



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

T E S I N A

**“EL ESTRÉS COMO DETONANTE DE
ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS DESDE
UNA ORIENTACIÓN PSICODINAMICA, EN
JOVENES UNIVERSITARIOS”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

NOMBRE: Adanelly Sulieth Serralde Chávez

ASESOR: Erick Gómez Cobos

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción.....	1-4
Resumen.....	5
Pregunta de investigación.....	5
Justificación.....	6-9
Objetivos de la investigación.....	10
Metodología.....	11-12
1- Capítulo 1. Psicopatología	
1.1- Sobre el concepto.....	13-15
1.2- Clasificación del diagnóstico del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados según el DSM V.....	15
1.3-Clasificación del CIE-10.....	16-18
1.4- Representantes de la teoría de la psicopatología en psicoanálisis y sus aportaciones.....	19-29
2- Capítulo II. Enfermedades	
2.1-Tipo de enfermedades.....	30-46
2.2- Algunas causas.....	46-47

3- Capítulo III. Estrés.

3.1- Definición.....	48
3.1.1- Estrés en México.....	48-50
3.2-Clasificación del trastorno.....	50
2.3- Historia y Principales representantes de la teoría del estrés.....	51-52
2.4-Síndrome general de adaptación por fases.....	53
2.5- Tipos de estrés.....	54-57
2.6- Clasificación de respuesta al estrés.....	57-58
2.7-Psicología del estrés.....	58-60
2.8-Fisiología del estrés.....	60-64

4-Cap. VI. El estrés en jóvenes universitarios.

4.1- Revisión de artículos “El estrés en jóvenes Universitarios”.....	65-71
Discusión.....	72-74
Conclusión.....	75-76
Bibliografía.....	77-83
Apéndice.....	84-106

Introducción.

Las enfermedades se encuentran desde hace muchos años presentes y por ello ha habido muchas modificaciones en los padecimientos, estos van desde los benignos que pueden encontrarse en alguna parte específica del cuerpo en referencia al cáncer, hasta los más dolorosos, que impiden o limitan la movilidad total o de alguna extremidad o parte específica del cuerpo. Existen múltiples factores que pueden afectar el ritmo de vida de una persona, ocasionando la modificación en: hábitos, relaciones personales, ánimo e incluso en la economía. Lo que sucede es que todos estos factores puede ser otra parte importante en los padecimientos crónicos-degenerativos; ¿Esto que implica? ¿Qué puede suceder? ¿Qué soluciones se les da? ¿Quién hace algo o ayuda a estos problemas? ¿Existe una solución? Estos cuestionamientos deberían ser de gran peso, debido a que las enfermedades psicosomáticas, en la mayoría de los casos implican una afección crónica degenerativa, que requieren un gran gasto económico, pues una enfermedad como: el cáncer o la diabetes, implicara medicamentos, análisis y toda clase de estudios que son excesivamente caros.

En el congreso internacional de psicoanálisis con orientación Lacaniana (2018). Se hablo acerca de los índices por enfermedades crónicas en México, los cuales eran los siguientes, hipertensión arterial en población adulta de 20-69 años, en el mundo, cada 4 segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada 5 segundos un evento vascular cerebral. Más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dulpidémicos, más de 6 millones de diabéticos. Más 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con variables de tabaquismo. De los millones de defunciones registradas en el mundo en 2015,

54% fueron consecuencias de cardiopatía isquémica y el infarto cerebro vascular el 46% de los decesos. Uno de los factores de riesgo en la enfermedad isquémica del corazón es el estrés, que actúa directamente sobre él y sus vasos, afectando a la presión arterial. Un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas, lo que produce angustia y enfermedades. Ayala, D. Zavala, L. (2018).

A veces, un médico por la sintomatología que un paciente presente, receta y da un tratamiento acorde a lo que debe ser atacado, pues su trabajo va en base a ello, en atacar el síntoma que aqueja a la persona, ¿pero, sucede cuando el síntoma no deja de aparecer o disminuye? O ¿Cuándo no se reconoce o no se canaliza a un psicólogo especialista en la materia? Es importante que el médico general canalice con un especialista en la materia. No todos pueden atender la demanda del sujeto, un trabajo de lo más sencillo puede complicarse por no darse la atención que se requiere, por ejemplo: tenemos una fuga en el lavamanos y pensamos en ahorrarnos el plomero, al tratar de solucionar el problema, ocasionando que se rompa el tubo que abastece toda la casa, esto que implicara; Que la demanda de atención que se tenía, ahora sea mayor. En este ejemplo, debemos notar y tratar de comprender que la mejor solución que podemos dar, es hablar con un especialista en la materia, él sabe cómo hacer su trabajo y como dar la mejor solución a ella.

Siguiendo con lo anterior se dice que para ser una ciencia se debe tener un método que compruebe lo que se está diciendo y la importancia que revela con ello. Pero no todos creen que la psicología tenga un método el cual seguir, pues en matemáticas es muy fácil decir y explicar que $2+2=4$, por ello se le llama ciencia exacta. Pero, en psicología la atención a un

paciente es diferente, al igual que un grupo de personas pueden tener el mismo padecimiento. Las causas que se encuentran de ello son totalmente diferentes, pueden encontrarse pequeñas similitudes, pero eso no implica que sea una regla o un motivo para que una enfermedad o padecimiento sea detonado o presentado en determinado grupo de personas. Se debe recordar que desde el momento en que cualquier ser humano es traído al mundo, se ve inscrito en el campo de la cultura y éste asume toda una gama de mandatos, reglas, ordenes sociales y formas de elaboración que guiaran cualquier acto individual.

Rosenblueth. (1971) en su libro el método científico reconoce lo siguiente: la ciencia exige que sus generalizaciones estén basados en pruebas rigurosas, así mismo existen muchas personas que verifican la información. Eso lo podemos llevar a la actualidad, para entregar un trabajo en la universidad, se pide a los alumnos que citen a los autores que se utilizaron para realizar la investigación, den no ser así, se dice que no es verídico lo que entregan o podría caer en plagio, pues también un método ayuda a que no se reconozca y se conozca el trabajo que cada uno ha realizado.

Por ello y para dar pie a el reconocimiento y el auge que tiene “la psicósomática” en nuestros tiempos y tomando en consideración a las organizaciones que nos brindan información relevante, a la investigación. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) reconoce diez principales causas de muerte en la Ciudad de México, de las cuales siete merecen ser destacadas por ser la primeras causas de muerte estas corresponden a la diabetes mellitus (15%), las enfermedades isquémicas del corazón (13.4%), las del hígado (5.4%), las cerebrovasculares (5.2%), las crónicas de las vías respiratorias inferiores (4%), las hipertensivas (3.5%) y las agresiones (3.2%), en conjunto,

estas enfermedades representan casi la mitad (49.7%) de los decesos totales. En las otras tres enfermedades encontraremos, el sistema circulatorio (25.5%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (17.5%) y en los tumores malignos (13 %).

En la actualidad los padecimientos que tienen mayor incidencia son los Crónicos-degenerativos, aun cuando existen métodos de prevención y atención para ellos. En ambos sexos la principal causa de muerte es la diabetes mellitus, la cual es considerada como una enfermedad crónica que causa “ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores”. Este tipo de datos lo que nos demuestra es que las causas de una enfermedad son por multicausalidad, esto implicaría que se debe poner atención, a la prevención de ellas, la psicósomática nos habla de enfermedades crónicas-degenerativas y de aquí la relevancia del tema, sobra afirmar que existe una realidad y necesidad social la cual no está siendo atendida. Son importantes todas las bases y sustentos que mantienen en pie, la investigación psicósomática, por ello la epistemología. Nos propone dar datos y estadísticas concretas que indiquen que nuestro discurso es coherente y verídico

Resumen

Entorno al contenido del capítulo 1. Saber sobre el concepto, Clasificación del DSM V, CIE 10 y los representantes de la psicósomática en psicoanálisis y sus aportaciones. Toda esta información nos amplía y da un mejor panorama, el cual permite que basado en un sustento teórico, la investigación sea acertada y certera.

El capítulo 2. En este capítulo, lo que se consideró como base teórica para los fundamentos del estrés, fueron: Definición del concepto, estrés en México, Clasificación del trastorno, Historia y principales representantes de la teoría del estrés, tipos de estrés, Clasificación de respuesta de estrés, Psicología del estrés y Fisiología del estrés. Considerando lo anterior la respuesta al estrés, tiene todo un proceso y los detonantes pueden ser multifactoriales, incluso un cuando la causa sea la misma, la representación o la respuesta ante el estímulo puede variar desacuerdo al sujeto.

La revisión en artículos científicos, nos lleva a notar que este es un campo joven, el cual lo que hace es comenzar a surgir y dar pie a que haya más información y mayor investigación del tema.

Pregunta de investigación

¿Cómo puede el estrés ser un detonante, para presentar una enfermedad psicósomática, en jóvenes estudiantes?

Justificación

Lo que me llevo a investigar cerca de este tema fue, una materia que lleve durante la carrera, la cual hablaba de la ausencia de salud y esta se presenta cuando una persona no se encuentra completamente sana, debido a un síntoma que lo aqueja. En el artículo “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”, Eslava, J. (2017). Habla acerca de que puede ser físico o mental, sucede que el desarrollo y aparición de la dolencia será caracterizado y afectado también por el contexto social en el que se encuentra viviendo el sujeto y esto lo lleva a perderse del tiempo, lugar y espacio en el que se encuentra o en poder vivir el aquí y el ahora. Por quedarse estancado por alguna experiencia que sigue presente, aun cuando esté en el inconsciente, siempre se hará presente de alguna manera. En el caso de las enfermedades psicosomáticas, se verá representada en un padecimiento crónico que podría ser degenerativos en algunos casos como: la diabetes, el asma, o un síntoma como dolor de cabeza, falta de apetito, entre otros.

Se considera necesario que se aborde el tema de “El estrés como detonante de enfermedades psicosomáticas desde una orientación psicodinámica”, debido a la relevancia actual que tiene el estrés. Es algo que hemos sentido todos, esta puede servir como motivante positivo o negativo. (APA, 2018)

Un mal manejo del estrés podría ocasionar que se presente una dolencia y esto a su vez impedir que se puedan realizarse las actividades cotidianas.

Actualmente se puede notar que las enfermedades psicosomáticas son un tema con gran auge dentro de este siglo. El tipo de vida que se lleva, determina que el ritmo de vida sea acelerado, realizando actividades de una manera rápida y esto da como resultado un

impacto perjudicial a nivel emocional y físico. No hay una mirada médica tradicional que haya logrado ubicar, donde entra este padecimiento en una persona, esto hace que las manifestaciones psicosomáticas se aborden desde un paradigma, buscando que al paciente se le atienda de modo que se escuche lo que piensa y siente en torno a su dolencia. Esto llevará a una interpretación de su malestar e hilándolos con los puntos de quiebre así comienza el trabajo terapéutico a la cura. (Vargas, 2013)

La salud emocional es una vertiente muy importante dentro de las enfermedades psicosomáticas. Las personas necesitan estar felices para motivarse a alcanzar sus objetivos, esto puede ayudar a otros a alcanzar sus metas. (OMS, 2013) Pero, no existe una prevención de salud mental o de prevención a la salud emocional, que permita una óptima salud emocional.

Las enfermedades psicosomáticas, son un mal que aqueja a las personas, esto es resultado del gran estrés al que se están sometidos frecuentemente. Existen diferentes factores que los pueden provocar. Una de ellas puede ser la gran demanda de energía que se requiere en las actividades que realizan a lo largo del día. Pues estas llevan a tomar decisiones apresuradas, que limitan la objetividad o el pensar, acerca de las alternativas posibles que tienen. Esto puede llevar a una crisis, por la posibilidad de no poder resolver un problema. (Diccionario de Psicología, pág.62, 2010)

Se deben mentalizar las situaciones que pasan durante la vida cotidiana, esto podrá ayudar a saber y reconocer lo que es desagradable o agradable. Ciertas características determinaran el tipo gustos que se tienen en determinadas cosas. Pero, al no conocer que o cuales son las características que le gustan, podría suceder que no exista la verbalización de las mismas y esto no tendría un nombre o descripción. Provocando entonces un crisis de angustia, esto es

la aparición de un malestar intenso como lo son: palpitaciones, sudoración, temblores, entre otros.... (Diccionario de psicología, pág. 64, 2010)

Existen experiencias que se mantienen reprimidas, por el dolor que provocan las experiencias pasadas. Como se menciona al inicio, al no saber cómo actuar o que hacer ante las situaciones a las que deben enfrentarse, surgen mecanismos de defensa que se verán reflejados en la evitación de la situación. De ese modo no se tendrá que enfrentar éste; solo esquivara el obstáculo que le impide seguir, suena muy sencillo aunque en realidad podría presentarse, en el caso de las enfermedades psicosomáticas, se hará notorio en una afectación real, como: el dolor de cabeza, falta de apetito, etcétera.

Se debe tomar en cuenta que actualmente, todo se maneja por objetivos. En algunos casos por la situación que se vive actualmente, se ven obligados a realizar dos o más tareas al mismo tiempo, esto con la finalidad de conseguir llegar a una meta. Ésta quizás puede ser concluir una carrera universitaria. Pero, para ello quizás también tengan que trabajar medio Tiempo y estudiar o ser madre teniendo un puesto importante y con una demanda de atención y tiempo (El cual limita la posibilidad de estar con tu familia) en estos casos, al fallar en la escuela o con tu familia, podría verse limitada la posibilidad de cumplir la meta que se propone. Esto a su vez podría ocasionar a nivel psíquico una queja, la cual no será expresada verbalmente, pero tendrá que ser expresada en una situación sintomática que afecte algún órgano o función de quien presente el padecimiento. Esto es porque las relaciones emocionales, como la ansiedad, la ira o la tristeza, presentan correlatos fisiológicos que son el resultado de complejos mecanismos, que bajo la influencia del sistema nervioso afectan a las secreciones glandulares, los órganos y tejidos, los músculos y la sangre.

Berrocal, C, Fava, G. (2016). En su artículo Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la medicina Clínica y Preventiva, nos dice: Los factores psicosociales y biológicos, interaccionan las diferentes formas que durante el curso de la enfermedad. La gran influencia que los factores ejercen determinada cualidad de las experiencia y la actitud del paciente en los episodios de la enfermedad. Si, este tema de investigación se amplía, dentro del psicoanálisis, se podrá dar una atención óptima, que permita que quien presenta un padecimiento de este tipo pueda tener una mejor calidad de vida y así mismo podrá conocer los alcances y limitaciones que se tienen. Conociendo también la etiología del padecimiento, el modo del tratamiento será efectivo y no solo eventual.

Lo que trataré dentro de mi tesina es precisamente el problema de la economía y ganancia secundaria que recibe quien lo padece y su influencia en la problemática de la psicosomática, el cómo influye de forma directa a un cuerpo, induciendo y ocasionando un proceso de somatización, cuando el psiquismo de quien presenta un conflicto no es capaz de tratarlo. Esto abordado desde la teoría psicoanalítica, retomando algunas cosas, de los inicios de la psicosomática hasta los nuevos conceptos e información que existen en la actualidad. Debido a que es una recopilación teórica de los estudios que se han ido realizando, durante los últimos 5 años, en relación a las enfermedades psicosomáticas, causadas por estrés; con el fin de interactuar profesionalmente con el área de psicoanálisis.

Objetivos de la investigación

-General

Comprender el estrés, el impacto que tiene en los jóvenes universitarios y como afecta a su psicodinámica, provocando una enfermedad Psicosomática.

-Particular

1-Conocer y analizar las teorías que existen de enfermedades psicosomáticas y sus causas.

2- Saber su origen y su cronicidad.

3- Indagar sobre su lenguaje simbólico.

4-Identificar específicamente a el estrés como causa de enfermedad psicosomática.

5-Estudiar casos de enfermedades psicosomáticas causadas por el estrés.

6-Profundizar en posibles soluciones y prevención de enfermedades psicosomáticas.

Metodología.

Con base en el psicoanálisis se realizó una recopilación teórica acerca de la psicósomática. Se realizó una investigación de tipo documental en la cual fue recabada información desde los inicios de la psicósomática, hasta la actualidad. La bibliografía que se revisó durante la investigación fue acerca del estrés como detonante de enfermedades psicósomáticas. Tomando como fundamento la corriente psicoanalítica, la cual busca el origen etiológico y también el psíquico.

Una vez con la pregunta de investigación, se comenzó a indagar acerca de las enfermedades psicósomáticas así como sus causas, después como es que el estrés puede ser uno de los detonantes de una enfermedad psicósomática, teniendo en cuenta que en la actualidad la forma de vida tan acelerada en la que se vive, lleva en muchos casos a las personas a vivir bajo estrés, a tener lapsos cortos para realizar tareas diarias. Por ejemplo: el traslado de un lugar a otro implica tráfico, implica vivir con tiempos establecidos para llegar a tiempo, del mismo modo es necesario o se requiere que las cosas se hagan bien, de esta manera no se tendrán que volver a hacer.

El eje central de la investigación a realizar será a través del método deductivo. Se utilizarán bases de datos, que permita la indagación del tema e investigación actual de las enfermedades psicósomáticas provocada por el estrés actualmente, desde una perspectiva psicodinámica.

El estudio de las diversas fuentes de información y consulta permitirá generar conclusiones benéficas para la mejora de calidad de vida de quien padece una enfermedad psicósomática.

La investigación realizada tiene como finalidad proveer de nuevas herramientas, esto en torno a lo relacionado con psicoanálisis desde los primeros fundamentos de la psicopatología implementada por Freud, hasta los más actuales como Melanie Klein y las nuevas aportaciones que se han realizado. Se revisaron también algunos casos de sujetos que presentan desregulaciones de su sistema emocional. Se puede decir que el estrés como detonante de una enfermedad psicopatológica, puede provocar diferentes diagnósticos y síntomas, como: Gastritis, falta de apetito, entre otros. Algunas instituciones también hacen mención del estrés como por ejemplo: el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), OMS (Organización Mundial de la Salud), hablan de este tema en diferentes contextos de la vida cotidiana y cómo afecta.

Capítulo I: Psicología

1.1-Sobre el concepto.

Hablar de la psicología nos lleva a una lectura integral compleja, esta derivada de datos específicos trascendentes y esto debe ser bajo la concepción de unidad y no como algo que debe verse por partes, muchos autores comenzaron a indagar en el tema. Wozniak, h. (S/F) en su artículo, “Descartes y el legado del dualismo mente-cuerpo”, retoma que el cuerpo afecta a la mente y viceversa, debido a que esta trabaja de manera conjunta. Si algo aqueja a la mente se reflejara en el cuerpo, pues este lo expresara en un síntoma, el cual estará representando el conflicto que el individuo es incapaz de expresar, en algunos casos por falta de conciencia de ello.

Después de lo anterior para poder retomar a la psicología, debemos resaltar el concepto de Salud mental y La OMS (2013) dice que es el estado de bienestar emocional y psicológico del cual es consciente el individuo, también es consciente de las capacidades que tiene, trabaja en forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Y lo que sucede con esto es que las enfermedades psicológicas imposibilitan las dinámicas cotidianas de quien lo padece ocasionando todo lo contrario a lo que la OMS nos dice que un individuo con salud mental podría hacer.

Para seguir conociendo de que se trata este concepto de psicología y la sintomatología somática el Diccionario de Psicología (pág., 240, 2010) habla de la Salud mental, diciendo que es el comportamiento del individuo nos dará a conocer el estado de la salud mental.

Debe ser comprendido desde como el hombre interactúa con su medio ambiente y esto le provee el goce pleno y armonioso de sus facultades.

Para comenzar con el termino psicossomático, La real academia española (2017), propone lo siguiente: “Adj. Med. Y Psicol. Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario”. Esto se interpretaría o daría pie a que debido a una queja que emite el cuerpo o la mente, daría lugar a un síntoma el cual representara el mismo.

En seguida en el mismo entramos que se define a lo psicossomático, que el componente psíquico de la personalidad es importante debido a que cuando un elemento traumático produce un grado de desorganización que sobrepasa la capacidad afectiva del aparato psíquico, este es dominado ocasionando que se produzca una sintomatología somática como respuesta a ello. (Laplanche, 2004)

En el diccionario de psicoanálisis nos dice que: el termino psicossomático viene del griego *psyché*= *alma* y *soma* = *cuerpo*. Tenemos entonces a dos autores; Sócrates quien postulaba que el hombre era un substrato de materia, también sus sentimientos, pensamientos y alma. Después tenemos a Hipócrates (padre de la medicina) este decía que la *psyché* y el alma, ejerce una función reguladora. Decía que para saber acerca del enfermo era necesaria la anamnesis del enfermo.

Freud, introduce el termino trauma y en el diccionario de psicoanálisis (Laplanche, pág., 448) se hace referencia al mismo, diciendo que lo introdujo dentro del psicoanálisis para hablar de la queja y una concepción económica*: «Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que

fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético».

1.2-Clasificación del diagnóstico del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados según el DSM V.

Comenzaremos por las definiciones que se le dan de psicósomática y por cómo se le conoce en psicología entorno a su diagnóstico.

En el DSM V (Manual de diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, en su 5° edición) encontraremos como trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, son los siguientes: Trastorno de síntomas somáticos, Trastorno de ansiedad por enfermedad, Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, Trastorno facticio, Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados. (pág., 309, 2014)
Ver apéndice, cuadros 1.2.1- 1.2.6

1.2.7- Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados

Este nos dice que el principal diagnóstico que se utiliza para esta categoría es dar el diagnóstico basándose en los síntomas positivos y los signos (signos somáticos angustiantes, pensamientos, sentimientos, y comportamientos anormales en respuesta a los síntomas somáticos), esto es que lo más importante es como se presentan los síntomas y como se interpretan. La incorporación de componentes efectivos, cognitivos y conductuales, para obtener el cuadro clínico que ayude a saber la etiología del padecimiento. (pág. 309).

1.3- Clasificación del CIE-10.

CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión), este es un manual de enfermedades y de investigación que lleva a cabo la OMS (organización mundial de la salud) para fines epistemológicos y de investigación. Este ocupa códigos oficiales, series de documentos e instrucciones relacionados con la clínica. En el encontramos a las enfermedades psicosomáticas como trastornos somatomorfos:

Estos presentan como rasgo más destacado síntomas somáticos múltiples, recurrentes e incluso variables, estos síntomas se presentan durante años antes de llegar con un especialista como ya se ha mencionado anterior mente. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes. (Cie-10, F40-49, 2000).

Sus clasificaciones son: Trastorno de somatización, Trastorno de somatomorfo indiferenciado, Trastorno hipocondriaco, Disfusión vegetativa somatomorfa, Trastorno de dolor persistente somatomorfo. (véase en apéndice cuadros 1.31- 1.3.5)

Trastornos somatomorfos.

La manifestación característica del grupo de trastornos es la presentación repetida de los síntomas físicos, juntan la solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos que estos síntomas no tienen base orgánica. Si está en el presente cualquier enfermedad somática, esta no explica la naturaleza y extensión de los síntomas, o el malestar y la preocupación del paciente.

Excluye:

- Trastorno disociativos (F44). Desconexión y falta de continuidad entre pensamientos, recuerdos, entornos.

- Mesarse de los cabellos (F98.4). Jugar, peinarse o acariciarse constantemente el cabello.

- Laleo (F80.0). Balbuceó (parecido al que emite un bebe, en sus primeros años de vida)

- Seseo (F80.8). Consiste en la sustitución del sonido de la *z* o la *c* antes de *e*, *i*, según se usa en el castellano peninsular, por el sonido atribuido a la *s*.

- Onicofagia (F98.9). Habito de comerse las uñas.

- Factores psicológicos y de un comportamiento en trastorno o enfermedad es clasificado en otro lugar (F54).

- Disfunciones sexuales no orgánicas (F52). Deficiencias o anomalías que se presente en hombres o mujeres que no tengan un origen orgánico.

- Succión del pulgar (F98.8). Habito de succión del pulgar.

- Trastornos de tics en infancia y adolescencia (F95.2). Movimientos involuntarios que se presentan en el cuerpo, como: guiño del ojo o mover el pie.

- Síndrome de Guilles de la Tourette (F95.2). Múltiples tics físicos y vocales.

- Tricotilomania (F63.3). El hábito o comportamiento incluye arrancarse el pelo del cuero cabelludo o los vellos de las cejas y otras partes del cuerpo.

1.4- Representantes de la teoría de la psicósomática en psicoanálisis y sus aportaciones.

Cabrera, A, García, M, Langmaack, H. (2013) en el primer congreso estudiantil de investigación del sistema incorporado, con el tema: Neurociencias de las emociones y trastorno psicósomáticos, hablan de los antecedentes del padecimiento y exponen lo siguiente: En la antigüedad se decía que la enfermedad se debía a una posesión maligna, comenzaron abriendo los cráneos de las personas, haciendo pequeños ejercicios decían que los malos espíritus saldrían. Los médicos-sacerdotes egipcios atribuían la causa de la enfermedad al influjo de los dioses, espíritus y/o los deseos malignos de los humanos; los tratamientos que eran implementados eran: ritos tribales, manuales y prescripciones de drogas. Posteriormente los griegos desarrollan una visión holística de salud, para ello, el cuerpo y la mente constituían una unidad de interacciones, decían que el cuerpo activa tales fuerzas para curar el cuerpo. Después surge Descartes (1596-1650) quien habla del dualismo cartesiano. Morgagni (1682 a 1771) estudia los tejidos en las autopistas, con ello dice que los órganos alterados pueden producir la enfermedad y la muerte. Como podemos darnos cuenta el concepto de enfermedades sintomática ha ido evolucionando y siendo investigado, teniendo cada vez, mayor oportunidad de atención.

El libro de psicósomática del adulto escrito por Marty, P. (2003) dice que el surgimiento de la ciencia psicósomática parece hoy asegurando a despecho de nuestra ignorancia, pero mayor todavía nuestro saber. Como se ha hecho mención anteriormente, cuando el campo de investigación está en constante movimiento y aprendizaje, mayor será la oportunidad de conocimiento, por tanto se podrá proveer de una mejor atención y calidad de vida a quien

padece esta sintomatología, el padecimiento podría detonar alguna crisis y esto a su vez detener o pausar constantemente su ritmo de vida, de quien lo padece. La psicología hoy es una disciplina por sí misma. Aborda el problema por medio de la dialéctica de las relaciones que un individuo, en su totalidad psíquica, biológica, histórica y social mantiene consigo mismo y con otros, y por este camino la psicología ofrece una concepción coherente y objetiva de los fenómenos de somatización (Marty, 2003). Cada uno de los campos que se ven involucrados dentro de éste; como menciona el autor son parte de su totalidad, por ello cada uno juega un papel crucial dentro del trastorno.

Las enfermedades mentales, con excepción de la demencia senil y parálisis generales, seguían siendo un campo como la investigación o el estudio de la patología que se presenta por ejemplo los cuales en algún punto son inexplorado. Dos corrientes, que reactualizaban en el antiguo debate filosófico entre monismo y dualismo, dividía a los psiquiatras, pues la corriente organicista y la corriente vitalista. Hacían que surgiera un nuevo modo de ver las cosas y en el seno de esta última, justamente, nació la psicopatología.

Desde el siglo XIX, un neurólogo Vienés, S. Freud, partiendo de los trabajos sobre parálisis, la afasia y la histeria, descubre la realidad dinámica. En una de sus últimas obras, pues Freud escribe: “Es el estudio de la evolución de los individuos el que nos ha permitido conocer el aparato psíquico. A la más antigua de sus regiones la denominamos “ello”, cuyo contenido ve que todo lo que el ser humano trae consigo al nacer, todo determinado constitucionalmente, en particular las pulsiones que brotan de la organización somática y que encuentran en ello, en formas que todavía nos resultan desconocidas, un primer modo de expresión psíquica”. (Marty, pág. 14, 2003)

Los síntomas de una histeria son el resultado de la transformación de la conversión de una excitación endógena de la intervención somática. Lo anterior es que se debe conocer el trasfondo de las relaciones psíquicas con el organismo, que es quien está manifestando de manera autónoma por su sistema fisiológico, lo que no puede expresar de manera verbal.

Freud (1886-1899), en el primer volumen de sus obras, fue quien comenzó con la sintomatología somática, aunque el nombre que le dio fue el de “histeria”, Los pacientes presentaban parálisis en alguna parte del cuerpo la cual les impedía realizar ciertas actividades, decía que era una modificación fisiológica en el sistema nervioso y de una zona histerogena. También en sus casos clínicos de histeria nos describe los síntomas somáticos que presentan sus pacientes.

Pero, Freud no aceptaba que mente y cuerpo estuvieran por separado, en el diccionario del pensamiento Kleiniano decía: que existía un paralelismo psicofísico esto se refiere a “hay una mente y hay un cerebro. Uno y otro trabajan por sus propios senderos. La operación de uno no se puede traducir con exactitud al funcionamiento del otro”. Hace mención del Interaccionismo: el cual dice que la mente activa al cerebro y éste a su vez puede ser modificada por la misma. (pág. 501, 1989)

Después surge otro autor, Alexander, en 1945 es quien habla de las manifestaciones más primitivas del psiquismo, refiere que se consideran en la fisiología en lo visceral que corresponde a las necesidades vitales. Este autor elabora la noción de constelaciones psicodinámicas características de ciertas decisiones psicósomáticas. En esta perspectiva psicogenética de la enfermedad, al tener un origen que se presenta en el cuerpo de quien lo padece, realmente existe una sintomatología que pasa a ser producto de las relaciones

emocionales que llegan a producir angustia, la agresividad y las actitudes afectivas que traen consigo. Éstas últimas dice él se pueden volver patógenas por exceso de excitaciones viscerales ya su vez ser un círculo vicioso.

El enfermo psicossomático por definición. Tiene como consecuencia, el construir un motivo de confusión y desorientación que será denominado como “trastorno psicossomático” los enfermos somáticos y a enfermedades somáticas, son la variación de la sintomatología que se presentan ante el trastorno que debe ser diagnosticado por un especialista en el tema.

El psicoanálisis usa como punto de partida, la mentalización, como la cura clásica; a los mecanismos de fijación y regresión, al interés de la primera tópica Freudiana; A las dimensiones del preconscious y los orígenes somáticos de su construcción; al papel del preconscious en la constitución y funcionamiento del yo (diversidad de tipos de interiorización y de retención por consiguiente, diferencias de texturas de complejo de castración y de Edipo, de las depresiones, así como diferencias de regularidad del funcionamiento menta), y de la formación del inconsciente.

Psicosomática y medicina.

Para saber más sobre el tema se hace investigaciones sobre las enfermedades y se tiene conocimiento de ellas, es inevitable decir que la medicina y el psicoanálisis no tienen un trabajo multidisciplinario él se cual lleva con el psicossomatólogo, este tiene su aplicación práctica de los conocimientos que ha adquirido a lo largo de los años, formando a la medicina psicossomática. (Marty, 2003).

Sabemos que los vínculos simbólicos son muy importantes dentro de la psicodinámica, estos son ofrecidos desde el nacimiento por la figura materna. Lutenberg, (2014), propone que “Solo cuando un sujeto vive la amenaza de una separación —física o mental— de aquellos objetos o instituciones con los cuales su yo se hallaba previamente fusionado (simbiosis)”. Esto es más referente a que la madre es quien le presenta el mundo al bebé, el conoce a través de ella desde que es concebido.

Después el autor nos dice que cuando aludimos que la persona no puede decir lo que necesita expresar, él le llama vacío mental, pero éste puede ser debido a una depreciación o resistencia. Como se mencionó al inicio quizás no exista conciencia de la queja o quizás se encuentra el individuo inconsciente de lo que le sucede.

Siguiendo con Marty (2003), Dentro de la economía de las cefaleas se les conocía, como en el sistema de defensa parecido a las defensas neuróticas clásicas; sin embargo hacia intervenir mecanismos de ordenes somáticos (cerebro-vasculares sin duda). Se traduce en dificultad para pensar. En 1955 *se considerarán las cefaleas por la encyclopédie médico-chirurgicale*, Clasificaban como inhibiciones dolorosas del acto de pensar. En 1972 se consideraban la inhibición intelectual. Después en 1990 como el desbordamiento pasajero del aparato mental. Marty (2003), nos dice que es notable una fijación en la segunda fase del estadio anal en pacientes con migrañas. Continúa con las raquialgias (dolor columna vertebral). Imposibilidad de descarga de vías directamente musculares y de elaboración mental; dice que estas están en las capas arcaicas (oral y anal) hipertónías musculares. Sigue con las alergias y estas las coloca como una relación objetal alérgica, pone como ejemplo:

Un caso de Histeria (1905), también conocido como el caso Dora, pertenece al volumen VII de las obras completas de Sigmund Freud. Con este caso Freud quiere aportar pruebas definitivas sobre el origen sexual de los síntomas histéricos y la utilidad de la interpretación de los sueños para acceder a los traumas inconscientes.

El principio simple: las actividades fantasma aplicación indiques permitieron integrar las tensiones pulsionales, de este modo se protegía La salud física individual por el pensamiento operatorio (O P) este pensamiento consciente, no utiliza el aislamiento del inconsciente, no parece ser de tipo obsesivo, pues esto no proviene de un distanciamiento obtenido por la manipulación mental o verbal de material psíquico. Se presenta desprovisto de valor libidinal y casi no permite que se exteriorice una agresividad, demuestran ser inepto para sostenerla en la mentalización sadomasoquista.

Freud (1898-1900), en su sexto volumen, escribe sobre concepción del fenómeno onírico en el cual encuentra la impresión que la vida despierta, pues recibe del recuerdo que del sueño perturbada por la mañana, pues en este recuerdo aparece el sueño en oposición al contenido psíquico restante, como algo ajeno a nosotros y procedente de un mundo distinto. Sería, sin embargo, equivocados suponer que esta teoría del origen sobrenatural de los sueños carece ya de partidarios en nuestros días. Haciendo abstracciones de los escritos místicos y piadosos, esto como obra de reductos de lo sobrenatural hasta de los procesos científicos que consigan desalojarnos de ellos.

La depresión esencial. Son depresiones en objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consiente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. El cuadro pone en toda su evidencia la reacción con

la precariedad del trabajo mental. Asimismo las angustias difusas suelen proceder a la depresión esencial, por esta razón ellos traducen el desamparo profundo del individuo.

Freud (1925-1926), en su volumen XX, toma el factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esto es, ahí ya la mente es quien en su vivencia de valimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, aquel que pueda tramitar.

La representaciones consiste en una evocación de precepciones, inscritas y dejando huellas mnémicas. El psicoanálisis distingue teóricamente las representaciones de “cosa” y las concepciones de “palabra”. Las representaciones de cosa: Ella dan lugar a asociaciones sensoriales y perceptivas como también asociaciones de comportamiento de diversos tipos.

Para eso Terradez, M, Scaglias, R, Audisio, E. (2013) en su artículo Huella mnémica y huella sináptica: aportes para la vinculación entre psicología y biología. Dicen que los factores emocionales solo se aceptan mediante experiencias presimbólicas y preservarles, las cuales quedan grabadas o se imprimen en un huella en la mentalidad de quien vivencia el suceso y esta a su vez influye y condiciona conductas que se van a presentar posteriormente en el futuro. Para el psicoanálisis, desde la concepción de la primera tópica del aparato psíquico, la experiencia también deja una huella. Freud decía que las percepciones que llegan hasta nosotros dejan algo en nuestro aparato psíquico y entonces es de esta forma que se forman las huellas mnémicas.

Después, Marty (2003) dice que las regresiones en la psicósomática son las que tienen movimientos psíquicos reprimidos. Que construyen lagunas secundarias: estos espacios de representaciones parecen longitudinalmente ligados a las totalidades desagradables de las

inscripciones que les corresponden en un período de la vida o varios períodos. Después continua con el PCC (pre-consiente) el cual es el plano central de la economía Psicosomática. Dice que entre más representaciones, más patología eventual y entre menos representaciones, más riesgo de una patología psicosomática. El PCC y el Yo, ofrecen el principio de realidad y el Yo-ideal la desmesura, este último puede aparecer con motivo de desorganizaciones o regresiones psíquicas. Si se mentaliza la afección se les conoce como neurosis son inciertas y se dice que no se fueron llevados a cabo por una mala mentalización que aparece afectando o contrayendo una afección física. Recordemos que el Yo-ideal es lo que se espera en normas sociales de un sujeto, el Yo-real, es el objeto de satisfacciones narcisistas (omnipotencia) y la identificación con el otro. Es importante mencionar que uno de los factores que el autor nos expone es la parte emocional del sujeto y esto es obtenido de la madre quien es el primer vínculo y amor que conoce el individuo desde su concepción y el siguiente autor nos habla de ello.

Winnicott (2013), nos habla de los tipos de madres, ellas son quienes se debe recordar que mediante la fantasía se incubre el trauma, entonces la fantasía te lleva a somatizar, los tipos son:

1. Holding o sostén: madre satisface necesidades básicas del pequeño, de este modo los cuidados que le provee posibilitaran el proceso de maduración.
2. Handling, manipulación o manejo: cuidado y manejo corporal, que posibilitan la unión de la psique con el soma, facilita la personalización.

3. Presentación del objeto: la madre presenta al pequeño una satisfacción instintiva. En este sentido más que darle satisfacción al bebe, tratara de permitirle encontrar y adaptarse por sí mismo al objeto (seno, biberón).

4. La incapacidad para estar solo: La madurez y la capacidad para estar sólo implican que el individuo ha tenido la oportunidad gracias a una buena mentalización de formarse poco a poco en la creencia de un medio ambiente benigno.

El proceso de maduración se caracteriza por el impulso hacia la integración, cuyo significado adquiere una creciente complejidad a medida que el pequeño va creciendo. La característica del medio ambiente posibilitador es la adaptación, que en un principio es total y que va decayendo hacia la desadaptación con arreglo a los avances que va haciendo el pequeño en su marcha hacia la independencia. (Bareiro, 2013).

Retomando lo que Winnicott, propone en el libro “lo insólito.” (2005). Habla de los conceptos del individuo sano. Esto nos lleva a la relación entre el bebé y la madre y el desarrollo del sí durante los primeros estadios, teniendo un apartado de la unidad psicosomática. Comenzaremos con el paradigma de la comorbilidad psiquiátrica entorno a la psicosomática, es sabida como la presentación polisintomatica, de pacientes que presentan en un cuadro clínico en una maraña de diagnósticos probables que pueden dar como resultado un tratamiento errático. También podemos asistir a la existencia de la comorbilidad, bien por compartir síntomas comunes de personalidad, bien de forma independiente una de otra. Por ejemplo, instituciones traumáticas donde las emociones no han podido traducirse en palabras pero, sin embargo, ha sido registrada somáticamente y

encontrado expresión en el cuerpo. Esto es debido a que el cuerpo nunca olvida aunque nosotros, consiente, recordemos, aunque no podamos poner palabras a esos recuerdos.

Boushsira, J, Durieux, M. en Winnicott lo insólito. (2005) Desde un margen de cualquier hagiografía, podemos identificar la patología que presenta un individuo.

Muchas veces clasificamos a las personas del “normales” y “sanas”, y probablemente sepamos que queremos decir con estos términos. Pero, de vez en cuando vale la pena definir lo que estamos tratando de decir con esos conceptos, aunque esto nos lleve a caer en obviedades. La madurez individual implica un movimiento hacia la independencia, pero tal cosa, la independencia, no existe. Puesto que sería más sano para un individuo apartarse hasta el punto de vista de sentirse independiente e invulnerable. ¡Si una persona semejante y sigue con vida, esto probará que existe dependencia! Dependencia respecto de otro que se ocupa de ella o respecto de la familia. La sociedad jamás puede ser otra cosa que el común denominador de la salud individual; de hecho, ni siquiera llega eso, puesto que debe contener también a sus miembros enfermos. La adicción es considerada de las cosas desde el punto de vista del desarrollo, podemos decir que la salud es la madurez correspondiente a la madurez propia de la edad del individuo. Esta maduración se puede dar con un entorno “suficientemente bueno” en este encontrará facilidad de diferentes tendencias heredadas. Pensando en un desarrollo emocional del individuo, es decir, en la sí, morfología, tanto en la herencia como el entorno poder ser tomados por factores externos. En todo esto la madre juega un papel muy importante pues, es quien representa el mundo al individuo desde la primera instancia, cuando es sana, es capaz de diferir el momento en que dejara de adaptarse hasta que me puedas relacionar con la ira en vez de quedar traumatizado por la falta de adaptación. El trauma, es una ruptura en la continuidad de la existencia del

individuo, eso se instala finalmente en sentimiento de sí, de lo real y ve el sentimiento de ser, en cuanto al rasgo de personalidad individual.

Es sabido que ciertos adolescentes sufren muchísimo y es cruel dejarlos en este estado, en una edad aproximada de los 14 años, pueden presentar tendencias que con son frecuentemente suicidas: esto es por la interacción de varios fenómenos diversos, su inmadurez y los cambios de la pubertad. Cuando está termina como en los denunciados comienzan a sentirse reales, a tener el sentimiento de sí y el sentimiento de ser. La salud es esto. Del ser viene en él hace, pero no puede haber hace antes del ser; y este es el mensaje que ellos nos dirige.

La madurez de la salud vista desde un ángulo de la genitalidad plena realizada tiene una forma particular cuando el adolescente se transforma en un adulto susceptible de hacerse padre. Decimos que un adulto sano es aquel que se rige por las normas sociales, el que cumple con la normalidad, y las reglas establecidas por la cultura. El hombre tiene la función de regirse por el mundo como hombre, Si esto no se llama acabo de esa forma será un indicio de una mala salud. El autor nos vuelve a decir cuando alguien madurez en la vida instintiva, “hay riesgo de mala salud en la personalidad, el carácter o en el comportamiento, pero el sexo puede cumplir una especie de función parcial y, en este caso, aunque en apariencia funcione correctamente, advertimos que la potencia sexual equivalente femenino empobrece al individuo en lugar de enriquecerlo”. (Pág., 17, 2005).

El siguiente cuadro, es una recopilación y ejemplos de los trastornos y como es la manifestación de su sintomatología de acuerdo al que se presente. (Ver cuadro 14 y 15 en apéndice.)

Capítulo II: Enfermedades

2.1- Tipo de enfermedades.

Como se ha ido mencionando anteriormente dentro del capítulo, existen enfermedades las cuales son reconocidas por Instituciones gubernamentales nos ofrecen un sondeo en estadísticas de la problemática que se vive con éstas enfermedades.

En el libro, El desarrollo de la personalidad y psicopatología, Cameron (1990). hace mención de algunas que encontraremos dentro de la patología. El autor nos dice: “que el paciente reacciona al estrés, la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en los órganos y tejidos”. (Pág., 657).

Hablaremos un poco de los orígenes del concepto de desorden psicosomático. Empezaremos diciendo que el concepto es nuevo, pero la sintomatología ya se conocía solo que se le llamaba de otra forma, los antiguos escribieron y sus conceptos han ido siendo confirmados con el paso de los años y la experimentación ha ido expandiendo el campo. (Cameron, 1990). En el siglo XIX y XX los avances de enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y las intervenciones quirúrgicas.

Existen desordenes psicosomáticos como adaptaciones esto es que si comenzamos hablando de las enfermedades psicosomáticas como un mal que aqueja a la sociedad, ¿cómo podemos decir que pueden ser adaptativos?, bien pues pueden serlo como una neurosis o un psicosis y es importante saber de ello y en conjunto como sociedad. Estos tres padecimientos, lo que hacen es proteger de algo al paciente peor, comienzan siendo una

adaptación no importa el rumbo que tomen después. Cameron, (1990) nos dice en su libro que, “el desarrollo de un desorden es inconsciente, pues el paciente no sabe lo que le está ocurriendo”. Guiándose por una orientación general, se puede abordar los desórdenes psicosomáticos, como un maladaptativo y nos describe lo siguiente:

1. Un desorden psicosomático pone en lugar de una situación intolerable enfermedad física, real o aparente. En lugar de volverse neurótica o psicótica, la persona enferma físicamente. En gran parte de las culturas de hoy en día, la enfermedad física, por deplorable que resulte, es aceptable, mientras que se considera a la enfermedad neurótica como una debilidad inaceptable y a la psicosis, una locura. Es mucho más digno sufrir un desorden psicosomático, hasta donde el paciente piense que el origen de su enfermedad es físico.
2. Aunque los desórdenes incluyen ansiedad primaria - Difusa y regresiva de un pequeño-, esta será más fácil cuidando las consecuencias secundaria basada en conflictos consiente surgidos de impulsos infantiles, que la persona no puede controlar de otra forma y que no reconoce. Tal vez el resultado final sea enfermedad seria incluso la muerte, pero el paciente en la presenta el peligro. Todo el proceso es inconsciente, síntomas son aquellos de una enfermedad física que aparece tan inevitable como cualquier enfermedad del cuerpo. Muchísimos desórdenes psicosomáticos son moderados y no provocan la muerte.

3. Un desorden psicosomático puede proteger a un paciente de caer en una psicosis franca, lo que si ya es atemorizante y puede terminar en un confinamiento parecido a la cárcel, con pérdida de derechos civiles. Todo ciudadano no sabe de tal peligro, incluso los niños, y si bien los procesos que se llevan a un desorden psicosomático o algunas veces son inconscientes no significa que esté ausente una “elección” Inconsciente. Aunque hay diferentes opiniones entre los expertos respecto a la frecuencia con la que viene una psicosis tras la pérdida de los síntomas psicosomáticos, nadie especializado en el campo va a negar que a veces parezca existir una relación íntima entre los dos. Por ejemplo, algunos pacientes se lo sacan en una psicosis paranoica cuando mejoran; otro se deprimen psicóticamente como si los desórdenes psicosomáticos y la psicosis fueran intercambiables. Esto indica la necesidad de ser cautos en el tratamiento de desórdenes crónicos que no amenazan la vida y prepara al terapeuta para la posibilidad de que se le pide a tratar la tendencia psicótica del paciente.

Esto indica la necesidad de ser cautos en el tratamiento de desórdenes crónicos que no amenazan la vida y prepara al terapeuta para la posibilidad de que se le pide a tratar la tendencia psicótica del paciente en recuperación.

4. Los desórdenes psicosomáticos le dan al paciente los privilegios otorgados a una persona enferma, sin el peligro de que se interfiera con su libertad o rebaje autoestima de la misma. La ganancia secundaria, cómo se le llama, y la relación de una necesaria dependencia inconsciente con una figura

paterna, el clínico; puede darle satisfacción valiosa a una persona funcionalmente inmadura. No deben despreciarse tales satisfacciones. A veces protegen de una persona de caer en problemas neurótico psicótico que la capaciten; A menudo permite relaciones interpersonales significativas a una vida por todo concepto hacía. Muchos hombres y mujeres dependientes y emocionalmente maduras ocultan sus necesidades, antes sí y ante otros, tras una fachada de energía. Pero ahí continúa las necesidades, todavía insatisfechas.

5. Finalmente, intensificaciones de una enfermedad física de un desorden psicosomático. El paciente puede utilizarse enfermedad física como medio para el interés, el cuidado y el afecto; del que han estado necesitados de siempre, pero que no ha podido tener mientras estuvo sano. Tampoco debe despreciarse esto. La vida es objetivamente más fácil y menos recompensate para unas personas que para otras; Se le considera obscura, si bien objetivamente se le tome por afortunada. La ayuda psicoterapéutica en el tratamiento de los desórdenes psicosomáticos consiste en que dicha necesidad encuentre expresión verbal, cuando se la puede lograr hábilmente Y con seguridad, de modo que mientras el paciente va mejorando en lo físico, a la vez madure psicodinamicamente. Dar apoyo y permitir la independencia durante las primeras etapas de la terapia la parte más importante del tratamiento dado a los desórdenes psicosomáticos. (pág. 662-663)

Algo destacable en el trastorno psicossomático y con base a lo anterior es que la probabilidad de éxito depende del tratamiento multidisciplinario, entre el terapeuta y el especialista en el padecimiento, ej., oncólogo, en el caso del cáncer. Llevar a cabo cada paso que se haya indicado, después de esto comenzaremos con los padecimientos que existen.

Los desórdenes psicossomáticos y el tracto gastrointestinal.

Gran parte de las fuentes de placer, alivio y consuelo y gran parte de las fuentes de frustración y ansiedad evidente del niño se centran alrededor de la boca y de la alimentación. (Cameron, pag.664, 1990).

Klein nos habla de un sentido de realidad, el cual es proveído por la madre, en el artículo, introducción a los conceptos de la teoría psicoanalítica de Melanie Klein, (2016). El infante lo que comienza a comprender es que su madre es un objeto total, que no solo un pecho y este a su vez, puede ser bueno ser bueno. En este punto Klein introduce la ambivalencia, en ella dice que la madre puede ser buena y ser mala, que se puede estar presente y ausente, que lo puede amar y odiar al mismo tiempo; como sabemos en el psicoanálisis se trata de sentimientos ambivalentes dirigidos a la misma persona.

Cameron, (1990) en su libro Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Habla de dieciséis desórdenes psicossomáticos, a continuación se hace mención de ellos.

1- Úlcera péptica.

Éste término se refiere a las úlceras que se presentan con gran frecuencia en el estómago y en el duodeno. Se puede presentar en cualquier edad, su causa directa es que los jugos digestivos ácidos producidos por la digestión atacan el tejido gástrico o duodenal. No cabe suponer que todo caso de úlcera péptica tiene por causar problemas emocionales, pero los que si se originan emocionalmente componen una proporción formidable. Los estudios clásicos de Beaumont, ello de principios del siglo XIX, y los de Wolf y Wolf y los de Mirsky y Margolin en años recientes. Por ejemplo en un estudio reciente descubrió que un grupo de 85 adultos, en los momentos de hospitalización dos por desórdenes no relacionados con la gástrica intestinal aparecieron úlceras duodenales “Silenciosas” en el examen mediante rayos X de 20% de los soldados jóvenes, 4% de civiles de más edad y 4% de mujeres jóvenes. Esto es resultado de una supercompensación, expresión vigorosa de autosuficiencia que es básicamente una formación de reacción contra las poderosas necesidades de dependencia. Un ejemplo que el autor nos da:

Caso 1: un hombre que ha presentado un estilo de vida que oculta sencillamente eso es fuerte necesidad de dependencia y las niega incluso ante sí mismo. Por medio de esta defensa permanece inconsciente de esas necesidades. El meramente sugerirle que existe le parecerá un insulto. Siempre que algo amenaza su patrón de vida, el hombre aumentan los esfuerzos y siente como nunca en impulso de ser independiente de todos. (Cameron, pag.665, 1990).

2- Obesidad.

Tiene mucha correlación con la úlcera péptica y pues esta puede tener muchas cosas en la cual se deben incluir necesidades de dependencia fuertes y racionales un desorden psicosomático, a veces muy grave y sobrepeso crónico y resultado, casi siempre de un exceso de comer; y rara vez están involucrados desórdenes endocrinos y metabólicos.

Es un estudio sobre niños obesos, Bruch descubrió que menudo las madres eran incapaces de darle un verdadero amor maternal, pues ellas mismas teniendo necesidades insatisfechas de ser dependientes y amadas. Sin embargo, Si podían dar a sus hijos alimento y con cuidado consistente. Esto dice el autor termina siendo el sustituto de dar amor de la madre hacía él hijo. (Cameron, pag.666, 1990).

3- Colitis ulcerosa.

Este desorden gastrointestinal Al igual que los anteriores se cree que es por las experiencias como las necesidades emocionales. Es indirecta de la membrana del colon en el momento en que el paciente experimenta conflictos debido a resentimientos y el deseo de complacer, reveló que dicha mucosa se congestiona y se hiper-activaba. En tal situación, el colon se vuelve frágil, de tal manera que cualquier trauma menor producirá hemorragias e ulceraciones.

Los pacientes incluidos en este estudio pareciendo a primera vista personas pasivas, obedientes como blandas y dulces, pero tras la fachada se ocultaba el enojo se encontró, que eran personas con fuertes necesidades de dependencia. En las personas entienden la

sensación de culpa y de miedo. Se dijo que las madres de sus pacientes fomentaban un grado desmesura de dependencia mediante su dominio.

Caso: un niño de cinco años con colitis ulcerosa, tuvo su primer ataque a los tres años y medio, al terminar la escuela de verano e irse una sirvienta a la que quería mucho. El niño estaba atento y furioso, pero no se atrevía manifestar su furia. Tenía impulsos agresivos orales y anales y fantasías destructivas que representa. A la gente como eses y como comida. La madre del niño, y gran parte de los parientes que lo rodeaban, contienen sus sentimientos y sus impulsos destructivos orales y anales primitivos, pero manejan la hostilidad que sentía mediante un auto control Excesivo y fomentando un ríspido desarrollo del súper ego. Debido a que la estructura ego-superego, se informa que ocho de los 12 miembros de la familia desarrollen en desórdenes psicósomáticos en lugar de psicóticos. Tal interpretación coincide con la alternativa a los desórdenes psicóticos. (Cameron, pag.667, 1990).

4- Sistema respiratorio.

El sistema respiratorio participa en las experiencias emocionales cotidiano. Tenemos los suspiros de tristeza, la melancolía y el arrepentimiento, el sonido entrecortado de sorpresa, el grito de miedo y pena. El público que observa en la cuerda tensa contiene el aliento y lo dejo escapar audible mente cuando termine. Las madres hacen lo mismo cuando observan el hijo salir de un peligro del que el niño no estaba consciente. A menudo el tono, ritmo y la velocidad del habla de una persona nos indica que se encuentra emocionalmente perturbada.

Los adultos que tienden a estar ansiosos, enojados respiran de tal modo que el aire de ingreso no llega a los alveolos de los pulmones de manera que se lleve a cabo el intercambio normal de bióxido de carbono por oxígeno. Aunque no se ponen morados, como los infantes, se sufre mareos, debilidad e incluso “desmayos”. Por lo común los pacientes no se dan cuenta que sufre uno por fijación emocional, y acuden en busca de ayuda debido a los síntomas. (Cameron, pag.669, 1990).

5- El asma bronquial.

El asma bronquial es el más importante de los desórdenes psicossomáticos de la respiración. Consiste en una opresión de los bronquiolos que producen estornudos, sensaciones de ahogo y esfuerzos por respirar. Algunos asmáticos se encuentran críticamente enfermos y otros son inválidos crónicos. Gran parte experimenta remisiones, en las que sienten bien, y en periodos de ataques, que llegan a ser muy severos, ejemplo:

Caso: Patricia M, una chica de 14 años que asistía a escuela del sistema Baraboo, fue admitida en un hospital general debido a ataques de bronquios. Las enfermeras informaron que dentro del pabellón flaqueaba por sus atemorizados padres; la madre la sostenía por un lado y el padre caminaba por el otro, con una jeringa llena de adrenalina en la mano, lista para uso inmediato. Tal entrada representaba dramáticamente las actitudes que los tres habían desarrollado durante los cuatro meses en los que había sufrido ataques asmáticos. En casa, después de sus horas de trabajo, el padre había estado dedicándose por completo a la tarea de divertir a Patricia, de modo que sufre al menos con sus ataques. Pero ocurrió que

estos aumentaban en frecuencia y en severidad cuando él llegaba casa, pero ni los padres, ni la chica parecían sospechar que alguna relación existieron entre los elementos. Cuando la trajeron al hospital, sus actitudes de una persona en peligro inminente.

Aunque se comprobó claramente una hipersensibilidad respiratoria, a todos les resultó evidente que la ansiedad extrema de la niña era causada por los padres pues eran quienes constituían el problema principal. Al principio se limitaron las visitas de los padres a la hija, si bien no al hospital. Mientras se desensibilizada a la chica a sus alérgenos específicos, tanto al mismo tiempo se llevaba a cabo psicoterapia. Por ello cuando le daban crisis, eran en intervalos infrecuentes, tanto los padres como la chica manejando situación sin alarmarse. A Patricia se le sigue dando tratamiento externo por algún tiempo, de algún modo fue posible resolver algunos de sus problemas personales.

Se van interpretar los ataques asmáticos con un grito de ayuda suprimida respecto a la figura materna, cuando el paciente sufre una pérdida una separación. El paciente puede expresar su dependencia es sólo de un modo infantil. Los asmáticos a menudo informan que tienen dificultades para llorar y que sienten alivio de su asma cuando aprenden a llorar. A veces la confesión alivia los ataques sufridos por paciente psicossomático, si estos tienen sentimiento de culpa inconsciente o consciente, provocados por su hostilidad y por el miedo a perder el amor que necesitan. Suelen experimentar alivio los pacientes que descubren que se les acepta a pesar de la “maldad” imaginaria o real que en si ven. (Cameron, pag.669-671, 1990).

6- Desórdenes cardiovasculares de base psicossomática.

El sistema cardiovascular suele estar influido tanto, incluso cuando el cuerpo descansa. Responde con cambios en flujo y en la presión de la sangre cuando hay fatiga física, atención, vigilancia y relajamiento. Modificaciones participan en toda experiencia y conducta y emocionales. El corazón de una persona late con mayor fuerza, y se puede elevarse presión sanguínea, cuando siente gozo, y no miedo incluso cuando estaba deprimida o exige mucho.

Tras estos síntomas pueden encontrarse una ansiedad, una culpa o un enojo que no ha sido expresado. Cuando una persona se enoja y logra cierta descarga mediante acciones violentas o ataques verbales. La dificultad está en que la vida social en grupo, la violencia en la acción o en la forma de hablar en contra violencia o, por lo menos, enojo y desaprobación. Al parecer cuando una persona crónicamente reprimida en ciertos contaminantes vasculares del enojo producirá desórdenes psicossomáticos estudiaremos desde los más comunes, la hipertensión esencial y la migraña. (Cameron, pag.671, 1990).

7- Hipertensión esencial.

No se conoce su etiología, pero se ha dicho que es una descarga de estrés. Hace participar el mismo mecanismo endocrino y autónomo que median en la vasoconstricción periférica y en la anterior difusa. Pues esta simulación emocional activa patofísicamente y esta sirve de base al desarrollo de la hipertensión. Se dice que existen pacientes que presentan explosiones de enojo, pero de pronto presentan auto control estricto sobre él. Sin embargo

esto no significa que se haya borrado toda huella fisiológica del expresado, si en el transcurso del proceso acepta un mal tratamiento y va sintiendo mayor hostilidad cada vez, que pudiera alterar conflictos profundamente asentados, relacionados con la dependencia y le hostilidad de la niñez. (Cameron, pag.672-673, 1990).

8- Migraña.

En su forma más características consiste en dolores de cabeza es periódico y unilateral, acompañados a menudo de náuseas y vómito y a veces de diarrea o estreñimiento. Las personas que sufren ataques de migraña son, al parecer muy exigentes, perfeccionistas y ambiciosas, así como irritables y resentidas. Se frustran porque no pueden hacer lo que se impone. Alexander afirma que en estos pacientes, los impulsos destructivos puedan inhibir en la etapa de desarrollo, cuando en la planeación y las imágenes visuales están activas. (Cameron, pag.673, 1990).

9- Artritis reumática.

Éste padecimiento también se debe el estrés emocional. Se dice que las personas quienes presentan este padecimiento son buscadores de éxito, activos y energéticos, que expresa libremente sentimientos. Alexander, dice que se inhibe el enojo en el momento mismo de consumarse el acto agresivo hostil, sucede también una acción simultánea de músculos poderosamente contraídos, algunos se ven encaminados a que el acto agresivo y otros impedirlo, pueden lesionar la articulación. También que hubo un aumento de responsabilidad y la disminución de la responsabilidad. El autor dice que se afirma que los

padres de quién sufre artritis reumatoide fueron restrictivos y a veces sobre protectores, mientras que no le permitían al hijo expresar su enojo cuando se sentía frustrado, mediante los canales motores usuales. Se dice también que las mujeres artríticas se les conocen como Machorras (Sic). Atendiendo al esposo y a los hijos con resentimiento, portándose como madres. A veces me da ataque de artritis de matrices y cuando ya no puede controlar la culpa provocada por las dignidades que muestran. (Cameron, pag.673-674, 1990).

10- La piel.

La piel es una paradoja y es un milagro. Es un órgano circulante, pero cuenta con un gran número de sensores que al estar en contacto con un estímulo lleva consigo una reacción, junto con los ojos los oídos, nariz y la boca, conectando al organismo y medio ambiente. La piel tiene vasos sanguíneos, glándulas y elementos de los músculos lisos que la relacionan directamente con las vísceras. En la piel crece el pelo, que en el rostro es señal de masculinidad y en la cabeza la corona de la gloria de las mujeres.

La piel en la relación simboliza con la madre, pues esta es la primera que sientes o que tienes contacto con ella, pues desde muy temprana edad la piel toma parte en la secuencia de la satisfacción de las necesidades, que crean entre la madre-hijo relación recíproca y ayudan establecer las relaciones simbólicas entre madre e hijo normal. Durante toda la vida la piel cumple funciones agresivas y hostiles. A su vez la piel también cumple funciones crónicas o de dolor por autolesión o castigo a pensamientos dañinos para otras. A menudo se asocia del rascarse con impulsos y fantasías destructivas texto a otras personas.

Schur, Medico psicoanalista Austriaco, el cual propone un tratamiento que debe estar encaminado a contrarrestar la lesión fomentado la verbalización, gracias a este procedimiento el uso de la piel del proceso primario para expresar sentimientos, impulsos y pensamientos los cuales se reproducen gradualmente con una expresión lograda a través de los canales normales. (Cameron, pag.674-675, 1990).

11- Hipotiroidismo.

Los síntomas que más se presentan son la irritabilidad, la actividad excesiva e inquieta y los cambios súbitos. Existe también una acción recíproca de funcionamiento visceral y actividad psicológica existe la formación de reacciones del paciente, pues este adoptado un estilo de vida que niega su dependencia y las amenazas contra su seguridad durante la niñez. Alexander, piensa que la promoción de la niñez es una función de la tiroides. Según él, la tiroides puede volver a tener un lugar preponderado, cuando el adulto sufre de estrés y torna en alguna parte de una extremidad, para poder manifestar el síntoma el cual encubrirá el estrés del suceso que le aqueja. Esto acelera dado entrada actividad de la tiroides sea excesiva se presentará mediante algo que fue conveniente en la niñez, pero que ahora resulta patológico por sus consecuencias. (Cameron, pag.676-677, 1990).

12- Diabetes sacarina.

En las personas diabéticas expuestas a un estrés emocional son característicos cambios perturbadores o muy influyentes en nivel de azúcar en la sangre. Al parecer los estresores más comunes son la frustración de las necesidades de dependencia y la reactividad de las

necesidades de dependencia a causa de una pérdida. El autor nos dice que una madre que sólo sabe expresar amor alimentado, puede tropezar con ciertas dificultades cuando quiera someter a su hijo diabético a la dieta requerida. Esto es porque el paciente, al ser niño o adulto, puede sentirse privado y no amado al grado de que, aquello que nos debe y esto sólo por castigar en secreto a la figura de autoridad. No importa cuál sea la relación etiológica, quien este encargado del cuidado y del tratamiento es de diabéticos debe tener en cuenta esos factores. (Cameron, pag.677, 1990).

13- Disfunción sexual como un desorden psicossomático.

Esta ocurre porque el coito heterosexual normal significa la aparición recíproca de dos personas organizadas de modo muy diferente, un hombre y una mujer, cuya anatomía, fisiología biología, actividad, experiencia y expectativas son radicalmente diferentes. Las personalidades sexuales normales de gustos y aversiones, las expectativas y los ideales individuales es un poderoso cuando el cortejo, el casamiento y las relaciones sexuales maritales. Sin embargo, transcurre general de manera acción sexual normal por factores anatómicos y fisiológicos que funcionan dentro de la cultura que este prevaleciendo. (Cameron, pag.677-678, 1990).

14- Disfunción sexual en el varón.

Surge porque todo aquello que estimule la entidad, ajustado el miedo puede inferir con la ciencia en la sexualidad masculina, como pueden interferir en los conflictos acerca de la sexualidad, la ambivalencia emocional respecto a la mujer o identificación femenina. Son

otros determinantes inconscientes de la disfunción sexual del varón los miedos Pre-edipicos de la niñez respecto a iras y hostilidades incontrolada estado supresión o coerción de la madre. En ocasiones el funcionamiento interfiere en la sexual del varón por un sentimiento inconsciente contra la mujer o incluso podría tratarse de envidia infantil por el narcisismo y el papel productivo que ellos tienen. Los miedos edipicos sin resolver respecto a la figura paterna, que parecía peligrosa en la primera niñez, aprobó que a veces la incapacidad y racional para cumplir adecuadamente, cuando adulto, el papel dado al varón. (Cameron, pag.678-680, 1990).

15- Disfunción sexual de la mujer.

Parece existir una relación íntima en las mujeres de la función de nada. La estimulación de las manifestaciones emocionales y el cómo influyen sobre el juego extraen en el momento la falta sobre esa del flujo menstrual parece ser a menudo una defensa contra de la sexualidad. Seguido de esto la menstruación pueden estar acompañadas de una madurez sexual incompleta producto de una agresión. Los conflictos latentes bueno ocasionar cambios hormonales en serio donde estás, este proceso fisiológico normal, algunas mujeres lo describen como un castigo o no enfermedad.

-La frigidez.

Se le considera como la incapacidad de responder ante estímulos del acto sexual (no satisfacción) esto impedirá que exista o pueda haber un orgasmo.

Signifique que no me quieres responder con un orgasmo cuando es estructura se encuentre simulado durante la sexual normal.

-Embarazo.

Las mujeres experimentan durante el proceso de embarazo una serie de situaciones como: miedos y ansiedades. El parto natural lo que intenta es adiestrar una mujer embarazada para que su cuerpo responda durante el proceso del nacimiento del bebé, traduciendo de esta manera la espera. Asimismo la alimentación supone que las mujeres deben detener la producción de leche, pero algunas mujeres con lactancia se ven frustradas, esto impide que se pueda relajar, sin proveer de leche en abundancia al bebe, por falta de la misma. (Cameron, pag.680-681, 1990).

2.2- Algunas causas.

Uribe (2015) recomienda en su artículo “Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuencias del clima y la cultura”, el trabajo debe ser multidisciplinario y esto a que nos lleva a que debe ser una vinculación, entre el médico, el psiquiatra, el psicólogo, el antropólogo, el administrador, el jefe, etc., esto debido a que las actividades que se realizan habitualmente nos llevan a la convención diaria con todos ellos, por ello son variables dependientes e independientes. Es una respuesta del individuo a su entorno y lo explica en el siguiente cuadro 16.

Vargas. (2013). Nos dice en su artículo, “Las enfermedades psicósomáticas y el malestar emocional de los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica.” El cuerpo ha sido el vínculo que sirve como conducto, para dar mensaje del discurso o queja, pues existen algunos malestares que no pueden ser verbalizados por la persona o conciencia

alguna de la queja. En la mayoría de los casos los pacientes que presentan enfermedades psicosomáticas lo que hacen es ir con un médico general, que atienda el malestar físico que presentan, no obstante, por ello se ha tratado de abrir nuevos espacios que den lugar a que se atiendan este tipo de enfermedades que deben ser atendidas por los psicólogos.

“Las enfermedades psicosomáticas no son padecimientos que surgen de la locura o de un pensamiento mágico, sino que constituyen medios por los cuales el cuerpo se convierte en el portavoz de malestares que no encuentran salida por la palabra, y es en el cuerpo en dónde encuentran la voz, a través de las dolencias que deben ser meticulosamente escuchadas para ser abordadas.” (Vargas, 2013).

Capítulo 1. Como se menciona al inicio de la tesina, se necesita una base teórica la cual sustente los fundamentos con los cuales se proporciona la estabilidad y constancia de una disciplina que estudia acerca de un suceso o acontecimiento y su constancia e investigación, proporcionara una mejora en la calidad de vida, la exploración y el tratamiento que se les da a quien presente una sintomatología. En el siguiente capítulo se retoma esta postura, la cual nos servirá para llevar un control y entendimiento del desarrollo de la sintomatología y sus consecuencias en diferentes contextos los cuales son parte de la vida cotidiana.

Capítulo III -Estrés.

3.1-Definición

Diccionario de psicología (2010). Define al estrés como: una reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas de un medio social en el cual esta inmiscuido desde su nacimiento. Este es resultado se dará a partir de la interacción entre las características de la persona y su medio social. Su reacción depende en gran medida de los recursos con los que cuente para poder enfrentarse a lo estímulos que lo estresan. Estas respuestas favoreces una mejora en la percepción de la situación de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible.

3.1.2 - Estrés en México.

En una nota del periódico Universal (2015) menciona que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) México, se caracteriza por ser uno de los tres países junto con China y Estados Unidos, con mayor índice de estrés en su población. Pues el 25 % de los infartos en México que se atribuye al 75 % de los casos estrés son provocados por la rigidez laboral, poniendo en el primer lugar de este padecimiento, lo sigue China, con el 73% y a Estados Unidos con el 53 %. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS. Dicen que este es provocado por: el estrés de trabajo, los horarios estrictos o inflexibles, inseguridad laboral y mala relaciones con los compañeros y también se considera la falta de apoyo familiar. Tres años más tarde otra nota periodística de “Expansión en alianza con

CNN” (2018) En conjunto a la plataforma de bolsa de trabajo en línea “bumeran.com”, corroboran que México, continua en el primer lugar de estrés y en un comunicado con el especialista de Recursos Humanos del sitio, Hussein Escamilla. Refiere que por los malos espacios de trabajo y la no fomentación de la de revisiones médicas, ésta repercute en los trabajadores en enfermedades crónicas esto es a causa de la presión y el estrés que el trabajo les provoca por años.

Refiriendo lo anterior en el artículo Frecuencia e Intensidad del Estrés en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la DACS. Rivas, V, Jiménez, C, Méndez, H. (2013) escribe que México, es uno de los países con mayor niveles de estrés en el mundo en razón de que presenta los principales eventos que provocan esta enfermedad tales como pobreza y cambios de situación laboral y social. Las estadísticas de la Asociación Mexicana de Estrés, Trauma y Desastres (AMETD), revelan que el 54% de la población en nuestro país sufre de estrés, es decir, 52 millones de personas, entre esta población, va implícita la población de estudiantes, en la que algunos se ven inmiscuidos en el ámbito laboral y escolar, para cubrir sus necesidades primarias y para pagar la universidad.

Siguiendo lo anterior Marín, M. (2015) en su artículo “Estrés en estudiantes de educación superior de Ciencias de la Salud”, refiere a el estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta, cuando el estudiante se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son considerados estresores; o cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio por ejemplo); y también cuando este desequilibrio obliga al estudiante a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.

Respecto a lo que los autores nos dicen, se puede notar una clara y evidente demanda en México, la cual nos lleva a tener que tener medidas, no solo de atención, también de prevención pues esto podrá dar atención a las demandas que se han expuesto previamente.

3.2-Clasificación del trastorno.

En el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión, (CIE 10, 2015) se clasifica en F43 a el estrés, como “Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación”. En esta categoría a diferencia de las otras los trastornos son identificables por los síntomas y el curso. Pero, también por un acontecimiento vital significativo que conduce a una reacción aguda de estrés o un cambio desagradable que conduce a un trastorno de adaptación.

La manifestación de las características del grupo de los trastornos que aquí se presentan, son algunos síntomas físicos, juntos a solicitudes insistente de investigación médica, a pesar de lo negativo y la confirmación reiterativa de los médicos que los síntomas por no tener una base orgánica. Si estos síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico a : Reacción aguda crisis, Reacción aguda estrés, Fatigado de combate, Estado de crisis, “Shock” psíquico.(Véase en apéndice cuadros 3.2.1-3.2.3)

3.3- Historia y Principales representantes de la teoría del estrés

Sandin, (1996). en el capítulo uno del Manual de Psicopatología Vol. II, comienza diciendo que el termino estrés es frecuentemente utilizado por psicólogos, médicos, psiquiatras y sociólogos. Continua Hans Selye, Sin duda hay sido de las personas que más ha contribuido al conocimiento del estrés y postuló lo siguiente; todavía muy poca gente define el concepto con el mismo sentido o se ocupa de intentar dar una clara definición. La palabra estrés, se utiliza con mayor frecuencia como éxito, fracaso o felicidad y hace alusión de “el hombre de negocios piensa de él como si se tratara de una frustración o tensión emocional”. (Sandin, pag.4, 1996).

Los primeros términos el estrés:

El término estrés, ya fue empleado a partir de siglo XIV, para referirse a las experiencias negativas. Sin embargo en el siglo XVII el biólogo y físico R. Hooke, propuso el concepto de estrés, en asociación a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión. Los aplicó a estructuras fabricados por el ser humano (por ejemplo los puentes). Para esto postula tres conceptos relacionados basados en las características físicas de los cuerpos sólidos, presentando los siguientes términos: carga (*Load*), significa el pensó ejercido mediante una fuerza externa. Distorsión (*strain*) que hace alusión a la deformación en tamaño o forma del estructura respecto a su estado original y por último el estrés (*stress*) Como fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Éstos tres conceptos, carga el estrés y la distorsión, adoptados por la

fisiología, psicología y sociología y han influido en el desarrollo de las teorías sobre el estrés. (Sandin, pág. 4, 1996).

Teoría del estrés de Selye.

Él entiende el estrés con una respuesta no específica del organismo. En algunos aspectos, asume Selye, Cada demanda hecha sobre lo de mismo es única, es decir, específica. El calor, el frío, las drogas, el ejercicio muscular, etc. Todas estas respuestas fisiológicas tienen una razón de ser, pues al producirse cubre una necesidad (Equilibrando al organismo). Según esta teoría, cualquier estímulo puede ser estresores siempre que provoque al organismo en la respuesta inespecífica de las necesidades de un ajuste o de estrés. Después Cannon 1932 influyó en esta teoría a partir de su hipótesis sobre la homeostasis, él decía que todo organismo tiene la capacidad para mantener constante un equilibrio interno. Pero también proponía que el término estrés el cual, se refería a la reacción de “lucha o huida” esto era en defensa de estímulos amenazantes externos o internos. Son la respuesta que interviene básicamente la activación del sistema nervioso simpático, con la subsecuente liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal (adrenalina y Noradrenalina), liberación de glucosa a los músculos, etc. (Sandin, pag.5, 1996).

34- Síndrome general de adaptación

Respuesta de alarma:

Es la reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptada. Aquí presentados fases una de choque y otra de contrachoque. En la primera, los síntomas típicos son la taquicardia, la pérdida de tono muscular y la disminución de la temperatura y presión sanguínea. En la segunda fase hay un rebote, ésta se caracteriza por la movilización de una fase defensiva, durante la cual se produce agrandamiento de la corteza Suprarrenal con los signos de hiperactividad. (Sandin, pag.6, 1996).

Resistencia:

En esta etapa se produce la adaptación del organismo al estar junto con el estímulo que lo perturbaba y ahora los síntomas ya no se encuentran presentes por ejemplo: tenerle miedo a un perro, ahora es normal y no hay temblores o sudoración al estar en contacto con él... (Sandin, pag.7, 1996).

Agotamiento:

Si el organismo continúa expuesto al estrés prolongadamente pierde la adaptación adquirida en la fase anterior entrando en la tercera fase o de agotamiento. El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado. (Sandin, 1996: 7).

3.5- Tipos de estrés

Estrés positivo (eustrés).

Una persona que es sometida a un estímulo estresor que le provoca una demanda y que pone en riesgo a su armonía y que a su vez forzar un cambio en la adaptación del mismo, todo esto a nivel físico y emocional. Se habla de un buen estrés pues es indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Las personas con estrés positivo se caracterizan por ser creativos, con ganas de satisfacer ante el estresor. (Sandin, 1996).

Estrés negativo (distress).

Al contrario de eustrés, lo que sucederá será que no se de una adaptación y dará como respuesta específica el mal manejo provocando alteraciones, a nivel fisiológico y emocional. (Sandin, 1996).

Estrés laboral.

OMS. (2004). El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante la exigencia y presión laboral es que no se ajusta a sus conocimientos y capacidades, y que pone a prueba sus capacidades para afrontar la situación. No existe confusión entre presión o reto y

estrés y a veces se utiliza para disculpar prácticas gerenciales inadecuadas. Debido a la exigencia laboral de hoy, es inevitable que la exista presión en el trabajo.

Estrés académico

Es aquel que aparece en los alumnos de educación media superior y que tienen como fuente exclusiva a estresores relacionados con las actividades a desarrollar en el ámbito escolar, también se conoce como proceso de cambio en la enseñanza y aprendizaje que se da a través de mecanismos individuales e institucionales producidas en la experiencia de aprendizaje en instituciones de nivel medio superior, Alvares, M. (2015). citando a Barraza. Ej. Cuando un alumno, va a presentar un examen se puede esforzar en estudiar todo y haberlo aprendido, pero justo en el momento de presentarlo, olvidar por completo lo que reviso previamente, esto a causa de los nervio o la ansiedad que le provoca.

Estrés agudo.

Esta es la forma más común que existe, surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro. Esta provoca una baja agotadora y desgaste. (APA, tipos de estrés, 2018). Ej. Cuando un pequeño, es abandonado por su madre, revivirá constantemente la vivencia, provocando una angustia la cual a su vez estará latente contantemente en sus relaciones.

Estrés agudo episódico.

Es común que las personas que presentan este tipo de estrés estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Suelen describirse como personas con mucha "energía nerviosa. Se podría describir típicamente como "doña o don angustias" que ven un desastre a la vuelta de la esquina y prevé con pesimismo una situación catastrófica. Pueden presentar: dolores de cabeza intensos, dolores de cabeza tensos y persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Con frecuencia, ven su estilo de vida, sus patrones de interacción con los demás y sus formas de percibir el mundo como parte integral de lo que son y lo que hacen, por lo mismo, el tratamiento pueden llevar muchos meses. (APA, tipos de estrés, 2018)

Estrés crónico.

Este funge cuando una persona no ve la salida a una situación deprimente e incluso puede que deje de buscar las posibles soluciones, algunas de estas situaciones se pudieron desencadenar desde la niñez, estas se interiorizaron y se mantienen dolorosas y persistentes constantemente. Cuando la personalidad o las convicciones y creencias profundamente arraigadas deben reformularse, la recuperación exige el autoexamen activo, a menudo con ayuda de un profesional. En el peor de los casos la persona que lo padece se acostumbra a él, (APA, tipos de estrés, 2018). "El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven

consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés".

3.6-Clasificación de respuestas al estrés.

Fisiológica.

También el estrés fue establecido inicialmente Por Selye, El cual implicó primordialmente en la activación de los sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipofiso-Corticosuprarrenal y médula-suprarrenal, así como en su autónomo simpático. Posteriormente, Mason en 1968 estableció una idea de totalización neuroendocrinas, con esto pretende enmarcar que el sistema neuroendocrino responde a los distribuidores en forma de patrones de respuesta totalitarios y complicados. Pero también podría aislarse los patrones diferentes de respuesta hormonal durante el estrés. El primer patrón incluye un Subgrupo de hormonas constituido por 17-hidroxicorticosteroides (17-OHCS), la adrenalina, la noradrenalina, la tiroxina y la hormona del crecimiento, y se caracteriza por una rápida de niveles de estas hormonas. El segundo patrón consiste en una caída inicial del nivel de hormonas, en la que se construyen los andrógenos, los estrógenos y la insulina. (Sandin, pag.28, 1996).

Psicológicas.

El principal supuesto psicológico es el tipo emocional. De modo que la emoción es activada contra los cambios fisiológicos que caracterizan el síndrome de estrés, cada que este (el estrés) es psicológicamente expresado. El tipo de emociones que suele acompañar a la experiencia de estrés son emociones negativas, como por ejemplo ansiedad, miedo, ira,

depresión, etc., las emociones, por tanto, acompañan y determinan en gran medida los procesos de estrés. Bajo ciertas condiciones de estrés pueden existir unas emociones, dependiendo de las circunstancias del individuo y de la situación. (Sandin, pag.31, 1996).

3.7-Psicología del estrés.

Sapolski, R. (2013). En su obra ¿por qué las cebras no tienen úlceras?, explica la psicología del estrés del siguiente modo: en primer plano dice que el desgaste físico que se presenta con base al estrés que aqueja al sujeto, lo explicara con la siguiente metáfora financiera:

Supongamos que disponemos de un dinero extra y decidimos ingresarlo durante un tiempo en una cuenta de interés elevado. Si aceptamos no tocar el dinero durante un periodo determinado (seis meses, dos años, etc.), el banco nos ofrece un interés más alto de lo habitual. Y normalmente, si queremos retirar el dinero antes de la fecha, habrá que pagar una sanción por el reintegro. Supongamos entonces que, con este acuerdo, ingresamos alegremente nuestro dinero. Al día siguiente nos ponemos nerviosos, lo retiramos y pagamos la sanción. Al día siguiente volvemos a cambiar de opinión, reingresamos el dinero y firmamos un nuevo acuerdo, para volver a cambiar de opinión por la tarde, retirar el dinero y pagar otra multa. Pronto se nos habrá ido más de la mitad del dinero en sanciones. Del mismo modo, cada vez que retiramos energía de la circulación para almacenarla y la devolvemos de nuevo, perdemos buena parte de la energía potencial. Se requiere energía para llevar esos nutrientes al torrente circulatorio y para

sacarlos de él, para activar las enzimas que los unen (con el fin de formar proteínas, triglicéridos y glucógeno) y las que los descomponen y para alimentar el hígado durante la gluconeogénesis. En efecto, se nos sanciona si activamos la respuesta de estrés con demasiada frecuencia; acabamos gastando tanta energía que, como primera consecuencia, nos cansamos antes; se produce lo que simple y llanamente llamamos fatiga cotidiana. (Sapolski, R. pág.87-88, 2013).

Todo esto puede tener como consecuencia la aparición de una enfermedad, que incluso puede ser un padecimiento crónico degenerativo. Es muy sorprendente dice Sapolski, R. (2013). Que en los salones haya nuevos avances tecnológicos y campos de investigación entre ellos el de, la psiconeuroinmunología, ésta se encarga de los hechos extraordinarios que pasan en la psique y que pueden influir en el sistema inmunitario, y es que se creía que esto estaba completamente separado, pero no es así. El cerebro es capaz de crear cualquier cosa que se proponga e incluso una enfermedad que se atribuya por su sintomatología a un padecimiento real, que cuenta con todas las bases sintomáticas. Aun cuando esta se trate solo de un fuga de la mente, de una manifestación que incubre una queja.

Lotero, H, Arias, A. (2015). En su artículo “Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: un análisis de caso”, al examinar la sintomatología que presenta el sujeto, se hace mención de una experiencia traumática y un factor emocional al cual se le atribuye como componente esencial con base a la psicología del estrés. Su reacción o respuesta es con base a la experiencia previa del sujeto ante el estímulo amenazador y la defensas que se le fueron previstas durante su desarrollo. Ahora bien la psicología basada

en evidencias necesita la recopilación de evidencias empíricas y datos relevantes de la efectividad de tratamientos psicológicos ante esta afección para poder proporcionar la mejor terapia.

3.8-Fisiología del estrés.

En el artículo “Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria”, Rodríguez, J, García, M, (2013), dice que ante un estímulo amenazador lo que sucede fisiológicamente es la activación de la respuesta efectora ante este evento afecta la parte motora y la endocrina. La primera hace referencia al efecto en la unidad muscular, debido a la función predictor del cerebro, y la segunda es el efecto en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que, por medio del hipotálamo, se encarga de la respuesta neurohormonal, con incremento de la producción y liberación de glucocorticoides.

El objetivo de este trabajo es sistematizar información sobre los mecanismos biológicos implicados en los episodios de estrés crónico y agudo y su impacto sobre el sistema nervioso y la conducta humanas, desde la perspectiva del psicólogo. En diversos trabajos de investigación en humanos y animales, se ha demostrado, dice el autor, que los cambios internos específicos, son parte de la respuesta adaptativa, pues se movilizan los recursos necesarios para el afrontamiento de nuevas situaciones y suprimiendo los estímulos en el momento. El funcionamiento del sistema fisiológico que prepara al organismo para la acción integra el sistema nervioso en su totalidad, así como también varias estructuras del

organismo mediante la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo y eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. En el cuadro 20 (véase en el apéndice.) se muestra de forma gráfica como es su función y acción ante el estrés.

Redolar, D. (2011). En su libro “El cerebro estresado”, define como a priori a un agente estresante, este puede ser asociado a un estímulo de tipo físico, psicológico o social, el cual es capaz de alterar el equilibrio del organismos. Este es la respuesta al estrés, pues el organismo hace un esfuerzo por restablecerlo. Pero esto no ocurre de forma tan sencilla, llega un proceso, en primer lugar es complicado limitar a los agentes estresantes en alguna de las categorías antes mencionadas. Un estímulo puede ser de naturaleza física y provocar alteraciones en la dinámica social o puede también ser en modo contrario, otra vertiente es el tiempo que dura la presencia del agente estresante.

Después, Bustos, E. (2016). En su libro “¿es posible evitar el estrés? Motivo y estrategias para pasar de lo urgente a lo importante”. Retoma que el organismo siempre presenta un estrés mínimo, el cual ante determinadas situaciones, puede incrementarse. Este efecto puede ser beneficioso o negativo para el organismo, todo dependerá de si cuenta con la reacción suficiente para cubrir la demanda. Cuando se mantiene la presión de la demanda (el estresor) se pasa del estado de alarma al estado de resistencias (las fases que se mencionaron anteriormente), las personas comienza a tener sensaciones de confort (tensión muscular, palpitations, etcétera.). Si el estímulo estresor continua el organismo llega al estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y/u orgánicas llamadas "enfermedades de adaptación". La respuesta fisiológica entonces es la reacción que se produce en el organismo ante estímulos estresores.

Continúa por la misma línea de investigación Redolar, D. (2015). En su libro “el estrés”. Se podía decir que el estrés, aparece como una respuesta adaptiva del organismo, esto es porque está destinado a movilizar recursos energético, a corto mediano y largo plazo, esto dependerá de la demanda del medio, como se ha hecho mención anterior mente, pero el sistema al verse saturado optará por "apagarse" en el caso del estrés a largo plazo, pues la demanda energética es mucha; en este caso responde con la liberación de cortisol. Esta hormona moviliza los recursos energéticos y los destina a los sistemas que utilizamos para llevar a cabo el proyecto que tenemos en mente (un trabajo final de la universidad). El estrés depende no solo de los parámetros físicos de la estimulación ambiental, sino de cómo es que el organismo percibe los estímulos y como es su reacción ante ellos. Algunos ejemplos son: hablar en público, a algunas personas les provoca ansiedad, pero otras disfrutan hacerlo.

Para seguir con el tema Galan, S, Camacho, E. (2012). Proponen en su libro “estrés y salud”, que el estrés crónico es una de los principales causas actuales de la problemática de salud física y psicosocial en nuestra sociedad actual, pues este se presenta de manera excesiva e intensa, dañando el funcionamiento o estructura del cuerpo, dando paso a una enfermedad. Recordemos que el ser humano está expuesto contantemente a diversos estímulos, por mencionar alguno, el ruido, el transporte, la economía, el hogar, la escuela y el trabajo, son agentes que pueden dar paso al estrés.

El sistema endocrino es un conjunto de órganos y tejidos del cuerpo que segregan hormonas y estas a su vez regulan el SN (sistema nervioso), en funcionamiento de los órganos, pero su acción es más lenta duradera. Las hormonas son moléculas orgánicas producidas en el organismo (glándulas endocrinas), estas se transportan por el torrente

sanguíneo. Su función es activar o inhibir ciertos organismos con esto poder regularizar el metabolismo y de esta forma se regula la conducta. (Galan, S, Camacho, E, 2012).

Como se ha ido diciendo el estrés es una respuesta interna, en la cual diversos sistemas internos se ven involucrados, continuación se muestra un ejemplo de estrés agudo (TEA) y estrés postraumático (TEPT).

En los meses que siguieron al terremoto que impactó a Los Ángeles en 1994, hubo un aumento de muertes cardiovasculares, de un promedio de 15.6 a 51 por día. (Underwood, 2005) (Citado en psicopatología, Sue, D, Wing, D, 2010). Estas muertes ocurrieron principalmente entre individuos vulnerables con enfermedad coronaria preexistente o alta presión sanguínea que sucumbieron debido al estrés emocional. Junto con los estresores, los problemas físicos como las cefaleas, la presión alta y el asma, también pueden desarrollar los trastornos psicológicos relacionados con el estrés como el trastorno por estrés agudo y por estrés postraumático. (Sue, D, Wing, D, pág., 176, 2010).

El autor nos dice que el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático se desarrollan en respuesta a un trauma psicológico o físico extremo. Se distingue por ansiedad, disociación y otros síntomas que duran más de un mes y lo representa de la siguiente manera. El sujeto cuenta con 4 dimensiones y a cada una de ellas se le atribuyen

diferentes caracteres, en la biológica: el sistema autónomo sensibilizado, la difusión del HPA, la atrofia del hipocampo y el circuito neural sensibilizado. En la psicológica: ansiedad persistente o disminuye, nivel de habilidad cognitiva, insignificancia de los traumas. En la social: historia de negligencia o maltrato en la infancia, falta de apoyo social y aislamiento social, y la sociocultural: nivel socioeconómico bajo, diferencia de género y estatus de inmigrante/refugiado. Al ser de este modo se llega a la TEPT.

Como se ha ido diciendo con anterioridad es el que provoca que el SNC, reaccione ante estímulo estresor el cual ocasione una afección real, en el sujeto, provocando una enfermedad crónica degenerativa.

El capítulo 2. Lo que se consideró como base teórica para los fundamentos del estrés, fueron: Definición del concepto, estrés en México, Clasificación del trastorno, historia y principales representantes de la teoría del estrés, tipos de estrés, Clasificación de respuesta de estrés, Psicología del estrés y Fisiología del estrés. Considerando lo anterior la respuesta al estrés, tienen todo un proceso y los detonantes pueden ser multifactoriales, incluso una cuando la causa sea la misma, la representación o la respuesta ante el estímulo puede variar desacuerdo al sujeto.

Capítulo IV. El estrés y la psicopatología en estudiantes.

4.1- Revisión de artículos “El estrés en jóvenes universitarios”.

Como se ha ido diciendo durante los temas expuestos de estrés, este es un problema de salud en la actualidad, debido a que es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre el sujeto y su medio, son estos estímulos que los autores califican como desmesurados o amenazantes para su recurso y que pone en riesgo su bienestar. Esta se encuentra en la cotidianidad de la vida diaria nos dicen Alonso, V, Calcines, M, Monteagudo, R, (2015) en su artículo estrés académico.

Siguiendo con este autor y la idea clásica del estrés como respuesta adaptativa de la persona a su entorno, conceptualiza que el estresor es una entidad objetiva, que tiene vida independiente de la percepción de la persona y que normalmente se presenta como una amenaza a su integridad vital. “Este tipo de estresores, o acontecimientos vitales, son denominados estresores mayores; tienen una presencia objetiva que no depende de la percepción del sujeto y su repercusión hacia la persona es siempre negativa”. El segundo tipo son “denominados estresores menores, y al depender de la valoración de cada persona inevitablemente varían”. A los estresores que se presentan en el estrés académico, se encuentran dentro de los menores y por esta situación se dice que es básicamente un estado psicológico.

Céspedes, E y Soto, V. (2016). En su artículo “inteligencia emocional y niveles de estrés académico en estudiantes de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, Chicla, Perú”. Dice que existen diferentes tipos de estrés, como se ha indagado, y dentro de estos se encuentra el académico y este se presenta en 3 momentos; el primero: el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración propia del alumno son consideradas estresores. Segundo: esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante), que se manifiesta en una serie de síntomas. Tercero: ese desequilibrio sistémico obliga a al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.

En el artículo “Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de los Lagos Osorno”. Jerez, M, Oryazo, C”. (2015). Realiza una investigación de campo, la cual tiene como objetivo principal, identificar la presencia de los estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento para el estrés académico. A continuación su método: La población a estudiar son todos los alumnos de las carreras del área de la salud de la Universidad de Los Lagos de Osorno (712) del que se realizó un muestreo probabilístico estratégico por carrera arrojando una muestra de al menos 250 alumnos con un 95% de conicia. Se muestrearon 20 alumnos de fonoaudiología, 76 alumnos de kinesiología, 92 alumnos de nutrición y 126 alumnos de enfermería. Se utilizó la encuesta como técnica y el inventario de SISCO de estrés académico v2 (validado por Barraza en 2006). Los resultados de esta muestra fueron los siguientes: el 75% de la población muestra fueron mujeres y el 25% fueron hombre. Del total de los alumnos, el 98,4% señala haber presentado algún grado de estrés académico durante el semestre, señalando la mayoría (85%) de los alumnos niveles altos (3, 4 y 5) de estrés académico, existiendo diferencia

entre los géneros ya que el 96,24% de las mujeres presentan los elevados de estrés versus un 88,57% en los hombres. También en relación con los factores estresores el mayor estrés recurrente en las diferentes carreras fueron las evaluaciones de los profesores, la sobrecarga de tareas y trabajos y el tiempo limitado para la realización de trabajos.

Debido a las demandas y exigencias de desempeño que tienen la mayoría de los universitarios, la gran mayoría de los estudiantes experimento un grado elevado de estrés académico, pues tienen la responsabilidad de cumplir las obligaciones académicas, experimentan en ocasiones sobrecarga de tareas, algunos de los alumnos incluso, desempeñan no solo el papel de estudiante, si no de trabajador; y esto solo con la finalidad de tener una mejor calidad de vida. Esto nos dicen Mazo, R, Londoño, K, Gutiérrez, Y. (2013). en su artículo niveles de estrés académico en estudiantes universitarios.

Kohler, J. (2013). En su artículo “Rendimiento Académico, Habilidades Intelectuales y Estrategias de Aprendizaje en Universitarios de Lima”. Continúan con la inteligencia analítica (componencial) especifica los mecanismos mentales responsables de la planificación, ejecución y evaluación de la conducta inteligente frente a problemas relativamente familiares o que requieren de abstracción. Las estrategias de aprendizaje con una variante dentro del estrés académico, debido a que constituye un proceso de decisión consiente e intencional del sujeto, esto con la finalidad de ordenar operaciones mentales que llevan a cabo una serie de organización y reconstrucción del procesamiento de reconstrucción, de esta forma el sujeto lograra aprender y a su vez podrá, planificar, organizar, ejercitar y evaluar sus actividades. De este modo le ayudara a discriminar, seleccionar, activar, combinar y ejecutar diversas habilidades y darle la oportunidad de ajustarse a diversos contextos.

Así mismo, para comprender el estrés académico es necesario tener en cuenta las condiciones sociales, económicas, familiares, culturales e institucionales. En general, la vulnerabilidad de una persona al estrés está influenciada por su temperamento, capacidades para el afrontamiento y el apoyo social. Nos dicen, Suárez, N. Díaz, L. (2015) en su artículo, “El estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en educación superior”. Pero, no solo eso también propone cuatro tipos generales de estrategias de retención.

- 1) Académicas: Acompañamiento y tutorías; Asesorías, monitorias y reforzamiento en el proceso de aprendizaje; cursos de nivelación (niveles previos y posteriores) y remediales.
- 2) Financieras: Becas y descuentos según méritos, programas de cooperación y participación en procesos académicos; financiación de la matrícula de manera directa o por crédito económico.
- 3) Psicológicas: Identificación y seguimiento en riesgo de deserción; detección y manejo de problemas de salud mental; programas para fortalecer capacidades y recursos de formación de los estudiantes.
- 4) Gestión universitaria: Movilidad de estudiantes; diversificación de ofertas curriculares educativas; ampliación de oportunidades de accesos; consolidación de formación por competencias; promoción de la pertinencia y de la vinculación laboral.

Toribio, C. y Franco, S. (2016). En su artículo, “Estrés académico el enemigo silencioso en estudiantes”. Dicen lo siguiente: “México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo en razón de que presenta los principales factores tales como la pobreza , cambios constantes en la situación laboral y social, contaminación y la competencia entre

los compañeros de trabajo y de clases. Diversos estudios concuerdan en que el ingreso a la Universidad representa un conjunto de situaciones altamente estresantes, debido a una falta de adaptación al nuevo ambiente”. Como se hizo mención antes México se encuentra dentro de los primeros 3 lugares, con mayor índice de estrés y parte de ello son los factores detonantes que nos menciona el autor.

Siguiendo con lo anterior, en el periódico “El Diario”, se encuentra una nota con el siguiente título “Un 60% de estudiantes universitarios sufren estrés en México” que fue publicada el día 18 de abril de 2014. Menciona que carreras como medicina o relacionadas con ella, al igual que odontología, son propensas a estrés debido a los horarios y niveles de exigencia académica. Señaló la experta Claudia Erika Ramírez Ávila. (Coordinadora del área de psicología clínica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la máxima casa de estudios). Agrego que la sobrecarga de situaciones estresantes puede llevar a consecuencias negativas, ya sea en términos de enfermedades médicas (coronaria, úlcera péptica, hipertensión arterial, diabetes, alergias o infecciones) o de salud mental como la ansiedad y la depresión; la mayor parte de quienes padecen este tipo de trastornos son mujeres.

En la nota periodística, Alumnos estresados y ansiosos, un mal global que se acentúa en México. Arena Pública. (2017). Muestra lo siguiente: “Los estudiantes de 15 años en México expresan niveles de ansiedad escolar por encima de la media de los países que integran a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 50% de los jóvenes de 15 años en México se ponen muy tensos cuando estudian y 79% está preocupado por sacar malas notas en clase, según la primera evaluación sobre el bienestar de los estudiantes del Programa Internacional de Evaluación de los Alumnos (PISA)”. A

continuación se muestra de forma más gráfica la información anterior. (Véase en apéndice, cuadro 21)

Retomando los primeros capítulos, en los indicios de la humanidad, han hecho sus apariciones las enfermedades. Para la medicina en torno a este tema, ha sido imposible poder dar una causa entre la mente (psique) y cuerpo (soma). Debido a que este da lugar a la relación de la sintomatología del trastorno psicósomático, pues se les considera una unidad. El hombre ha pasado por diversos paradigmas: Descartes (siglo XVI) consideraba al hombre un ser racional, para Darwin (siglo XIX) era un ser biológico, para Comte (siglo XIX) el ser humano era un ser social, mientras que para Freud (siglo XX) el ser humano era un ser psicológico. Rumbo, J. Castellano, E. (2017).

Siguiendo la línea de los trabajos que inciden en el papel de los recursos personales como factores de protección frente al estrés, la presente investigación toma la pretensión de analizar la relación entre la autoestima y la percepción de estresores académicos en el contexto universitario. En concreto, analizamos en qué medida los niveles de autoestima (alto, medio y bajo) influyen diferencialmente en el grado en que el estudiante valora como amenazantes diversas circunstancias propias del día a día académico. Se evalúan también qué factores de este contexto son los que el estudiante percibe como más estresantes. (Cabanach, R. Gestal, A. y Rodríguez C. 2014).

A nivel fisiológico se ha encontrado que los estudiantes con mayores niveles de estrés presentan cifras elevadas de presión arterial sistólica y diastólica, así como un número mayor de pulsaciones cardíacas, en comparación con aquellos con menor grado de estrés.

Igualmente, los altos niveles de estrés se asocian con menor rendimiento académico y menor competencia percibida en esta población.

Lemos, M. Henao, M. / López, C. (2018). En su artículo, el estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. Dicen lo siguiente a nivel fisiológico se ha encontrado que los estudiantes con mayores niveles de estrés presentan cifras elevadas de presión arterial sistólica y diastólica, así como un número mayor de pulsaciones cardíacas, en comparación con aquellos con menor grado de estrés. Igualmente, los altos niveles de estrés se asocian con menor rendimiento académico y menor competencia percibida en esta población. Se debe resaltar, que el proceso de estrés también está mediado por las estrategias de afrontamiento (ejerció o actividades en las cuales se consiga sacar el estrés) y los factores de ayuda percibidos. Por ende, la caracterización de la población con mayores niveles de estrés y sus repercusiones en la salud física y mental podría facilitar el establecimiento de programas orientados a su manejo.

La determinación de ese estrés resulta, en primera instancia, relevante en el grupo de estudiantes que ingresa en la institución universitaria. Con la entrada al mundo universitario, los estudiantes se encuentran con la necesidad de establecer un cambio de perspectiva en su comportamiento para adaptarse al nuevo entorno. (Hernández, G. Maeda, K. 2014).

Discusión.

En consideración con el trabajo de investigación, este campo de la psicosomática es muy amplio y de nota la importancia que tiene, no solo en el la Ciudad de México, debido a que no es posible considerar solo a un punto de la población, pues el tipo de enfermedades que existe y que aborda este tema, lleva a pensar que lo que se está presentado es un fenómeno global, que en realidad las enfermedades crónicas degenerativas, no solo repercuten un fuerte gasto económico, también llevan a un cambio en la vida de quien lo padece y a la búsqueda de la solución o al menos tratar de tener una buena calidad de vida, esto por los medios y recursos que se tienen y con ellos tener la ayuda necesaria para la estabilidad que necesitan en torno al padecimiento.

Como jóvenes parece fácil este tipo de temas, quizás en muchos casos se piensa “que nunca se va a padecer alguna de estas enfermedades”, se ve distante e imposible. Pero en realidad y por los medios a los que nos enfrentamos hoy en día, podemos notar ese cambio que ha ido siendo representativo. En el tiempo de los ahora adultos mayores, podemos ver que ellos y su vida, son muy diferentes a la vida y los avances que se tienen hoy en día.

La vida en el campo o el comercio era de menor demanda, la vida era menos competitiva y más tranquila. Pero, actualmente los abuelos impulsan a los nietos a tener una carrera universitaria a tener una mejor calidad de vida a no padecer o tener carencias.

A no estar bajo el sol en jornadas largas de trabajo. Pero, que implica esto tener que competir para acceder a ello. Pero, para las empresas el mercado joven necesita demostrar

que son competentes en el trabajo que son lo más conveniente y que cumplen con los requerimientos impuestos por las políticas que existen dentro de la empresa.

Siguiendo con lo anterior ahora se dice que el manejo del estrés puede ser bueno o malo. De acuerdo a ello es de qué modo afectara o beneficiara a quien lo padece. Algunos de los puestos requeridos sugieren, “tener buen manejo del estrés”, “trabajar, bajo presión”, “tolerancia a la frustración”. Considerando el estrés como detonante de enfermedades, podemos ver que sus indicios no solo son desde la universidad, las escuelas de los niños, en la mayoría son de tiempo completo y esto ha sido modificado, porque todo ha ido siendo reducido, por hacer mención de algunas de las cosas : El tiempo de convivencia de padres a hijos es menor, por las largas horas de trabajo que actualmente se deben laborar y esto para tener acceso a mejores oportunidades, un mejor puesto e incluso en el caso de los hijos, poder tener una mejor escuela, mejores cosas e oportunidad de aprendizaje.

Actualmente, las mujeres pueden ser amas de casa, pero también pueden tener un título universitario y laborar en un puesto de mayor peso en una empresa reconocida. Pero, esto no solo implica que sea estudiante o trabajadora, también es madre y padre, proveedora y ayudante de tareas, etc. Los hombres también juegan el mismo papel, son padres y proveedores. Pero, también pueden ser estudiantes, jugadores o tener múltiples tareas diarias y esto por la demanda que existe, en torno a la sociedad y a lo laborar. Entre más exigencia y presión mejor puesto de trabajo, mejores oportunidades.

Después si retomamos en el ámbito de la universidad, para prepararte debes ser el mejor en la escuela, en los trabajos, en las materias, en los recursos, en los exámenes, en trabajo en equipo, etcétera, y esto a su vez llevara al reconocimiento del esfuerzo y del trabajo

elaborado, calificado por alguien que ya sabe y tiene conocimientos, esto ayudada a complementar su aprendizaje y eso implicara que existan más posibilidades.

Retomado todo lo anterior, todo esto implica que las enfermedades con algo que se padece a diario, quizás no todos al mismo tiempo o de la misma manera. Pero, si implicaría que la demanda de energía que tenemos o manejamos cada uno de nosotros entorno a los sucesos y acontecimientos de la vida cotidiana implican una ganancia secundaria. Las enfermedades a nivel psíquico lo que implicarían es la demanda de atención ante un suceso de la vida cotidiana que afectara al desarrollo óptimo de la vida psíquica.

Cada una de las enfermedades crónicas-degenerativas que se mencionó sorprende e implican que por su etiología psíquica, cual será el tipo de afectación que se presentará. Como en la Psicología se menciona constantemente: “cada padecimiento y personas son uno solo, por tal motivo no se puede solucionar o diagnosticar del mismo modo.

El tema es abundante aunque poco estudiado, pero hoy en día no se ve mucho la implicación, debido a la normalización que se le da al estrés. “Todo el mundo vive bajo estrés”. Incluso los niños que deben trasladarse o hacer recorridos extraordinariamente largos, para poder llegar a la escuela. Eso implica que haya tránsito, que el ruido sea mayor, mayor movilidad de multitudes en los transportes públicos y privados, aglomeraciones constantes y mayor irritabilidad, menor tolerancia a la frustración, etcétera.

Conclusión.

Después de realizar el análisis y discusión sobre la problemática planteada y tomando en consideración los fundamentos teóricos psicoanalíticos y los objetivos plateados, se concluye lo siguiente.

- La relación que existe entre el estrés y las enfermedades psicosomáticas es muy estrecha, van de la mano debido a que puede ser el principal detonante de ellas.
- Los estudiantes de la universidad, están expuesto constantemente a demandas no solo escolares, también laborales y al no contar con herramientas necesarias que les permitan el alcance satisfactorio de sus metas, se ven expuestos algunos conflictos psíquicos que impedirán el buen manejo del estrés, incluso al grado de provocarles un malestar sintomático.
- Las exigencias del medio escolar y laboral, hoy en día requieren mayor estabilidad en torno a un buen manejo del estrés, por tanto este ha sido normalizado.

- La revisión de la teoría psicoanalítica permite que el conocimiento del tema de y aclare los factores detonantes de las enfermedades crónicas degenerativas que genera un síntoma psicosomático.
- La corriente psicoanalítica, provee de grandes herramientas como: etiología psíquica, cuadro clínico del paciente, pruebas entorno a las enfermedades psicosomáticas, que ayudarán también da soluciones precisas en ellas y promete un cuadro clínico, certero el cual brinda una mejora en la calidad de vida.
- Considerando que la psicodinámica de los padecimientos psicosomáticos, tienen consigo una etiología psíquica, se ´puede llegar con ello a la raíz del problema de quien lo padece.
- Poniendo a prueba y abriendo campo de investigación todo el material que existe acerca del tema, podría darse una mejor atención a pacientes que padezcan una enfermedad crónica, la cual no sea psíquica, realizando una seria de pruebas que permitan su verificación.

Por lo anterior, se espera que la investigación de este padecimiento ayudes a brindar soluciones certeras a quien padece enfermedades crónicas-degenerativas. Proponiendo como una solución al psicoanalista, quien es uno de los especialistas de este tema.

Bibliografía.

Águila, B. Calcines, M. y Monteagudo, R. (2015) estrés académico. Vol.7. (2). 163-178.

Alumnos estresados y ansiosos, un mal global que se acentúa en México. (De mayo de 2017). Arena Pública. Recuperado de <https://www.arenapublica.com/articulo/2017/05/22/5773>

America Psychiatric association. (2013). DSM-5. Madrid. Médica panamericana.

American Psychological Association. (2018). APA Style Blog. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres.aspx>

American Psychological Association. (2018). Tipos de estrés. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

Bareiro, J. (2013). Winnicott y Heidegger: subjetividad y verdad. Vol. 8. (27). 5-17.

Belloch, A. Sandin, B. y Ramos, F. (1996). Capítulo 1. El estrés. En el manual de psicopatología. vol. II. McGraw-Hill

Berrocal, C. Fava, G. (2016). Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. Vol.32. (3) 828-836.

Bleichmar, N. Lieberman, C. (1997). El psicoanálisis después de Freud. Buenos aires. Paidós.

Bustos, E. (2016). ¿Es posible evitar el estrés? Motivo y estrategias para pasar de lo urgente a lo importante. Buenos aires. Sb editorial.

Cabanach, R. Gestal, A. y Rodríguez C. (2014). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. Vol. 7. n° 1. 43-57.

Cabrera, A. García M, y Langmaack, H. (2013). Neurociencia de las emociones y trastornos psicosomáticos (tratamientos alternativos). primer congreso estudiantil de investigación del sistema incorporado. Centro Universitario México A.C. Asesora: Psic. Hernández, S.

Cameron, N. (2011) desarrollo de la personalidad y psicopatología. trillas. 1 ed.

Comin, E. Fuente, I. García, A. (S/F). El estrés y el riesgo para la salud, folleto electrónico. Universidad de malanga. Recuperado de: <https://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>

Consuegra, N. (2010). Diccionario de psicología. Bogotá. Editorial ecoe. 2 ed.

Eslava, j. (2017). Pensando la determinación social de proceso salud- enfermedad. Vol. 19 (3). 396-403.

Fernández, J. (2014). Hipótesis sobre algunos mecanismos comunes entre la personalidad límite y la personalidad psicosomática. Vol. 4 (n°4). 2253-749x

Fernández, J. (2014). Hipótesis sobre algunos mecanismos comunes entre la personalidad limite y psicosomática. Vol.4. (4). 2253-749X.

Freud, S. (1895). Estudios sobre histeria. Buenos aires. Amorroutu.

Freud, S. (1900). Interpretación de los sueños. Buenos aires. Amorroutu.

Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. Buenos aires. Amorroutu. 71-164.

Freud, S. (2001). Publicaciones y manuscritos inéditos en la vida de Freud. Buenos aires. Amorroutu.

Galan, S. Camacho, E. (2012). Estrés y salud. Investigación basada en aplicación. México. Manual moderno.

Galimberti, U. (2002). Diccionario de psicología. México. Siglo XXI.

Guía de bolsillo Galan, S. Camacho, E. (2012). Estrés y salud. Investigación basada en aplicación. México. Manual moderno.

Hinshelwood RD. (1989). Diccionario Kleiniano. Buenos aires. Amorroutu.

Hernández, G. Maeda, K. (2014). Estrés en estudiantes universitarios de la universidad privada “juan mejía baca” semestre académico (Tesis presentada para obtener el título profesional de licenciado en psicología). universidad privada Juan Mejía Baca, Perú.

INEGI. (30 de octubre de 2017). Estadísticas apropósito del día de muertos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=AYvG5Yu9Kxc>

Kohler, J. (2013). Rendimiento Académico, Habilidades Intelectuales y Estrategias de Aprendizaje en Universitarios de Lima. Vol.19. (2). 277-288.

Kollbrunner, j. (2001). Freud enfermo. Provenza Barcelona. Herder.

Laplanche, (2004). Diccionario de psicoanálisis. Buenos aires. Paidós.

Lemos, M. Henao, M. / López, C. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. Vol. 14. n°. 2:3 10.3823/1385.

- Lotero, H. Arías, A. (2016). Psicología basada en evidencias. (1). 59-79
- Mazo, R, Londoño, K, Gutiérrez, Y. (2013). Niveles de estrés académico en estudiantes universitarios. Vol. 13. (2). 2145-3535.
- Marín, M. (2015). Estrés en estudiantes de educación superior de Ciencias de la Salud. Vol.6. (11).
- Marty, P. (1992). La psicopatología del adulto. Buenos aires. Amorrortu.
- México, Primer lugar en estrés laboral: OMS. (17 de mayo de 2015). El universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/05/17/mexico-primer-lugar-en-estres-laboral-oms>
- México está en los primeros lugares a nivel mundial en estrés laboral. (2018). la Expansión en alianza con CNN. Recuperado de: https://expansion.mx/carrera/2018/04/13/los-trabajadores-mexicanos-son-de-los-que-mas-sufren-estres-a-nivel-mundial?internal_source=PLAYLIST
- OMS. (2013). Salud mental. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=DDB1ED3B5AF79B210196BF09A9DBC5AA?sequence=1
- OMS. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Otero, J. Rodado, J. (2018). Enfoque psicoanalítico de la patología psicopatológica. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282>
- Palomo, T. Jiménez, M. (2009). Manual de psiquiatría Madrid. Diapasón D-2.

Pérez, O. (2015). Hacia la psicósomática: algunas consideraciones epistemológicas. Vol. 18. (4). 1870-8420.

Psicósomática. (2017). Diccionario de la real lengua española. Recuperado de: [http://http://dle.rae.es/srv/fetch?id=UXDxfSh](http://dle.rae.es/srv/fetch?id=UXDxfSh)

Redolar, D. (2011). El cerebro estresado. Barcelona. UOC.

Redolar, D. (2015). El estrés. Barcelona. UOC. Digital. Recuperado de http://https://books.google.com.mx/books/about/El_estr%C3%A9s.html?id=0ovLDAAAQBAJ&redir_esc=y

Rivas, V. Jiménez, C. y Méndez, H. (2014). Frecuencia e Intensidad del Estrés en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la DACS. Vol.13. (1). 162-169.

Rosenblueth, A. (1971). El método científico. México. Prensa medica Mexicana.

Rodríguez, J. García, M. (2013) Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. Vol. 54. (4). 472-494.

Rodríguez, J. García, M. y Franco, P: (2013). Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. Vol.54. (4). 472-494.

Rumbo, J. Castellano, E. (2017). Dermatología psicósomática, la relación mente y piel. Vol. 11. (31).

Sapolski, R. (2013). ¿porque las cebras ni tienen ulceras?: la guía al estrés. Madrid. Alianza editorial.

Sue, D. Wing, D. Sue, S. (2010). Psicopatología. comprendiendo la conducta anormal. México. Cengage learning.

Stauroula, L. Graffith, A. y Cox, T. (2004). Biblioteca de la OMS.

Suárez, N. Días, L. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en educación superior. Vol. 17 (2). 300-313.

Terradez, M, Scaglia, R y Audisio, E. (2013). huella mnémica y huella sináptica: aportes para la vinculación entre psicología y biología. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Terradez, M. Scaglia, R. y Audisio, E. (2013). Huella mnémica y huella sináptica: aportes para la vinculación entre psicología y biología. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Tolentino, I. Tominez, B. (2016). ¿Cierto o lo invento? Impacto de enfermedades psicosomáticas en el istmo de Tehuantepec. centro educativo cruz azul A. C. Asesor: Dr. Dehesa, F.

Toribio, C. Franco, S. (2016). Estrés académico el enemigo silencioso en estudiantes. Vol. 3 (7). 11-18.

Uribe, J. Patlan, J y García, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuencias del clima cultural. Vol. 60. (2). 447-467.

Un 60% de estudiantes universitarios sufren estrés en México. (18 de abril de 2014). El diario recuperado de <https://eldiariiony.com/2014/04/18/un-60-de-estudiantes-universitarios-sufren-estres-en-mexico/>

Vargas, P. (2013). Las enfermedades psicósomáticas y el malestar emocional de los estudiantes de la sede de atlántico. Unives. C. R. vol. XIV. (28) 5-24.

Wozniak. H. (S/A) Descartes y el legado de dualismo mente y cuerpo. Recuperado de: <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/descartes/descartes.html>

Zavala, L. Ayala, D. (2018). Cuando la sobra del masoquismo cae sobre el corazón: los efectos del goce en el cuerpo. Tercer congreso internacional de psicoanálisis de orientación Lacaniana, sociología de la desviación e historia de los procesos psicosociales y culturales. Conmemoración de los cien años del problema económico del masoquismo, de Sigmund Freud: “versiones y perversiones en el psicoanálisis de orientación Lacaniana y en la teoría freudiana”. Escuela nacional de antropología e historia. Ciudad de México.

Apéndice.

1.2.1- Trastorno de síntomas somáticos

Trastorno de síntomas somáticos	
Criterios diagnósticos	300.82 (F45.1)
<p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestares o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas.2. Grado de persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. <p>C. Aun que algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos aplican sobre todo dolor.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Persistente: un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Solo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.</p> <p>Moderado: Se cumplen uno o más de los síntomas especificados en el Criterio B.</p> <p>Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B e ideas existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).</p>	

Cu
sintomatología que presenta. (DSM V, pág., 311, 2014)

1.2.2- Trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de ansiedad por enfermedad	
Criterios diagnósticos	300.7 (F45.21)
<p>A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.</p> <p>B. No existe síntoma somático o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. eje., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o despreocupada.</p> <p>C. Existe ansiedad excesiva acerca de la salud y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.</p> <p>D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetitivamente su cuerpo si existen signos de alguna enfermedad) o presenta evitación por la mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico o al hospital).</p> <p>E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, por la enfermedad temida específica puede variar específicamente en este periodo de tiempo.</p> <p>F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo- compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de asistencia médica, que incluye visitar al clínico o pruebas y procedimientos.</p> <p>Tipo de evitación de asistencia: Raramente se utiliza asistencia médica.</p>	

Cuadro 2. En estos criterios el cuadro que se presenta es el de una enfermedad de la cual el individuo sabe o conoce su sintomatología, por algún familiar. (DSM V, pag.315, 2014)

1.2.3- Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Criterios diagnósticos

- A. Uno o más síntomas de alteraciones de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o medicas reconocida.
- C. El síntoma o deficiencia no explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: el código CIE-9- MC para el trastorno de conversión es 3000.11, el cual se asigna con dependencia del tipo síntoma. El código CIE-10-MC del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar tipo de síntoma:

(F44.4) Con debilidad o parálisis.

(F44.4) Con movimiento anómalo (p, ej., temblor, movimiento distonico, mioclonia, trastorno de la marcha).

(F44.4) Con síntoma de deglución.

(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

(F44.5) Con ataques o convulsión.

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

(F44.6) Con síntomas sensitivos especiales (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

(F44.7) Con síntomas mixtos

Cuadro 3: A diferencia de los anteriores criterios en este cuadro, se presentan síntomas los cuales, presentan una deficiencia o incapacidad de movimiento. (DSM V, pag.318, 2014)

1.2.4- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.	
Criterios diagnósticos	316 (F54)
<p>A. Persistencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).</p> <p>B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección medica de una las maneras siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los factores han influido en el curso de la afección medica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retaso en la recuperación de la afección médica.2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento)3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas o necesitan asistencia médica. <p>C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otros trastornos mentales (p. eje., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Aumenta el riesgo medico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).</p> <p>Moderado: Empeora la afección medica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).</p> <p>Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.</p> <p>Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardiaco).</p>	

Cuadro 4: En este cuadro, los criterios hacen mención de otra enfermedad en comorbilidad con la psicósomática, como: trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático (DSM V, pag.322, 2014).

1.2.5- Trastorno facticio.

Trastorno facticio.	
Criterios diagnósticos	300.9 (F68.10)
Trastorno facticio aplicado a uno mismo.	
A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesiones o enfermedad asociada a un engaño identificado.	
B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.	
C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa extrema obvia.	
D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante u otro trastorno psicótico.	
<i>Especificar:</i>	
Episodio único	
Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedades y/o inducción de lesión).	
Trastorno facticio aplicado a otro	
(Antes: Trastornos por poderes)	
A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesiones o enfermedad asociada a un engaño identificado.	
B. El individuo se presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.	
C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa extrema obvia.	
D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante u otro trastorno psicótico.	
<i>Especificar si:</i>	
Episodio único	
Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedades y/o inducción de lesión).	

Cuadro 5 y 6: Lo que se diferencia de un cuadro de otro, es que uno dice que el individuo habla de sí mismo y en el otro se habla de otro, al hablar de la sintomatología. (DSM V, pago. 324-325, 2014).

1.2.6- Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.	
Criterios diagnósticos	300.89 (F45.8)
<p>Esta categoría se aplica a presentación en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.</p> <p>Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Trastorno de síntoma somático breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.2- Trastorno de ansiedad por enfermedad breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.3- Trastorno de ansiedad sin comportamiento excesivo relacionados con la salud: no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.4- Pseudociesis: creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.	

Cuadro 7: Los criterios que pide que se cumplan en este apartado, es que la sintomatología que se presenta, debe ser en lapsos breves. (DSM V, pag.327, 2014)

1.2.7- Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Criterios diagnósticos

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no específicos no se utilizará a menos que se situaciones claramente inusuales en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Cuadro 8: Estos criterios, solo piden que se cumpla con sintomatología referente a somatización y no se debe relacionar con otro tipo de trastorno. (DSM V, pag.327, 2014)

1.3.1-Trastorno de somatización

Trastorno de somatización.
F45.0

CDI-10

- A) Debe haber antecedentes de al menos dos años de queja diciendo en las múltiples y variables, que no pueden ser explicados por ningún trastorno físico detectarle. (Cualquier trastorno físico que se conozca coinciden no explicar a la gravedad, extensión, variedad y persistencia de las quejas físicas o de la invalidez social).
- B) La preocupación por los síntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria, en los especializados.
- C) Hay un estrecho continuado a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos.
- D) Debe haber un total de seis o más síntomas de la siguiente lista que se producen en al menos dos grupos diferentes:

Síntomas gastrointestinales:

- 1. Dolor abdominal.
- 2. Náuseas.
- 3. Sensación de plenitud abdominal o de meteorismo.
- 4. Mal sabor de boca o lengua saburral.
- 5. Queja de vómitos o regurgitación situaciones de alimento.
- 6. Queja de tránsito intenso final rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares:

- 7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzo.
- 8. Dolor torácico.

Síntomas urogenitales:

- 9. Disuria o queja de micción frecuente.
- 10. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos.
- 11. Quejas del fluido vaginal excesivo o inusual.

Síntomas cutáneos y de dolor.

- 12. Quejas de manchas o de coloración de la piel.
- 13. Que haga de manchas o de coloración de la piel.
- 14. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.
- 15. Sensación desagradable de hormigueo o quedarse dormido algún miembro.
- E) *Criterios de exclusión usando más frecuencia.* Los síntomas no producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29) algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), o un trastorno de pánico.

Cuadro 9. (CIE 10, Pág. 131-132, 2000), debe existir previo antecedente de la sintomatología que presenta en el individuo (en un periodo de al menos dos años), manifestados, búsqueda continua de evaluación médica, presenta síntomas reales, gastrointestinales, cardio vasculares, urogenitales, o cutáneos y de dolor.

1.3.2- Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Trastornos Somatoformo indiferenciado.	F45.1
CDI-10	
A) Se cumplen los criterios, A, C y E del trastorno de somatización (F 45.0), excepto que la duración sea de al menos seis meses.	
B) Uno o ambos de los criterios B, y D del trastorno de somatización (F 45.0) se satisfacen en forma incompleta.	

Cuadro 10. (CIE 10, Pág. 133, 2000), sin causa orgánica del padecimiento que menciona el individuo, ante revisión médica. Pueden ser a causa de esquizofita, un trastorno afectivo o de pánico.

1.3.3- Trastorno hipocondriaco.

Trastorno hipocondríaco	F45.2
CDI-10	
A) Debe estar presente algunos de los siguientes:	
1. Creencias persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las cuales, al menos una debe ser nombrado específicamente por el paciente).	
2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).	
B) La preocupación poderes de convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, y cuando sean tan siente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente en los curanderos locales).	
C) Rechazo en continua de aceptar el tratamiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física. (la aceptación a corto plazo de tales aclaraciones, es decir, por pocas semanas de duración o inmediatamente después de los chequeos, no incluye el diagnóstico).	
D) <i>Criterios de exclusión no estado con más frecuencia.</i> Lo siento a Tomás no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29, en particular F22) o algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).	

Cuadro 11. (CIE 10, Pág. 133, 2000), idea recurrente de enfermedad grave en al menos seis meses, preocupación por deformidad o desfiguración, rechazo del diagnóstico del médico.

1.3.4-Disfuncion vegetativa somatomorfa.

Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.3

CDI-10

- A) Debe haber síntomas de hiperactividad vegetativa, que el paciente atribuye a un trastorno orgánico de uno o más de los siguientes órganos o sistemas:
1. Corazón y sistema cardiovascular.
 2. Tracto de hacer intestinal alto (esófago y estómago).
 3. Tracto intestinal bajo.
 4. Sistema respiratorio.
 5. Sistema urogenital.
- B) Presencia de dos o más de los siguientes síntomas autonómicos:
1. Palpitaciones.
 2. Sudoración (fría o caliente).
 3. Sequedad de la boca.
 4. Sofocos o rubor facial.
 5. Malestar epigástrico, nervioso en estómago o estómago revuelto.
- C) Presencia de uno o más de los síntomas:
1. Dolor torácico malestar o alrededor de la región precordial.
 2. Disnea o hiperventilación.
 3. Cansancio excesivo a ejercicio leve.
 4. Aerofagia, hipo o sensaciones de quemazón en el pecho o epigastrio.
 5. Aumento de la frecuencia de micción o disuria.
 6. Sensación de estar hinchado, distendido o pesado.
- D) No hay pruebas de alteraciones estructurales o de las funciones en órganos o sistemas de los que el paciente está preocupado.
- E) *Criterios de exclusión usando con más frecuencia.* Eso síntomas no se producen solos en la presencia de un trastorno fóbico o un trastorno de pánico.

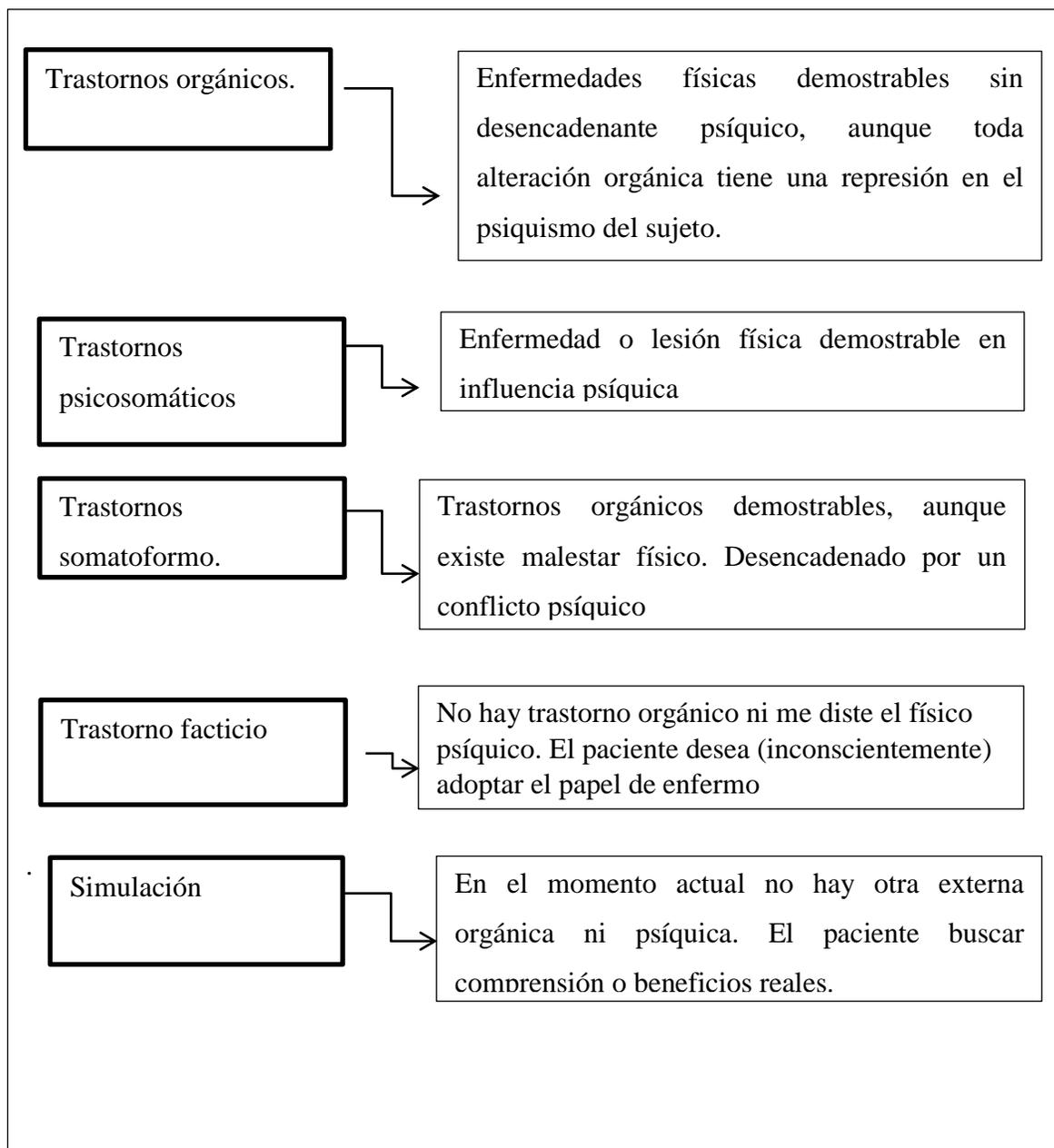
Cuadro 12. (CIE 10, Pág. 135, 2000), se deben presentar síntomas en sistemas o órganos vitales, también se pueden presentar síntomas autonómicos, o alguna afección que limite el funcionamiento respiratorio y motriz del individuo.

1.3.5- Trastorno de dolor persistente somatoformo.

Trastorno de dolor persistente somatomorfo.	F45.4
CDI-10	
A) Persistencia de un dolor persistente (Durante al menos seis meses y continuó la mayoría de los días) grave y molesto, en cualquier parte del cuerpo, el cual no puede explicarse adecuadamente por pruebas de procesos fisiológicos son trastorno orgánico. El dolor es de forma consistente el principal foco de atención del paciente.	
B) <i>Criterios de exclusión usando con más frecuencia.</i> Éste traductor no se produce ante la presencia de esquizofrenia trastorno relacionado, o sólo durante algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), un trastorno de somatización (F45.0), un trastorno indiferenciado (F45.1) o un trastorno hipocondríaco (F45.2)	

***Cuadro 13.* (CIE 10, Pág. 136, 2000), lo sintomatología que se presenta es molesta y grave, se presenta en cualquier parte del cuerpo, no puede explicarse por pruebas fisiológicas pues son trastornos orgánicos.**

Tipos de trastornos.



psicósomática, Pág. 3, 2013), en este cuadro podemos ver las diferencias, en términos concretos de tipos de sintomatología que se presentan dentro de la investigación y conceptos que se han venido manejando, como; trastornos psicósomático y somatoforme. Este cuadro como conclusión de lo que se ha ido viendo dentro de este tema.

Autores representantes de psicología y sus aportaciones.

Una parte fundamental que retomaremos por cronología, conocimiento de los indicios y aportaciones de cada autor, sus corrientes que se han ido presentando a lo largo de la historia de la psicología y se ven a continuación en la siguiente tabla. (Ver cuadro 15.)

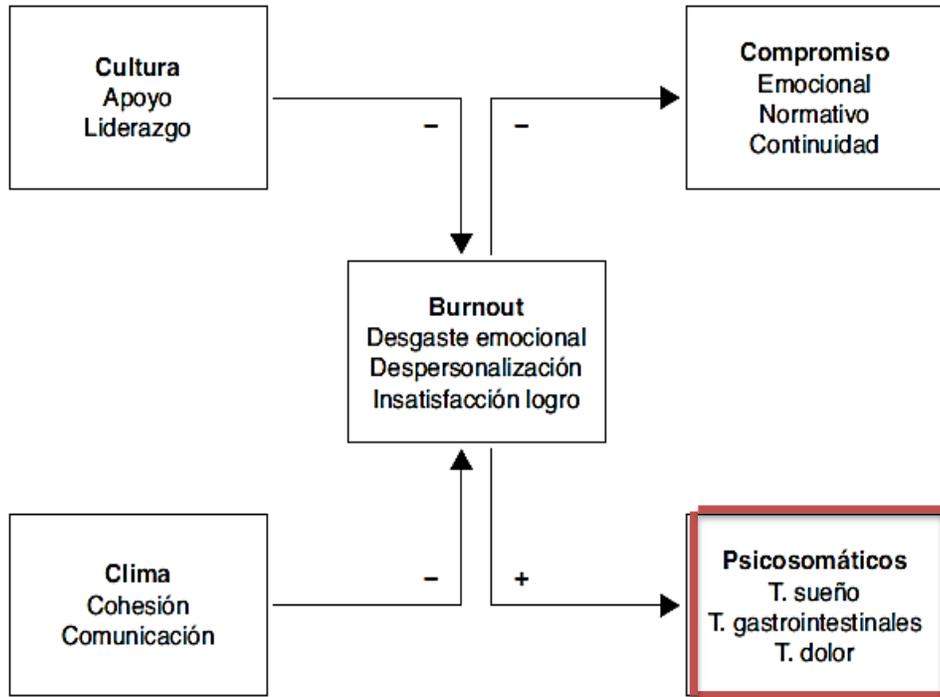
Año	Autor	Aportaciones
1818	Heimroth	Médico representante de la medicina romántica, se consideraba uno de los fundadores de la nueva disciplina médica llamada psicología.
	Freud	Sus afirmaciones acerca del yo, sobre el ello-cuerpo y el superyo, es un concepto fronterizo entre lo anímico y lo corporal, era afirmaciones psicológicas el sentido en que hoy se utiliza el término. Sus mayores aportaciones fueron las observaciones y conclusiones respecto a la conversión histérica.
	Georg	Médico especializado en curas termales en Baden-Baden, vio en el modelo de conversión de Freud el camino para comprender todas las enfermedades y describe describió los nexos psicológicos que el mismo descubrió con una chispeante alegría de vivir y a menudo con una aguda seriedad. “Padre de la psicología”
	Iván Pavlov	Como como puntos de partida todo esto por una parte fisiológica, y propuso la teoría del aprendizaje para la terapia, la investigación del equilibrio fisiológico “la homeostasis”.
	Canon	Planteo la medicina antropológica, que coloca el hombre como sujeto del centro de la medicina.
1929	Franz Alexander	Abre en Chicago en la primera clínica Psicológica.
1939		Se fundó la revista <i>psychosomatic medicine</i> .

1943	Máx. Schur	Fue segundo de los dos médicos personales que tuvo Freud. Propuso los conceptos de desamortización y resomatización.
	Alexander Mitscherlich	Desarrolló su teoría de la defensa en dos fases la primera fase, la superación neurótica de los afectos, dominando complementos fantásticos de los deseos en reemplazo del cumplimiento real es de los mismos en la segunda fase la formación psicosomática de los síntomas, en ella ustedes se activa el efecto generador del conflicto en cuanto se satisface en n formas Susy sustitutiva en el síntoma.
1950		Los médicos estadounidenses consideraban que más de la mitad de los síntomas de sus pacientes eran psicosomáticos. En esa época sufrieron surgieron más ramas de investigación psicosomáticas.
	Michel Balint	Colocó la relación médico-paciente, en el centro de actividad médica.
	Selye	Descubridor nexos entre el estrés y el funcionamiento de los sistemas nerviosos e inmunológicos.
	Lázarus	Presentó el primer modelo de “coping” (enfrentamiento), un punto de partida para comprender las posibilidades humanas para la superación de crisis.
	Rotter	Presentar los primeros resultados en investigación de convicciones de control (presentaciones subjetivas acerca de las instancias que ejercen control sobre el individuo).
	Pierre Marty	Describe al enfermo psicosomático como si eso si al mente adaptado con pocos síntomas neuróticos pero con una peculiar falta de imaginación. La “pensée opératoire”, El pensamiento automático- Mecanicista de estos enfermos se caracteriza, según ellos, por la falta de imaginación, adherencia de lo concreto, incapacidad para la elaboración lingüística de los conflictos y la falta de relación.

1960		Las investigaciones sobre los efectos de sentimientos que contribuyen a una pesada carga como el de desvalimiento como la vez esperanza y la tristeza intensa mostraron impresionante resultados como por ejemplo, una mayor tasa de enfermedad y muerte tras la muerte del cónyuge otras el deterioro de la actividad laboral.
	Seligmann	Investigo el desvalimiento aprendido.
	Beck	Desarrollo a partir de su teoría cognitiva de la depresión una escala para captar la desesperanza.
	Holmes y Rahe	Elaboran una tabla de unidades de cambio de vida, valores humanos de acontecimientos difíciles en la vida, y la pusieron en relación con la aparición en enfermedades, aunque con poco resultados claros.
1970	Sifones	Introduce el concepto de alexitimia, la incapacidad de percibir, de tal modo que los sentimientos no se pueden expresar con palabras.
1977	Georg Engel	Propone un modelo enfermedad vio psicosociales basado en la teoría de sistemas.
1979		Un impresionante volumen de un formato grande y dice 860 páginas compilado. Por thure von Uexkuill. El mismo mostró a las psicósomática como un tesoro de conocimientos ya casi inabarcable, sin imite preciso.

<p>1980 y principios de 1990,</p>		<p>Se presenta una nueva atención a la medicina antropológica a través de los conceptos del sentido de la enfermedad y razón a partir de las experiencias con niños esquizofrénico y autistas, de los pacientes anoréxicas y de los enfermos que se infringen lesiones asimismo, sugieren los planteamientos de una nueva psicología analítica del cuerpo (con conceptos del mundo del órgano imaginación órgano) la investigación de las teorías subjetivas del enfermedad, es decir, de los sistemas de conocimiento y convicciones de los pacientes el propósito de las causas de las enfermedades y las expectativas de desarrollo del proceso de la misma, incrementar los conocimientos sobre la vivencia individual del enfermo.</p>
<p>1980</p>		<p>En Estados Unidos surgió una nueva disciplina científica que podría emplear los conocimientos psicosomáticos y llenar así el y Hato del pensamiento que existe entre la medicina académica y la psicosomática: la psiconeuroinmunología.</p>

Cuadro 15. (Freud enfermo, Pág. 366-371, 2001) este cuadro representa los autores que se han hecho aportaciones a la psicosomática, desde cada una de sus perspectivas y teorías expuestas.



Cuadro16. Se ve replantado en un mapa, lo que el autor nos dice: como se ve implicada cada una de las variables que toman lugar para dar pie a un síntoma psicosomático. Uribe (2015)

3.2.1- Reacción a estrés agudo

F43.0 Reacción a estrés agudo.

CDI 10

- A. El paciente tiene haber estado expuesto estresante Excepcional físico o psicológico.
- B. La exposición a los estresantes se sigue desde el inicio inmediatamente de los síntomas (en una hora).
- C. Hay dos grupos de síntomas; la reacción al estrés agudo se clasifican como:
 - Leve: sólo se cumple con el criterio 1.
 - Moderador: se cumple con el criterio 1 y dos cualesquiera de los síntomas del criterio 2.
 - Grave: se cumple el criterio 1 y cuatro síntomas del criterio 2 o estupor disociativos (véase F 44.2).
- 1. Se cumplen los criterios B, C y D del trastornos del ciudad generalizada (F 41.1)
 - A) abandono de la interacción social esperada.
 - B) Éste amiento de la tensión.
 - C) Aparente desorientación.
 - D) Ira o agresividad verbal.
 - E) Desesperanza o desesperación.
 - F) Hiperactividad inapropiada o sin propósito.
 - G) Duelo incontrolable y excesivo (juzgado a tenor del patrón cultural local)
- D. Si él es desde antes transitorio puede aliviarse, no siendo más deben empezar a disminuir en no más de ocho horas. Si la exposición al estresante continúa, Los síntomas deben empezar a disminuir el no más de 48 horas.
- E. Criterios de exclusión usados con más frecuencia. La reacción debe ´producirse en ausencia de cualquier otro trastorno mental del comportamiento de la CIE-10.

del estrés agudo, comienza con un cuadro inmediato de los síntomas ante el estímulo estresor y seguido de leve a lo moderado, cumpliendo de la A, a G alguno de los criterios estipulados.

3.2.2- Trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de estrés postraumático.

CDI 10

- A) El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante (de corta o larga) duración de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestares profundos en cualquier persona.
- B) Debe haber recuerdos persistentes de revivir el acontecimiento situación de estresante en forma de revivencias (“flashbacks”), recuerdos vividos son sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas asociados al acontecimiento situación estresante.
- C) El paciente demostrar una evitación real o preferente de las circunstancias parecidas o asociarse al acontecimiento situación estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
- D) Presencia de alguno de los siguientes:
 - 1. Incapacidad para recordar, parcial o incompleta, algunos de los textos importantes del periodo de exposición a los acontecimientos estresantes.
 - 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualquiera de los siguientes:
 - A) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - B) Irritabilidad o arrebatos de ira.
 - C) Dificultad para concentrarse.
 - D) Hipervigilancia.
 - E) Reacción de sobresalto exagerada.
- E) deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses de la acontecimiento estresante o del fin de un periodo de estrés el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente.

Cuadro 18. (CIE 10, Pág. 121-122, 2000), después de la presencia del estresor se presenta algún tipo de sintomatología recurrente dentro de los indicadores que se estipulan dentro de esta categoría representada en el cuadro.

3.2.3- Trastorno de adaptación

Trastorno de adaptación.

- A) El inicio de síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estresante psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.
- B) El individuo manifiesta síntomas alteraciones de comportamiento de tipo de los descritos en cualquiera de los entornos de humor (afectivos) (F43-F39) ese ideas delirantes y alucinaciones, de cualquiera de los trastornos (F40-F48) trastornos neuróticos, secundarios de situaciones estresantes y se mató formas y de los trastornos de sociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.

El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más utilizando un quinto carácter:

F43.20 Reacción depresiva breve. Estado depresivo leve y transitoria de duración no superior a un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada. Estado depresivo leve que se produce en respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede de los dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión. Predominan ambos tipos de síntomas, pero el nivel no mayores de los especificados para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro o trastornos de ansiedad mixta (F41.3)

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones. Los síntomas suelen ser de varios tipos de emoción, tales como la ansiedad depresión, precaución, atención de ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden cumplir criterios de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) U otro trastorno de ansiedad mixta (F41.3), pero en el predominan hasta el punto que pueda diagnosticarse otros entornos depresivos o de ansiedad más específicos. Esta categoría también de utilizarse niños que presentan conductas regresivas, como enuresis nocturna o chupeteo del pulgar.

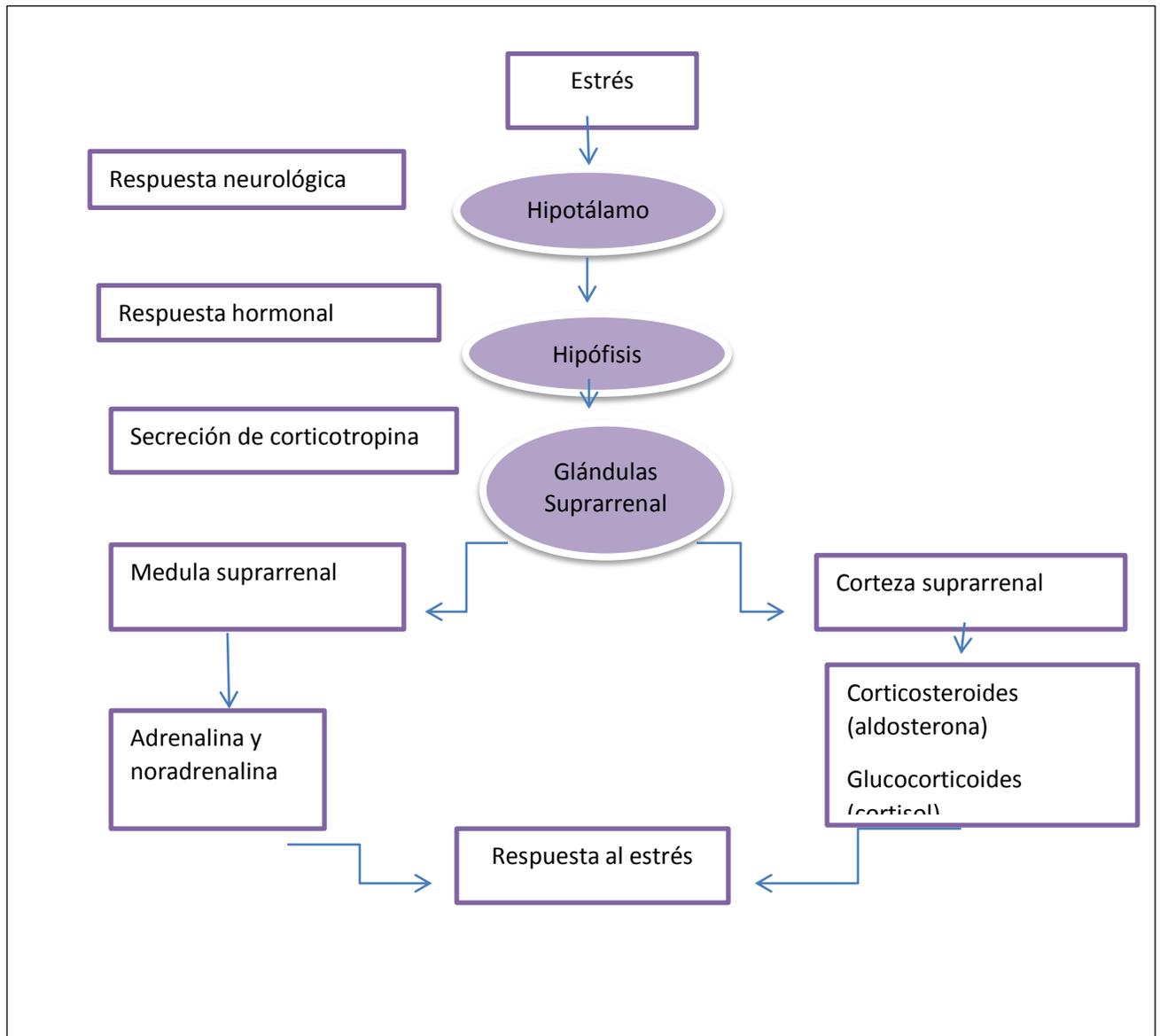
F43.24 Con predominio de alteraciones y sociales. La principal es de nación es la del comportamiento: por ejemplo, una lección de duelo en un adolescente que resulta en un comportamiento agresivo o disociar.

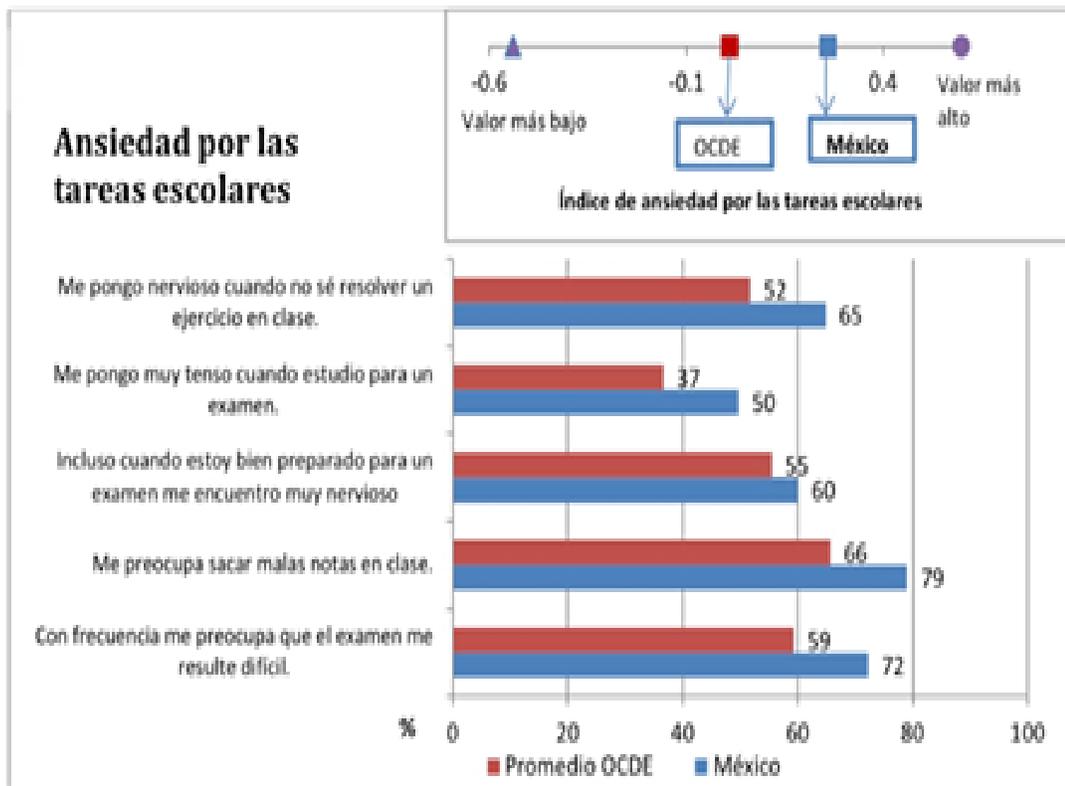
F43.25 Con alteraciones de las emociones y sociales mixtas. Los rasgos predominantes son de ambos tipos, síntomas emocionales y alteraciones del comportamiento.

F45.28 Con otros síntomas predominantes especificados.

Cuadro 19. (CIE 10, Pág. 123-124, 2000), posterior a la exposición de la situación estresante (específicamente un mes), se presenta sintomatología, pero no catastrófica, aunque con rasgos predominantes en depresión.

El funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal se representara en la siguiente figura.





Cuadro. 21. Las estadísticas fueron tomadas de esta gráfica, realizo las pruebas OCDE (La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).