpatients". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 46(1)1984:15-23.
- (10) Schmidt, D. y otros. "Stress as a precipitant factor in subjects with recurrent herpes labialis". (ABS). JOURNAL OF FAMILY PRACTICE. 20(4)1985:359-366.
- (11) Stark, E. "High cholesterol stress". PSYCHOLOGY TODAY. 17(10)1983:74.
- (12) Cattell, R.B. "Cattell's Factor Theory". en: Hall y Lindzay. THEORIES OF PERSONALITY. Section IX. 2a. ed. by Lindzay. N. York, 1973.
- (13) Heide, F.J. "Relaxation: The storm before the calm". PSYCHOLOGY TODAY 19(4):1985:18.

- (14) Tobeña, P.A. "Ansiedad: mecanismos psicofisiológicos y su relación con los trastornos psicósomáticos". en: **MEDICINA PSICOSOMÁTICA (Bases Psicológicas y Fisiológicas)**. Cap. 3. Edit. Trillas. México, 1983.
- (15) Pichot, P. "Quantification of psychological stress responses". en: **SOCIETY, STRESS AND DISEASE**. Cap. VI. Lennart, Levy Oxford University Press. N. York, 1971.
- (16) Cattell, R.B. **EL ANALISIS CIENTIFICO DE LA PERSONALIDAD**. Ed. Fontanella. Barcelona, 1972.
- (17) Kagan, A. "Epidemiology and Society. Stress and Disease". en: **SOCIETY, STRESS AND DISEASE**. Vol. I. Cap. V. Lennart Levy Oxford University Press. N. York, 1971.

CAPITULO 5.PARALISIS FACIAL.5.1. VII par craneal (facial).

La mayoría de los nervios craneales tienen su entrada y salida en el bulbo raquídeo y en las regiones limítrofes de esta estructura con la protuberancia. En esta última estructura se encuentra el núcleo del VII par (facial) que, junto con los núcleos de V par (trigémino) y el núcleo que controla la salivación, tiene un importante papel en la expresión facial y la ingestión de alimentos (1).

El VII par es un nervio motor que inerva todos los músculos cutáneos de la cabeza y cuello, el músculo motor del estribo y algunos músculos del velo del paladar. Por una de sus ramas, la cuerda del tímpano, toma parte activa en la secreción salival (2, pp. 458-462). Al recibir fibras de la vía piramidal se ve sometido a la acción del control voluntario (3, pp. 75-77). Su posición es ventral e interna al núcleo motor del trigémino y por detrás y dentro del complejo olivar de la protuberancia. Sus fibras, al emerger, se dirigen hacia atrás y adentro, hacia el piso del IV ventrículo, para rodear por debajo, detrás y delante, al núcleo del VI par (motor ocular externo) y constituir la eminencia teres o eminencia redonda. Luego se dirigen hacia adelante, cruzando el casque-

te y el pie de la protuberancia, para salir del tronco cerebral en el surco bulboprotuberancial, por arriba de la oliva bulbar. La zona frontal ascendente envía fibras cruzadas al núcleo del facial en la porción que gobierna la musculatura superior de la cara y recibe fibras descendentes del hipotálamo, que originan las manifestaciones faciales de los estados de ánimo; el cuerpo estriado ejerce su acción sobre este núcleo a través del núcleo rojo y la sustancia negra, dando origen a los movimientos de la musculatura cutánea de la cara que se presentan en los actos instintivos y en los emotivos.

Las lesiones del tronco del nervio facial causan parálisis total de los músculos cutáneos de la hemicara homolateral y supresión de la sensibilidad gustativa en los 2/3 anteriores de la hemilengua del mismo lado (3).

Las fibras sensoriales del VII par o "intermediario de Wisberg" tienen como función la transmisión de las sensaciones gustativas de los 2/3 anteriores de la lengua y manda fibras a los ganglios submaxilar y esfenopalatino que inervan las glándulas salivales y lacrimales. Lleva impulsos propioceptivos desde los músculos faciales y sensaciones cutáneas de una pequeña faja de piel en la cara posterointerna del pabellón de la oreja y alrededor del conducto auditivo externo. Las lesiones de este par rara vez afectan la sensibilidad y la audición, aunque se supone que el oído se torna más sensible a los tonos bajos cuando hay parálisis del estribo (5).

### 5.2. Parálisis facial.

La parálisis facial unilateral consiste en la pérdida de motilidad voluntaria y refleja de todos los músculos inervados por el VII par craneal del lado afectado, quedando asimismo abolido el tono muscular. Llamada prosoplejía o prosopoplejía (6,11), presenta diferencias clínicas según afecte la neurona motora periférica o se deba a alguna alteración de las vías centrales, de ahí la diferencia entre parálisis facial central o periférica.

Dentro del grupo de la parálisis facial periférica se encuentra la llamada idiopática, denominada así debido al desconocimiento de los factores etiológicos que intervienen en su aparición. Generalmente aparece aislada, sin afectar otras partes del cuerpo, por lo que se considera mononeuropatía (8). No existe una clara definición de las diferentes parálisis que forman este subgrupo, ya que hay quienes la denominan indiscriminadamente parálisis facial de Bell, idiopática o a frigore, mientras que otros autores señalan diferencias entre ambas, considerando que en la última hay un factor de enfriamiento implicado en su aparición, sobre todo cuando se considera en su aspecto estacional y epidémico. En general, sin embargo, se les denomina indistintamente, refiriéndose a la misma patología de causa aún no plenamente establecida (6,7,8,9,10).

En la búsqueda de los oscuros factores etiológicos, N.A.



Díaz (1978) menciona que se han llevado a cabo investigaciones que no han encontrado apoyo para la hipótesis del enfriamiento, ya que en un estudio realizado al respecto no hubo una aparición significativa de parálisis facial en un grupo de perros sometidos a temperaturas de congelación (8). En el Tratado de Patología y Clínica Médicas se considera que, para el factor "frío", el aspecto desencadenante sería la intervención de un virus que, activado por el frío, explicaría la forma estacional o epidémica (6).

Otra línea busca los orígenes en los factores genéticos, y al respecto M. Schwartz (1986) propone tales factores como base de una cierta susceptibilidad a esta enfermedad (15). Al parecer el campo que aparece como más fructífero es el que propone causas virales como determinantes de su aparición (6,8,10,11,12,17). En un estudio realizado por Y. Kamayama (1986) se encontraron anticuerpos positivos en pruebas serológicas de pacientes con parálisis de Bell, en un porcentaje importante (12). Los virus infecciosos principalmente eran herpes simple, herpes zoster y citomegalovirus (5,13).

La parálisis de Bell es la más frecuente de las parálisis faciales, llegándose a considerar que constituye el 70 o el 75% de todas ellas (6,8,10,16). Ocurre en todas las edades (5,6,10) pero es más común entre los 20 y 50 años (10), sin preferencia por uno u otro sexo (5). Puede repetir, ya sea en el mismo lado, ya en el lado opuesto (5,10).

Entre los signos y síntomas presentes en la parálisis facial se encuentra la sensación de rigidez muscular. Los inicios son generalmente molestias vagas por uno o dos días alrededor de la oreja, y bruscamente hay asimetría facial (6) sin evidencia de enfermedad neurológica (8). Al sonreír, los músculos faciales inferiores se van al lado opuesto y la saliva y los alimentos se acumulan en el lado paralizado. El ojo no puede cerrarse completamente y, si se intenta, hay desviación del globo ocular hacia arriba y ligeramente hacia adentro (conocido como signo de Bell). También está abolido el movimiento corneal por la parálisis del párpado superior, y si la cuerda del tímpano queda afectada, hay una disminución de la secreción salival y pérdida del sentido del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua (5).

El diagnóstico de la parálisis facial se hace por medio del estudio sistemático de la motilidad facial, que consiste en pedirle al paciente que frunza la frente, cierre los ojos, arrugue la nariz, silbe, muestre los dientes, sonría, guste soluciones y contraiga el cuello (6,11). Las características generales presentes en la parálisis facial periférica son: paresia motora, hiperacusia, disminución en la secreción lagrimal y salival y perturbación de la sensación gustativa.

En la valoración de la parálisis facial se toman en cuenta los siguientes aspectos:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <u>1.</u> Arrugar la frente       | Se forman pliegues transversales en la mitad del lado sano y apenas se forman en el lado afectado.  |
| <u>2.</u> Apertura palpebral      | Es mayor en el lado afectado en reposo por la parálisis del orbicular de los párpados. Hay movimiento fisiológico de elevación del globo ocular durante el acto de cerrar los ojos (signo de Bell).   |
| <u>3.</u> Contracción superciliar | No se forma el pliegue del entrecejo en el lado paralizado.   |
| <u>4.</u> Mirada hacia arriba     | No hay contracción del músculo frontal en el lado afectado. El globo ocular se eleva más que el sano.   |
| <u>5.</u> Inspiración fuerte      | En vez de elevarse se deprime el ala de la nariz.   |
| <u>6.</u> Buccinador              | Desviado hacia el lado sano, donde aparece más elevado. Se acentúa al hablar, comer o sonreír. Al abrirse la boca, ésta adquiere contorno oval. Hay incapacidad para hinchar el carrillo, silbar o soplar, escapándose el aire por la comisura enferma. |
| <u>7.</u> Cutáneo del cuello      | No se contrae. Se pide al paciente que abra con fuerza la boca, mientras que el médico se opone a ello con su mano.   |
| <u>8.</u> Reflejo conjuntival     | Abolido.  |
| <u>9.</u> Tono muscular           | Abolido. Flaccidez del lado enfermo.  |
| <u>10.</u> Electromiografía       | Respuestas normales según la intensidad de la lesión  |

El pronóstico es generalmente bueno: en la mayoría de los casos se logra recuperación parcial o total, y en el caso de que la recuperación sea parcial pueden aparecer contracturas en el lado paralizado (5,10,13). La recuperación se logra en el término de una semana a seis meses, pero cuando hay degeneración del nervio, ésta no empieza sino hasta casi los tres meses y se necesita un año o más para una recuperación incompleta (5,6,10,13).

La evaluación de los resultados terapéuticos no es fácil porque no puede predecirse el valor de la recuperación espontánea; el tratamiento tiende a prevenir futuros trastornos degenerativos, pero aún no se ha establecido un tratamiento óptimo, combinándose generalmente el tratamiento farmacológico con el de rehabilitación, consistente este último en la aplicación de calor profundo, estímulos eléctricos y masaje a las zonas afectadas, así como la reeducación muscular frente al espejo. En cuanto al tratamiento farmacológico, Fujita (1985) en un experimento con cerdos de guinea con parálisis facial experimental provocada por compresión del VII par extratemporal encontró que la inyección de hormona esteroide era muy efectiva solo en algunos casos, mientras que la de metilcobalamina fue moderadamente efectiva en todos los casos, lográndose que la enfermedad revirtiera en el término de 2 a 3 semanas (18).

REFERENCIAS DEL CAPITULO 5.

- (1) Thompson, R.F. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA FISIOLÓGICA. Ed. Trillas. México, 1982.
- (2) Testut y Latarjet. COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA. Reimpresión 1976. 22ª ed. española. Salvat Editores. España.
- (3) Nava Segura, J. NEUROANATOMIA FUNCIONAL (Síndromes neurológicos). Ed. José Nava Segura. 17ª ed. México, 1976.
- (4) Netter, F.H. THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS Vol. I: Nervous System. U.S.A., 1977.
- (5) Merritt, H. NEUROLOGIA. 1ª ed. Edit. Francisco Méndez Oteo. México, 1965.
- (6) Pons. TRATADO DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS. T. IV. Enfermedades del Sistema Nervioso. Neurosis y Medicina Psicosomática. Salvat Editores. México, 1971.
- (7) Robbins, S.L. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Ed. Interamericana. México, 1975.
- (8) Díaz, M.A. Tesis Profesional "Parálisis facial periférica. Estado actual". Esc. de Medicina. U.A.P. Puebla, 1978.
- (9) Fustioni, O. SEMIOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO. Ed. El Ateneo. Argentina, 1981.
- (10) Chusid, J.G. NEUROANATOMIA CORRELATIVA Y NEUROLOGIA FUNCIONAL. Edit. Manual Moderno, México, 1980.
- (11) Monumenthaler, M. NEUROLOGIA. Salvat Editores. España, 1981
- (12) Kamayama, Y. y otros. "Prognosis and viral infection in facial paralysis". OTOLARYNGOLOGY. Tokio. 58(3)1986: 175-181.
- (13) González, M.R. TRATADO DE REHABILITACION FISICA. 3a. ed. Edit. Científica Médica. Barcelona, 1976.
- (14) Bonilla, G.M. Tesis Profesional. "Parálisis Facial". Esc. de Medicina. U.A.P. Puebla, 1978.

- (15) Schwartz, M., Tewari, J.L. y Dale, H.R. "Bells Palsy and H-LA-DR. (ABS) ARCH. OTOLARYNG. HEAD NECH. SURG. 1986.
- (16) Hernández, V.G., y Abud, G.G. ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. XXXI(2)1986:65.
- (17) Toyoda, K., y Masayoshi, T. "Sixteen cases of soft palate paralysis". (ABST). PRACT. OTOL KYOTO. 79(3)1986:421-426.
- (18) Fujita y otros. "Experimental assessment of combined treatment with steroid and methylcobolamin". (ABS). PRACT. OTOL. Kyoto. 78(12)1985:2883-2890.

**CAPITULO 6****PRESENTACION DE LA INVESTIGACION, RESULTADOS Y DISCUSION.****6.1. Presentación de la investigación.****6.1.1. Introducción.**

El objetivo de esta investigación fue valorar los rasgos de personalidad específicos que pudieran estar presentes en aquellas personas que presentan parálisis facial de Bell, y que posiblemente pudieran ser considerados como factores en cierto modo precipitantes de esta patología, si tomamos en cuenta, como se ha analizado a lo largo de este trabajo, que se han identificado algunas variables de personalidad asociadas a la ocurrencia de algunas enfermedades.

Se trata de un trabajo preliminar que no pretende haber abordado todas las posibles variables implicadas, pero que trata de hacer patente, por medio de la descripción de algunos rasgos de personalidad, que podría existir un patrón específico de ésta que pudiera estar asociado a la patología.

**6.1.2. METODO.****6.1.2.1. Planteamiento del problema.**

¿Existen diferencias en algunos rasgos de personalidad entre las personas con parálisis facial de Bell, con respecto

a los de otras enfermedades y también con respecto a la población llamada "normal".

### 6.1.2.2. Variables.

La variable dependiente está constituida por la presencia o no de parálisis facial de Bell.

La variable independiente considerada es la personalidad, definida por los 16 factores de personalidad descritos por R.B. Cattell en su Inventario 16FP, así como el grado de ansiedad, tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo, definidas en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberg-Díaz Guerrero.

### 6.1.2.3. Hipótesis.

Hipótesis nula: no existen diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los rasgos de personalidad del 16FP y los estados de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de pacientes con parálisis facial de Bell y aquellos de otras enfermedades, así como tampoco con respecto a la población llamada "normal".

Hipótesis alterna: existen diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los rasgos de personalidad del 16 FP y la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, de pacientes con parálisis facial y aquellos de otras enfermedades, así como también con respecto a la población llamada "normal".



6.1.2.4. Sujetos.

La muestra estuvo constituida por 31 sujetos distribuidos en tres grupos de la siguiente manera:

Grupo 1:

Formado por 12 sujetos, 2 hombres y 10 mujeres, con un rango de edades entre 16 y 60 años y una media de 31.6 años. Se formó con pacientes diagnosticados con parálisis facial de Bell o idiopática, que acudieron a recibir tratamiento de rehabilitación en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Puebla. Su participación fue voluntaria y se captó a todos los pacientes que acudieron entre el 15 de enero y el 9 de septiembre de 1987.

Grupo 2.

Formado también por 12 sujetos, 4 hombres y 8 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 21 y 61 años, con una media de 33.66. La selección de los sujetos a este grupo estuvo en cierto modo determinada por las características del grupo 1 (Parálisis facial), buscándose que en general fuera similar en cuanto a edad, posición socioeconómica, ocupación y nivel académico. Estos sujetos no presentaban ninguna enfermedad de tipo médico, pero no se valoraron aspectos como la salud mental o el tratamiento actual o pasado psicológico o psiquiátrico. Su participación fue voluntaria y se le denominó

"normal".

### Grupo 3.

Compuesto por 7 sujetos: 3 mujeres y 4 hombres, con edades entre 22 y 39 años y una media de 32.28. Las características socioeconómicas y culturales no difieren de las de los otros dos grupos. Se trataba de pacientes del mismo piso de Rehabilitación en el Hospital Universitario, cuyas enfermedades variaban entre sí, pero que en algunos casos eran irreversibles. El método de selección al grupo consistió en escoger al último de la lista diaria apuntado para tratamiento de rehabilitación, ya que generalmente estos pacientes disponían de más tiempo para participar en la investigación. Su colaboración fue también voluntaria y todos los sujetos invitados aceptaron. A este grupo se le denominó "pacientes en rehabilitación".

#### 6.1.2.5. Escenario.

Para la aplicación de los instrumentos al grupo No. 1, "parálisis facial", se contó con un cubículo adecuadamente instalado, con escritorio y sillas, así como suficientemente aislado de ruidos e interrupciones en el Piso de Rehabilitación del Hospital mencionado. Dentro de este mismo escenario se trabajó con el grupo No. 3, "pacientes en rehabilitación", aunque en otro cubículo menos adecuado, que contaba únicamente

de una mesa circular baja y dos sillas infantiles. En este cubículo las condiciones no eran muy adecuadas, por la cercanía con la sala de tinas, habiendo mayor ruido y calor. El escenario para el grupo 2, "normal", fue generalmente el domicilio particular de los participantes y a diferentes horas del día, mientras que para los grupos 1 y 3 se realizó entre las 8:30 a.m. y las 12:00 horas.

#### 6.1.2.6. Material.

Para los tres grupos se utilizaron protocolos impresos de las pruebas 16 FP de Cattell e Idare, así como lápices y goma. Con el grupo No. 1, "parálisis facial", se utilizó además un protocolo impreso de entrevista estructurada para obtener la historia biográfica de los pacientes, extraída del modelo del Hospital Menninger, que incluye: descripción general del problema, relato de la enfermedad actual, historia familiar e historia del desarrollo.

#### 6.1.2.7. Procedimiento.

Se trató de un diseño de tipo clínico y objetivo descriptivo donde no hubo manipulación de variables. A todos los sujetos se les informaba que se trataba de una investigación dentro del Piso del hospital, solicitándoles su participación, pero sin detalles acerca del motivo de la misma. Se les explicó el procedimiento y se procedió con los instrumentos.

aplicando en primer término, para el grupo 1 (parálisis facial) la historia biográfica, que generalmente requería más de una sesión de una hora. Posteriormente se aplicaba el Idare y enseguida el 16FP, lo que requería otra sesión. Para los grupos 2 y 3 (normal y pacientes en rehabilitación, respectivamente), se aplicaba en primer término el Idare e inmediatamente después el 16FP; generalmente esto requirió únicamente de una sesión, que podía alargarse hasta una hora y media. El examinador generalmente abandonaba el cubículo una vez comprendidas perfectamente las instrucciones, dejando a los sujetos trabajar solos. Con el grupo 2 (normal), permanecía en el lugar de aplicación, pero dedicado a otras actividades para no interferir con las respuestas del examinado.

#### 6.1.2.8. Análisis de datos.

1.- Se llevaron a cabo, por separado, tres análisis de varianza (ANOVA):

a) Análisis de varianza de los datos combinados de las 16 variables del 16FP de los tres grupos bajo estudio.

b) Análisis de varianza de los datos combinados de los cuatro factores de 2º orden del 16 FP en los tres grupos. En este caso se utilizaron puntuaciones estén, ya que estos factores son extraídos de las puntuaciones estén de las 16 variables.

c) Análisis de varianza de los datos combinados del Idare.

2.- Una vez con el análisis de varianza preliminar, llevado a cabo para detectar la existencia de diferencias significativas entre los grupos y/o entre las variables, se procedió a un análisis post hoc con el método de Scheffé para buscar las diferencias específicas dentro de cada grupo y variable. Se realizó en la siguiente forma:

a) Contraste apareado entre grupos para cada variable bajo estudio del 16FP.

b) Contraste entre grupos apareados para cada uno de los cuatro factores de 2º orden del 16FP.

c) Contraste de grupos apareados para las dos variables del Idare.

### 6.2. Resultados.

La tabla 6.1. muestra las características demográficas de los tres grupos, apareciendo la media de la edad, el sexo, el grupo socioeconómico de pertenencia, la ocupación y el nivel académico.

En la tabla 6.2. se encuentran las medias y desviaciones estándar para cada una de las variables del 16FP en los tres grupos. En la tabla 6.3. aparecen estos mismos datos para los cuatro factores de 2º orden y en la tabla 6.4. para el Idare.

Las tablas 6.5., 6.6. y 6.7. muestran los respectivos

análisis de varianza para cada uno de los instrumentos.

Los contrastes post-hoc aparecen en las tablas 6.8., 6.9 y 6.10, respectivamente para cada instrumento.

En la tabla 6.11 se representan algunas de las características sobresalientes obtenidas a partir de la historia biográfica aplicada al grupo 1 (parálisis facial).

Por último, se incluye, en la fig. 6.1. el perfil conjunto de cada uno de los tres grupos, obtenido a partir de las puntuaciones estandarizadas individuales, y promediado.

### 6.3. Discusión.

Como puede observarse en la tabla 6.1., no hay diferencias importantes entre los grupos respecto a la media de edad.

Es difícil comparar las otras características demográficas de los grupos 1 y 2 (parálisis facial y normal), con respecto al grupo 3 (pacientes en rehabilitación), ya que éste solo estuvo formado por 7 sujetos, en lugar de 12 de las otras dos muestras.

En el grupo de parálisis facial hay una distribución bastante uniforme entre las ocupaciones, pero en el nivel académico se encontró una predominancia de profesionistas.

También hay equilibrio en cuanto al nivel socioeconómico. La clase alta no tuvo representación en la muestra porque en la institución donde se llevó a cabo la investigación se

atiende principalmente a poblaciones de clase media y baja, y probablemente los sujetos de clase alta con este tipo de enfermedad recurren primordialmente a consulta privada.

La tabla 6.2., que presenta gráficamente las medias y desviaciones estándar para cada variable del 16FP en los tres grupos nos muestra que las mayores desviaciones respecto a la media se encontraron en el grupo de parálisis facial en las variables C (estabilidad emocional) y F (impulsividad), señalando una mayor dispersión en los puntajes de este grupo. También en las variables del Idare (Tabla 6.4) el grupo de parálisis facial fue el que mostró la mayor variabilidad en cuanto a la ansiedad-estado, con una desviación estándar considerable.

Los datos correspondientes al análisis de varianza entre los tres grupos y para las variables del 16FP (Tabla 6.5) señalan diferencias estadísticamente significativas entre las variables y en la interacción grupo/variable, en ambos casos con probabilidad menor que .01

En el análisis de varianza de los factores de 2º orden del 16 FP (Tabla 6.6) se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto entre los grupos como entre las variables, ambas al nivel de probabilidad menor que .01 por lo que también se llevó a cabo el contraste post-hoc.

El análisis de varianza en el Idare (Tabla 6.7) arrojó

diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

La parte más importante de los análisis estadísticos, dado el número de variables que se manejaron, fue la de los contrastes, que buscaron determinar los rasgos o variables específicas en que hubo variaciones entre los tres grupos bajo estudio.

Una visión de conjunto a la Tabla 6.8, nos permite ubicar aquellas variables en que hubo diferencias entre los grupos, aunque no la dirección de la diferencia, para lo que es más apropiado observar la figura 6.1 que muestra los perfiles conjuntos de los tres grupos, y que describe la posición polar de cada variable, estando los puntajes bajos hacia la izquierda, los altos hacia la derecha y el promedio señalado por las líneas verticales que cubren los estenos 5 y 6.

El grupo de parálisis facial y el normal difirieron en las variables C (estabilidad emocional), F (emotividad) y O (conciencia), mostrando el grupo de parálisis facial menor estabilidad emocional (C-), mayor impulsividad (F+) y mayor propensión a la culpa (O+).

Los grupos de parálisis facial y pacientes en rehabilitación difirieron en las variables I (emotividad) y Q3 (autoestima), mostrando el grupo de pacientes en rehabilitación ser más realista y controlado (Q3+) y el de parálisis facial más emocionalmente sensible y dependiente (I+).

Por lo que hace a las diferencias entre el grupo normal



y el de pacientes en rehabilitación, se encontraron diferencias significativas en las variables C (estabilidad emocional) e I (emotividad), presentando el grupo normal mayor estabilidad emocional (C+), pero los pacientes en rehabilitación mayor realismo (I-).

Resumiendo, el grupo de parálisis facial mostró mayor sensibilidad emocional (I+) que los otros dos y menor control (Q3-) que el grupo de pacientes en rehabilitación. El grupo normal presentó mayor estabilidad emocional (C+) que los otros dos grupos, mayor sobriedad y retraimiento (F-) y más seguridad en sí mismos (O-) que en el grupo de parálisis facial. El grupo de pacientes en rehabilitación obtuvo las calificaciones más significativas en cuanto a realismo y severidad (I-).

En las restantes variables no hubo diferencias estadísticamente significativas, aunque es interesante destacar que si bien en este instrumento la variable Q4 (estado de ansiedad) no varió entre los grupos, como veremos más adelante sí lo hizo, y en forma importante, en los rasgos del Idare, sugiriéndose que, o están midiendo aspectos diferentes, o la prueba Idare discriminó mejor el tipo de ansiedad en los sujetos.

Un comentario acerca de esta variable es que se observó que en algunos sujetos del grupo de parálisis facial sus auto-descripciones de ansiedad, obtenidas en la historia biográfica, no correspondían a sus puntajes en el 16FP, mientras que sí eran consecuentes con el Idare.

Los factores de 2º orden del 16FP mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de parálisis facial y el grupo normal en el factor QS1 (introversión extra-versión), siendo el grupo de parálisis facial más tímido e inhibido (QS1-). QS2 (poca ansiedad-mucha ansiedad) reflejó más adecuadamente la variable ansiedad, encontrándose diferencias muy significativas entre el grupo normal y el de parálisis facial. Recordemos que estas puntuaciones se extraen a partir del resto de puntajes del Inventario, por lo que ciertas cuestiones dentro de las diferentes variables reflejan determinados rasgos de personalidad, pero también aspectos subyacentes que se han caracterizado como factores aún más fundamentales. QS3 (susceptibilidad-tenacidad) muestra diferencias significativas entre el grupo normal y el de pacientes en rehabilitación, pero no entre el normal y el de parálisis facial ni en el de parálisis facial y pacientes en rehabilitación, obteniendo éste último el mayor puntaje en tenacidad. QS4 (dependencia-independencia) no mostró diferencias significativas.

El análisis del Idare señala que tanto en la ansiedad-estado como en la ansiedad-rasgo hay diferencias significativas entre el grupo de parálisis facial y el normal, y entre el de parálisis facial y los pacientes en rehabilitación, pero no entre el normal y el de pacientes en rehabilitación. El grupo normal se mostró como el menos ansioso (Tabla 6.4.).

En este punto debe señalarse que se introdujo una varia-

ción en la aplicación del Idare en la modalidad ansiedad-estado para los sujetos de parálisis facial. Aunque el paso del tiempo es una variable que se presta a que el sujeto sufra distorsiones en el recuerdo de sus cogniciones, aún si se refieren a unos cuantos días, era importante tratar de distinguir la ansiedad previa a la aparición de la parálisis facial de la que podía presentarse a consecuencia de ésta, ya que uno de los puntos que trataban de constatarse era la existencia de niveles altos de estrés anteriores que pudieran considerarse posibles factores intervinientes que alteraran el sistema inmunológico de los sujetos. Por esta razón, se les dio la instrucción -solamente a ellos-, de que no respondieran a cómo se sentían en el momento de la aplicación del inventario (SXE), sino que recordaran cómo se sentían el día anterior a la aparición de la parálisis facial o los días anteriores inmediatos. En casi todos los casos la aplicación del inventario ocurría solo de 1-3 días después de la aparición de la enfermedad. Para la ansiedad-rasgo (SXR) el procedimiento fue el normal.

La observación de ambas variables dentro de cada grupo nos lleva a considerar que, si tomamos como ciertos los reportes dados por los sujetos respecto a su estado previo a la presentación de la parálisis facial, puede considerarse que se encontraban en una situación de alta ansiedad. Sus puntajes se colocan en el percentil 80 en ansiedad-estado y percen-

til 62 en ansiedad-rasgo, lo que nos indica que aunque estas personas se encuentran generalmente ansiosas, hubo un aumento de ansiedad antes de su problema médico. La Tabla 6.11 muestra que por lo menos en cuanto a la variable "empleo", la mayoría de los sujetos pasaban por situaciones de estrés, y aunque no aparecen en la tabla, por la dificultad para su categorización, también la mayoría refería diferentes situaciones existenciales motivadoras de ansiedad para ellos.

Los puntajes del grupo normal en ansiedad-estado se encuentran ligeramente por encima del promedio para su grupo correspondiente debido probablemente a la situación de prueba o a circunstancias no investigadas; los puntajes en ansiedad-rasgo se mantienen, sin embargo, en el promedio para su grupo de referencia.

En el grupo de pacientes en rehabilitación se encuentran puntuaciones muy similares en ambos rasgos, y la comparación con su grupo normativo muestra que sus puntajes corresponden a un percentil 48 para la ansiedad-estado y un percentil 46 para la ansiedad-rasgo, indicándonos que la situación de prueba no fue causante de ansiedad y que, a pesar de las enfermedades de algunas de estas personas, sus puntajes caen en lo normal para su grupo de referencia, lo que contrasta notablemente con el grupo de parálisis facial, patología que es generalmente reversible. Desde luego, al modificar la aplicación del inventario para la ansiedad-estado lo que se midió al grupo

de parálisis facial fue la ansiedad previa y no la actual, y hubiera sido adecuado presentar también ésta para mejores comparaciones.

El abordar separadamente los tres instrumentos quizá ocasiona una falta de visión de conjunto. ¿Qué características generales mostró el grupo de parálisis facial?. Debemos recordar que este trabajo no planteó explicaciones dinámicas, sino meramente una descripción de rasgos que, obviamente, es incompleta. De acuerdo al perfil obtenido, puede categorizárseles como personas volubles, de baja estabilidad emocional (C-), que están inconformes con su vida, su salud y los estándares sociales (G-); sienten no poder enfrentar las dificultades, son tensas, frustradas y malhumoradas (Q4+, SXE, SXR). Son además inseguras y necesitadas de ayuda y simpatía (I+, QS3-) y en ocasiones actúan impulsiva e indisciplinadamente (Q3-), atormentándose y preocupándose con sentimientos de culpa por sus acciones (O+). Son más bien tímidos en sus contactos interpersonales (QS1-), cautelosos y sensibles, pero fácilmente desanimados (QS3-).

Pueden considerarse también como personas con una larga historia de síntomas de nerviosismo (Tabla 6.11) en la forma de síntomas neuróticos, y cuyas relaciones familiares han sido generalizadamente tensas y aún agresivas.

CONCLUSIONES.

Los hallazgos de la presente investigación, sin poder ser considerados como determinantes, permiten al menos llegar a la conclusión de que al parecer si hay algunas diferencias importantes dentro de las personas que presentan parálisis facial, con respecto a las del grupo normal y aún con respecto a otro tipo de pacientes. Sus rasgos de personalidad no son posiblemente los más adecuados para enfrentar situaciones estresantes. Las diferencias encontradas se ubicaron precisamente en aquellos rasgos o factores que Cattell considere signos de "neuroticismo" y que, apoyados además en los factores de 2º orden, coinciden con la "neuroticidad" de que habla Eysenck.

Este estudio preliminar puede sugerir nuevas investigaciones más completas y controladas, discutiéndose aquí algunos problemas encontrados y las alternativas propuestas:

La dificultad más importante en este estudio, para poder lograr generalizaciones, es el tamaño tan reducido no solo del grupo de parálisis facial, sino también de los otros grupos de comparación. Estudios más amplios podrían confirmar estos hallazgos, pero los resultados aquí obtenidos podrían ser el medio de lograr mayor apoyo de otras instituciones.

En otros aspectos, las menciones espontáneas del grupo

de parálisis facial respecto a que la posible causa de su enfermedad fuera "nerviosa" puede haber sido resultado de las sugerencias del médico que había hecho el diagnóstico, así como del fenómeno de "halo" por parte del investigador, ya que no fue un estudio ciego y en todo caso estos pacientes podían haber ya estado predispuestos a identificar un origen "nervioso" para su enfermedad. Sin embargo, los instrumentos aplicados no tienen referencias a tal o cual enfermedad y están midiendo rasgos generales de personalidad que se suponen más o menos estables a lo largo del tiempo y no alterados tan automáticamente a partir de una patología orgánica que generalmente es considerada reversible; lo que se quiere decir con esto es que sería difícil que, a causa de la parálisis, estos pacientes tuvieran cambios profundos en sus rasgos de personalidad, que fueran los que reflejaron en el 16FP.

La historia biográfica parece no haber sido el instrumento más adecuado para constatar la existencia de estresores previos a la enfermedad, ya que aunque abarca una amplia gama de aspectos, no se ubica en una búsqueda específica y es de muy larga aplicación, extendiéndose tanto como el entrevistado se explye en puntos específicos de la información que proporciona. Por esto se sugiere que futuras investigaciones centren mejor los objetivos, quizá con otros instrumentos ya existentes para evaluar eventos de vida.

Si este estudio lleva a confirmaciones futuras, podrían diseñarse estrategias de tratamiento en la prevención de recaídas y, aún más, evaluar hasta qué punto el aprendizaje de nuevos modos de enfrentamiento a las situaciones estresantes es una variable importante en la recuperación.

¿Cómo podría enlazarse la parálisis facial con la medicina psicosomática? Los estudiosos de este campo consideran todos aquellos factores no solo que "inciden" sobre la persona en salud y enfermedad, sino que realmente interactúan con ella en todo momento. Los datos de las pruebas aplicadas señalan la posible existencia de ciertos rasgos de personalidad que, en circunstancias dadas (por ejemplo en situaciones estresantes continuas), pueden ser inadecuados para enfrentar tales situaciones. Por otro lado, la fisiología ha mostrado que este tipo de situaciones disparan todo un conjunto de respuestas fisiológicas (como sería la reducción de las respuestas inmunológicas). Si los tres factores están presentes en un momento dado (estrés-rasgos de personalidad-respuesta fisiológica), bien puede presentarse una parálisis facial.

La confirmación fundamentada de estas suposiciones permitiría un abordaje más adecuado hacia esta patología; solo con estudios controlados y amplios será aceptado abiertamente por el campo de la salud que existe una relación entre factores interpersonales, medioambientales y la salud misma, y en la



medida en que los estudios científicos emanados de la psicología amplíen esta comprensión, podrá decirse que nuestra disciplina es fuente de datos para otras esferas del conocimiento y la nuestra propia, que se enriquecen para el bienestar del ser humano.

TABLA 6.1.

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Edad	Media	31,58	33,66	32,88
	Sexo			
	Masculino	2	4	4
	Femenino	10	8	3
Ocupación	Técnico	1	5	5
	Hogar	4	4	1
	Profesionista	3	1	0
	Estudiante	3	2	0
	Campesino	1	2	1
Nivel Socioeconómico	Bajo	3	2	4
	Medio Bajo	4	5	3
	Medio alto	5	5	0
Nivel Académico	Primaria	3	2	3
	Secundaria	2	2	0
	Técnico o Prep.	1	5	4
	Profesional	6	3	0

TABLA 6.2

**MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL 16FP**

V	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
A	11,33	2,93	9,17	2,41	11,42	4,61
B	5,5	2,19	5,92	3,50	5,00	2,31
C	13,58	14,79	18,08	4,52	13,86	5,58
E	11,08	3,17	9,5	3,63	10,00	1,41
F	12,58	11,44	9,33	5,41	11,6	4,79
G	11,25	3,86	11,67	8,87	12,57	2,22
H	12,92	6,34	12,00	5,58	14,14	7,27
I	13,33	2,77	13,25	3,11	9,43	5,0
L	10,5	2,50	8,92	3,4	11,28	3,04
M	11,33	3,91	11,25	3,67	10,57	2,82
N	9,83	3,3	11,75	3,22	9,71	2,75
O	12,66	3,72	9,5	4,19	11,00	4,55
Q1	7,58	3,48	8,0	3,62	7,14	3,29
Q2	10,92	2,61	11,08	3,8	11,14	3,58
Q3	10,42	4,23	12,25	3,31	14,14	2,19
Q4	14,08	4,46	11,92	4,8	12,28	2,36

TABLA 6.3.

## MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LOS FACTORES SECUNDARIOS

V	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
Q51	4,16	1,64	5,64	1,82	5,34	2,07
Q52	5,59	2,30	7,57	1,88	6,5	1,99
Q53	4,52	1,91	5,23	2,07	6,53	0,89
Q54	4,44	1,72	5,38	1,27	4,86	2,17

TABLA 6.4.

## MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL TONJE

V	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
SIE	51,75	12,73	38,16	9,07	42,57	3,99
SIR	45,48	8,00	38,75	8,66	40,43	5,83

TABLA 6.5.

## ANÁLISIS DE VARIANZA DEL 16 FP

FUENTE	SC	gl	CM	F
A (Grupos)	54,57	2	27,287	1,105
B (Variables)	1974,31	15	131,620	5,329 *
AB (Interacción)	847,84	15	56,523	2,288 *
Entre	2876,72	45	63,927	2,588 *
Intre	10348,746	419	24,699	
TOTAL	13225,465	496		

\* P &lt; 0,01

Valores redondeados a tres decimales

TABLA 6.6.

ANÁLISIS DE VARIANZA DE LOS FACTORES SECUNDARIOS

FUENTE	SC	gl	CM	F
A (Grupos)	47,561	2	23,780	6,811 *
B (Variables)	53,680	3	17,887	5,123 *
AB (Interacción)	14,888	3	4,966	1,422
Entre	116,119	9	12,902	3,695
Intra	373,594	107	3,491	
TOTAL	489,713	124		

\*  $P < .01$ 

Valores redondeados a tres decimales

TABLA 6.7

ANÁLISIS DE VARIANZA DEL IDARE

FUENTE	SC	gl	CM	F
A (Grupos)	1088,698	2	544,349	6,623
B (Variables)	107,511	1	107,511	1,308
AB (Interacción)	138,769	1	138,769	1,688
Entre	1334,979	3	444,993	5,414 *
Intra	4529,657	55	82,194	
TOTAL	5865,636	62		

\*  $P < .01$ 

Valores redondeados a tres decimales.

TABLA 6.8

## CONTRASTE POST-HOC ENTRE GRUPOS APRENDIDOS PARA EL MFP

V	Qpo. 1/ Qpo. 2	Qpo. 1/ Qpo. 3	Qpo. 2/ Qpo. 3
A	.877	.002	.916
B	.043	.046	.151
C	4.915 *	.014	3.180 *
E	.806	.208	.146
F	2.564 *	.182	.886
G	.041	.311	.148
H	.205	.886	.878
I	.001	2.716 *	2.806 *
L	.806	.109	.996
M	.001	.103	.083
N	.886	.002	.743
O	2.439 *	.498	.402
Q1	.043	.035	.132
Q2	.006	.009	.001
Q3	.813	2.471 *	.638
Q4	1.132	.578	.023

\*g<sub>1</sub> = 15/419

F=1.675 (P&lt;.05)

F=2.05 (P&lt;.01)

TABLA 6.9.

## CONTRASTE POST-HOC ENTRE GRUPOS APRENDIDOS, FACTORES SECUNDARIOS.

V	Qpo. 1/ Qpo. 2	Qpo. 1/ Qpo. 3	Qpo. 2/ Qpo. 3
Q51	3.781 *	.113	1.777
Q52	6.703 *	1.440	1.046
Q53	.882	2.124	5.083 *
Q54	1.584	.380	.218

\* g<sub>1</sub> = 3/107

F= 2.70 (P&lt;.05)

F= 2.89 (P&lt;.01)

TABLA 6. 10

COMPARTE POST-HOC ENTRE GRUPOS APAREADOS PARA EL IDME

	V Gpo. 1/ Gpo. 2	Gpo. 1/Gpo. 3	Gpo. 2/ Gpo. 3
SIE	38,432 *	15,049 *	2,089
SIR	8,2487 *	4,735 *	,083

\*  $g^2 = 1/95$   
 $F = 4,02$  (P<.05)  
 $F = 7,12$  (P<.01)

TABLA 6. 11

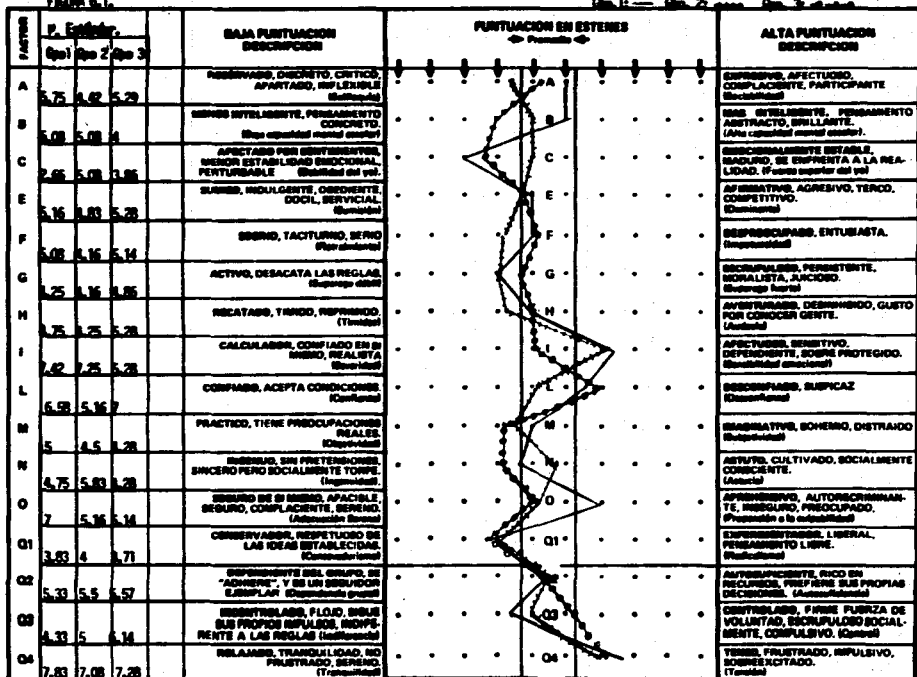
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GPO. 1 EN LA HISTORIA BIOMÉDICA

Infancia	Crianza	En el hogar	6
		Con parientes	6
	Relaciones con el padre	Buenas	3
		Tensas	9
	Relaciones con la madre	Buenas	5
		Tensas	7
Disciplina en el hogar	Flexible	4	
	Rígida	8	
Agresividad en la familia	Reprimida	2	
	Reactiva	3	
	Abierta	5	
	Ninguna	2	
Adolescencia	Síntomas de nerviosismo	Sí	8
		No	4
	Síntomas neuróticos	Presentes	8
		Ausentes	4
Adultos	Síntomas	Depresión	4
		Aparición	3
		Inseguridad	0
		Ninguno	5
	Empleo	Con problemas	9
	Sin problemas	3	

FIGURA 6.1.

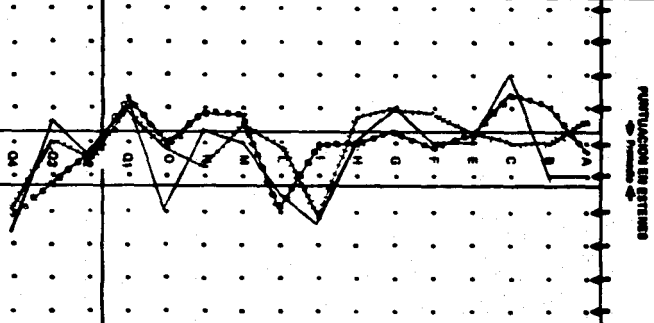
PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 PP

Gr. 1 — Gr. 2 — Gr. 3 — Gr. 4



El eje 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 es el número de ítems  
 de 2.5 a 12.5 de ítems

L. Puntaje	(Pa) Pa. 2 Pa. 3	BATA PUNTAJACION DESCRIPCION	PUNTAJACION EN ESTERIOS										ATA PUNTAJACION DESCRIPCION		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
10	10	RESISTENCIA, DUREZA, CORTES, AFATADO, MEX LERNA													CONSERVACION, AERACION, COMFORT, ACORTES, MANTENIMIENTO
9	9	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													SEAL WITH SHIRT, PUNJAMENTO
8	8	ALTERNOS FOR BEST THERM, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
7	7	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
6	6	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
5	5	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
4	4	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
3	3	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
2	2	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
1	1	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO
0	0	ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO													ARMED WITH SHIRT, PUNJAMENTO



El orden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en decenas por el 20% 20% 20% 20% 20% 20% 20% 20% 20% 20% de las



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abdel-Khalek y otros. "The factorial structure of the 16FP and EPO in egyptian samples. A preliminary study" PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(1)1986:65-72
- 2.- Ader, R. "The brain: the little black box for the body's defenses". PSYCHOLOGY TODAY. 15(8)1981:92
- 3.- Alexander, F. PSYCHOSOMATIC MEDICINE. W.W.Morton & Co. N. York, 1950
- 4.- Anderson, A. "How the mind heals". PSYCHOLOGY TODAY. 16(12)1982:51-56
- 5.- Bernard, P.H. y Brisset, Ch. TRATADO DE PSIQUIATRIA. 2a. ed. Edit. Toray Masson, S.A. Barcelona, 1971
- 6.- Bolles, R.C. TEORIA DE LAS MOTIVACIONES (Investigación experimental y evaluación). Ed. Trillas. México, 1974
- 7.- Bonilla, G.M. Tesis Profesional. "Parálisis Facial". Esc. de Medicina, U.A.P. Puebla, 1978
- 8.- Boyle, G.J. "Intermodality superfactors in the Sixteen Personality Factor Questionnaire, Eight state Battery and Objective Motivation Analysis Test". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(44)1986:583-586
- 9.- Carpenter, E. "Of rats and men". PSYCHOLOGY TODAY 19(7)1985
- 10.- Cattell, R.B. EL ANALISIS CIENTIFICO DE LA PERSONALIDAD. Ed. Fontanella. Barcelona, 1972
- 11.- Cattell, R.B. "Cattell's Factor Theory" en: Lindzey, H. THEORIES OF PERSONALITY. Section IX. 2ª ed. por Lindzey H. N. York, 1973
- 12.- Chusid, J.G. NEUROANATOMIA CORRELATIVA Y NEUROLOGIA FUNCIONAL. 17ª edic. Edit. Manual Moderno. México, 1980
- 13.- David, R.D. "On the biological determination of personality structure". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES 7(33)1986
- 14.- De la Fuente, M. PSICOLOGIA MEDICA. XXIª reimp. F.C.E. México, 1983

- 15.- Dfaz, D.M. Tesis Profesional. "Parálisis facial periférica. Estado actual". Esc. de Medicina, U.A.P. Puebla, 1978
- 16.- Dimsdale, J.E. "Generalizing from studies to field studies of human stress". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 46(5)1984:463-469
- 17.- Downie, N.M. y Heath, R.W. METODOS ESTADISTICOS APLICADOS. Ed. Harla, México, 1973
- 18.- Dunbar, F.H. EMOTIONS AND BODILY CHANGES. 4ª ed. Columbia University. N. York, 1954
- 19.- Ficková, E. "Personality profile of asthmatics in Cattell's 16 Inventory (ruso). STUDIA PSYCHOLOGICA. (Abs). 22(4)1980 306-310
- 20.- Fishman, S.M. y Sheehan, D.V. "Anxiety and panic: their cause and treatment". PSYCHOLOGY TODAY. 19(4)1985
- 21.- Fonberg, E. "Control of emotional behaviour trough the hypothalamus and amigdaloid complex". SIMPOSIUM ON PHYSIOLOGY, EMOTIONS AND PSYCHOSOMATIC ILLNESS. Ciba, Amsterdam Associated Scientific Publishers, Londres, 1972
- 22.- Fraisse, P. y Piaget, J. HISTORIA Y METODO DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. Ed. Paidós, Argentina, 1972
- 23.- Frankenhaeuser, M. "Experimental approaches to the study of human behaviour as related to neuroendocrine functions" en: SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Vol. I. Ed. Lennart Levy. London Oxford University Press. N. York, 1971
- 24.- Frederick, J. "Age, stressors and psychosomatic disorders" PSYCHOSOMATICS. 21(1)1980
- 25.- Fujita y otros. "Experimental assessment of combined treatment with steroid and methylcobolamin". (Abs). PRACT. OTOL. KYOTO. 78(12)1985
- 26.- Fustini, O. SEMIOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO. Ed. El Ateneo, Argentina, 1981
- 27.- GRAN ENCICLOPEDIA DEL MUNDO. T.10 Ed. Durván, S.A. Bilbao, 1963
- 28.- González, M.R. TRATADO DE REHABILITACION FISICA. 3a. ed. Ed. Científica Médica. Barcelona, 1976.

- 29.- Lindzay, H. LAS GRANDES TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Cap.1 Ed. Paidós. Argentina.
- 30.- Heide, F.J. "Relaxation: the storm before the calm". PSYCHOLOGY TODAY. 19(4)1985:18
- 31.- Hernández, V.G. y Abud, G.G. ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. 31(2)1986
- 32.- Iversen, L.K. "The chemistry of the brain". SCIENTIFIC AMERICAN (The brain). Sept. 1979
- 33.- Jenkins, D.C. "New horizons for Psychosomatic Medicine". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 47(1)1985:3-25
- 34.- Kagan, A. "Epidemiology and society. stress and disease". en: SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Vol.I. Cap. V. Lennart Levy Oxford University Press. N. York, 1971
- 35.- Kamayama, Y. y otros. "Prognosis and viral infection in facial paralysis". (Abs) OTOLARYNGOLOGY. Tokio. 58(3)1986:175-181
- 36.- Kiecolt, J. "Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency and loneliness in psychiatric inpatients". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 46(1)1984:15-23
- 37.- Kirton, M.J. y De Ciantis, S.M. "Cognitive style and personality: the Kirton adaption-innovation and Cattell's Sixteen Personality Factor Inventories". PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. 7(2)1986
- 38.- Lawrence, P. PERSONALITY. Cap. 1
- 39.- Levy, L.R. CONCEPTIONS OF PERSONALITY: THEORIES AND RESEARCH. Random House. N. York, 1970
- 40.- Lazarus, R.S. "The concepts of stress and disease". en: SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Vol.1 Cap. VII. Lennart Levy Oxford University Press. N. York, 1971
- 41.- Magni, G. y otros. "Personality profiles of patients with duodenal ulcer". THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 143(10)1986:1297-1299
- 42.- Maier, S.F. "Stress and health: exploring the links". PSYCHOLOGY TODAY. 19(8)1985
- 43.- Malcolm, R.P. y otros. "The influence of the psyche and the brain in immunity and disease susceptibility. A critical review. PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 41(2)1979

- 44.- MANUAL E INSTRUCTIVO PARA EL 16FP DE R.B. CATTELL. Ed. Manual Moderno. México, 1980
- 45.- Margolín, S.G. en: Deutsch, F. PSYCHOSOMATIC CONCEPT IN PSYCHOANALYSIS. International Universities Press, Inc. N. York, 1953
- 46.- Marx, M.H. y Hillix, M.A. SISTEMAS Y TEORIAS PSICOLOGICAS CONTEMPORANEAS. Ed. Paidós. Argentina, 1976
- 47.- Meissner, W.W. "Family and psychosomatic medicine". PSYCHIATRIC ANNALS. 1(2)1980
- 48.- Merrit, H. NEUROLOGIA. 1ª ed. Edit. Francisco Méndez Oteo. México, 1965
- 49.- Mischel, W. INTRODUCTION TO PERSONALITY. Reinhart & Winston, Inc. N. York, 1971
- 50.- Momumenthaler, M. NEUROLOGIA. Salvat Editores. España, 1981
- 51.- Morse, R.D. STRESS FOR SUCCESS. Van Nostrand Reinhold Co. N. York, 1979
- 52.- Nava, S.J. NEUROANATOMIA FUNCIONAL (Síndromes neurológicas). ed. por José Nava Segura. 7ª. ed. México, 1976
- 53.- Netter, F.H. THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS. Vol.1(Nervous System). U.S.A., 1977
- 54.- Pichot, P. "Cuantificación de psicológica stress responses". en: "SOCIETY, STRESS AND DISEASE. Ed. Lennart Levy Oxford University Press. N. York, 1971
- 55.- Pick, S. COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. Ed. Trillas México, 1980
- 56.- Plutchick, R y otros. "Emotions, personality and life stress in asthma". JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH. 22(5)1978
- 57.- Pons. TRATADO DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS. T.IV (Enfermedades del Sistema Nervioso. Neurosis y Medicina Psicosomática). Salvat Editores. México, 1971
- 58.- Ransom, S.M. y Clark, S.L. ANATOMIA DEL SISTEMA NERVIOSO. ed. Interamericana. México, 1963.

- 59.- Rees, W.L. "Etiological factors in asthma". PSYCHIATRIC JOURNAL OF THE UNIVERSITY OF OTTAWA. 5(4)1980
- 60.- Reuchlin, M. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA. 5a. ed. Ed. Paidós Argentina, 1973
- 61.- Roberts, N.S. y otros. "Psychological factors associated with disability in arthritis". PSYCHOSOMATIC RESEARCH. 30(2)1980
- 62.- Robins, S.L. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Ed. Interamericana. México, 1975
- 63.- San Martín, H. SALUD Y ENFERMEDAD. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1984
- 64.- Schmidt, D. "Stress as a precipitant factor in subjects with recurrent herpes labialis". (Abs) JOURNAL OF FAM. PRACTICE. 20(4)1985
- 65.- Schmidt, F. y otros. "An empirical assessment of the migraine personality type". JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH 30(2)1982
- 66.- Silver, P. y otros. "Psychological factor in recurrent genital herpes infection. Stress, coping style, social support, emotional disfunction and symptom recurrence". JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH. 30(2)1982
- 67.- Smirnov, L. y otros. PSICOLOGIA. Tratados y Manuales Grijalbo. México, 1975
- 68.- Stark, E. "High cholesterol stress". PSYCHOLOGY TODAY. 17(10)1983
- 69.- S.E. "Losing hope and surviving cancer". PSYCHOLOGY TODAY. 17(11)1983
- 70.- Testut y Latarjet. COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA. 22ª ed. española. Salvat Editores. España, 1976
- 71.- Thompson, E.F. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA FISIOLÓGICA. 7ª reimpresión. Ed. Trillas. México, 1982
- 72.- Tobeña, P.A. "Ansiedad: mecanismos psicofisiológicos y su relación con los trastornos psicósomáticos". en: MEDICINA PSICOSOMÁTICA (Bases psicológicas y fisiológicas). Cap. 3. Ed. Trillas. México, 1983

- 73.- Toyoda, K. y Masayoshi, T. "Sixteen cases of soft palate paralysis". (Abs). PRACT. OTOL. Kyoto. 79(3)1986
- 74.- Valdés, M.M. y otros. MEDICINA PSICOSOMATICA (Bases psicológicas y fisiológicas). Ed. Trillas. México, 1983
- 75.- Volkov, V.S. "Some features of psychosomatic correlations in patients with hypertension". (Abs) (ruso). A.E.TSIKULIN. TE. ARKH (URSS). 57(10)1981
- 76.- Walle, J.H. "The organization of the brain". SCIENTIFIC AMERICAN. Sep. 1979
- 77.- Warnes, H. "Twenty years of advance in psychosomatic medicine". PSYCHIATRIC JOURNAL OF THE UNIVERSITY OF OTTAWA 4(1)1979
- 78.- Wetal, M.M. "Epinephrine and norepinephrine responses in continuously collected human plasma to a series of stressors". PSYCHOSOMATIC MEDICINE. 4(12)1983:45-47
- 79.- Whittaker, J.O. PSICOLOGIA. 2ª ed. Ed. Interamericana. México, 1971
- 80.- Wolf, S. "Social forces, neural mechanisms and health". PSYCHOSOMATICS. 21(10)1980
- 81.- Wolman, B.B. TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1968
- 82.- Zimmerman, M. y otros. "Severity of psychosocial stressors" THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 142(12)1985