

EL ENFOQUE PSICOSOMÁTICO EN MEDICINA*



Franz Alexander

LA ERA PSICOSOMÁTICA EN MEDICINA

En los últimos veinte años se cumplió una nueva fase de la investigación psicosomática, que se inicia determinada en gran medida por la aclaración conceptual de la diferencia existente entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos. Se comprobó que la semejanza entre un síntoma de conversión histérica (tal como la parálisis de un miembro), por una parte, y las respuestas vegetativas a las emociones (tal como el aumento de secreción gástrica o de la presión sanguínea), por otra, está dada meramente por el hecho de que ambas condiciones son “psicogénicas”, es decir, son el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada.

Sin embargo, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes en cada caso, tanto en el aspecto fisiológico como en el psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional; es una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido. Este mecanismo está restringido a los sistemas neuromuscular voluntario o perceptivo, cuyas funciones son expresar y aliviar las emociones. Contrastando con esto, la neurosis vegetativa consiste en una disfunción psicógena de un órgano vegetativo que no está bajo el control del sistema neuromuscular y que por lo tanto no expresa ningún significado psicológico (primario). El síntoma vegetativo no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico (normal). La naturaleza patológica de la condición consiste primordialmente en que, al estar sometida a estímulos emocionales continuos, que provienen de conflictos sin resolver, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas. A veces pueden conducir a fenómenos tisurales irreversibles que originan síndromes orgánicos definidos. Esta concepción introdujo en medicina un nuevo concepto etiológico: la enfermedad orgánica puede provenir, al menos en parte, de conflictos neuróticos crónicos.

Esta distinción entre dos tipos fundamentales diferentes de formación de síntomas (neurosis de conversión y neurosis vegetativa), ha merecido aceptación general, aunque a menudo se la ha formulado en términos algo distintos. Debe advertirse también que, según Fenichel, la diferencia básica entre los que hoy día se denominan síntomas “órgano-neuróticos” por una parte, y síntomas psiconeuróticos, por otra, fue reconocida por Freud mucho tiempo antes. En un ensayo sobre trastornos visuales psicógenos, Freud propuso la distinción entre dos tipos de síntomas psicógenos, diferenciando las funciones de un órgano según está al servicio de la sexualidad o de la utilidad. Esta distinción corresponde a la posición total que Freud tenía en esa época (1910) acerca de la dualidad de los instintos (es decir, instintos sexuales e instintos del yo). La misma idea luego fue adoptada y elaborada por Ferenczi.

La precedente diferencia entre dos tipos de formación de síntomas fue establecida también en términos distintos por E. Glover, como sigue:

*.- Tomado de Alexander F., *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. Ch XI, WW Norton, New York 1950. [Psiquiatría dinámica, Paidós, 1962]

De acuerdo con ese enfoque cabe establecer dos distinciones fundamentales entre las psiconeurosis y todos los desórdenes psicósomáticos; primero, que el proceso de formación de síntomas en las psiconeurosis sigue una pauta psíquica estandarizada, y segundo, que las psiconeurosis tienen un contenido y un significado psíquicos. Los desórdenes psicósomáticos, por otra parte, aunque influidos por reacciones psíquicas en uno u otro punto de su desarrollo, no tienen en sí mismos ningún contenido, y por consiguiente no representan pautas estereotipadas de conflicto. Cuando llegan a desarrollar un significado psíquico, puede suponerse que se ha superpuesto un proceso psiconeurótico a una base psicósomática.

Por consiguiente, tanto Alexander como Glover subrayan que los síntomas organoneuróticos no expresan ningún significado psíquico primario; además de esto, Alexander relaciona los síntomas histéricos con los sistemas neuromuscular voluntario y perceptivo sensorial, mientras que Glover establece una diferencia adicional en términos de presencia o ausencia de pautas de conflicto estandarizadas o estereotipadas. Ambos factores merecen un ulterior comentario.

La segunda distinción de Glover entre las psiconeurosis y los desórdenes psicósomáticos se refiere a la existencia de una pauta de conflicto estandarizada en las primeras, y a su ausencia en los últimos. Este punto es de interés, porque tiene relación con el problema de la especificidad de los síntomas somáticos. En contraste con la pauta específica con que se desarrollan, por ejemplo, las fobias o las obsesiones, el desarrollo de los síntomas somáticos, en opinión de Glover, no está gobernado por pautas psicológicas específicas similares. Glover relaciona la naturaleza de la elección de estos síntomas con una serie de determinantes, tales como los factores constitucionales, la profundidad de la regresión, la naturaleza de la distribución de la libido, etc.

En cuanto a la restricción de los síntomas de conversión histérica a ciertas estructuras -definidas sobre una base anatómica y fisiológica-, Szasz llamó la atención sobre el hecho de que esta regla se aplica sólo a los síntomas motores (o de descarga). Así, por ejemplo, en el caso del dolor histérico el síntoma no depende de cualquier tipo especial de inervación periférica, como el sistema de conducción cerebroespinal. El mecanismo no descansa en tal caso sobre una base primordialmente fisiológica, sino más bien sobre la propia imagen corporal del paciente. Esto equivale a decir que tal síntoma puede ocurrir o, más precisamente, puede referirse a cualquier parte del cuerpo que tenga una representación psíquica. Podemos además advertir a este respecto que cuando decimos “respuestas psicósomáticas”, tenemos en la mente, por regla general, sólo los fenómenos motores o de descarga. Esta se deduce inevitablemente del hecho de que la percepción es, en último análisis, una función del yo, o de la integración psicológica total de la persona en cualquier momento. Pero el análisis de ese muy interesante e importante problema de la percepción en general y del dolor en particular nos apartaría demasiado de nuestro propósito, por lo que no podemos aquí extendernos en él. Basta indicar que tenemos ante nosotros una zona inexplorada de investigación psicósomática.

En diferentes centros de investigación se han emprendido poco a poco estudios cada vez más sistemáticos sobre los factores emocionales de las diversas enfermedades orgánicas. El concepto teórico fundamental de los estudios psicósomáticos llevados a cabo en el Chicago Institute for Psychoanalysis ha sido que los estados emocionales no se expresan sólo en un comportamiento externo, sino que los procesos fisiológicos internos también responden a cada estado emocional mediante un mecanismo de adaptación. Esta premisa estaba basada en los estudios experimentales de Cannon sobre los fenómenos fisiológicos que regularmente siguen a ciertos estados emocionales como la cólera y el temor. Dichas investigaciones, sin embargo, iban más lejos que el mero estudio de las respuestas fisiológicas internas a tales estados emocionales básicos de cólera y temor. Basándose en sus estudios clínicos, Alexander y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que cada estado emocional específico provoca una respuesta fisiológica específica. Postulaban, por ejemplo, que los ardientes deseos de incorporación oral tienen un efecto específico sobre la secreción gástrica y la motilidad; que la cólera, de acuerdo con sus diferentes representaciones psicológicas, pueden influir tanto en el sistema neuromuscular, como en el gastrointestinal o vascular. En estos estudios no se ponían en relación los procesos psicológicos observados con todo el cuadro de la enfermedad, sino más bien con un proceso fisiológico específico, como la secreción gástrica, la contracción vascular o la tensión muscular.

Al mismo tiempo, Dunbar y sus colaboradores prestaron más atención a los rasgos manifiestos de

personalidad que se encuentran comúnmente en pacientes con ciertos trastornos orgánicos. Aunque estos estudios hayan sido en sí mismos estimulantes, no lograron demostrar ninguna conexión causal específica entre los procesos psicológicos y los procesos orgánicos. Es probable que lo observado por Dunbar fueran las frecuentes y típicas reacciones de defensa contra ciertos conflictos básicos que aparecen en ciertas enfermedades orgánicas. Dicho de otro modo, lo que Dunbar se dedicó a observar eran los resultados terminales, más bien lejanos, de los diversos mecanismos psicológicos más directamente relacionados con las funciones orgánicas perturbadas.

En el estado actual de su evolución, uno de los problemas centrales de la medicina psicosomática es el de la naturaleza específica de los estímulos emocionales que intervienen en los diferentes desórdenes orgánicos.

EL PROBLEMA DE LA ESPECIFICIDAD

Existen tres principales escuelas que se ocupan de este problema. Según el criterio de la primera, que se mencionó anteriormente, los factores psicológicos que influyen o perturban las funciones de los órganos vegetativos son tan específicos como los que han sido establecidos en los casos de histeria de conversión. Tienen un contenido ideacional, un significado simbólico, que puede ser interpretado en términos psicológicos: el órgano visceral afectado expresa el contenido inconsciente, exactamente del mismo modo como un síntoma de conversión histérica es una expresión simbólica del contenido psicológico reprimido. Es ésta una de las ideas más antiguas dentro del psicoanálisis, que en la actualidad ha sido abandonada por completo.

La segunda escuela sostiene un punto de vista que apunta en la dirección opuesta. Según ella, la naturaleza de los factores emocionales activos no puede determinar la naturaleza de los trastornos vegetativos. Muchos estímulos psicológicos diferentes pueden provocar las mismas respuestas vegetativas. La naturaleza del trastorno vegetativo depende por completo de los factores constitucionales o de una vulnerabilidad previamente adquirida por el órgano afectado. Esta concepción acepta sólo un componente del concepto freudiano, de la conversión histérica, a saber, el de la “obediencia del cuerpo”. Bajo la influencia de las emociones, pueden desarrollarse trastornos orgánicos en cualquiera de los puntos vulnerables existentes dentro del organismo. La persona cuyo talón de Aquiles está en el sistema circulatorio, responderá a los trastornos emocionales con síntomas cardíacos o vasculares. La vulnerabilidad del órgano comprometido puede deberse a la herencia, a una enfermedad orgánica previa, o a algún otro factor.

La tercera concepción, que ha servido de hipótesis al trabajo en la investigación realizada en el Chicago Institute for Psychoanalysis, toma una posición intermedia entre las anteriores. No rechaza el concepto de la vulnerabilidad de los órganos afectados, pero añade otro factor, basado principalmente en las formulaciones originales de Cannon.

De acuerdo con esa concepción, a cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica que en sí misma no es patológica, sino parte integrante del estado emocional. La estimulación del sistema simpático-adrenal, como resultado del aumento en el metabolismo de los carbohidratos, la aceleración de la actividad cardíaca, y la elevación de la presión sanguínea, junto con una relativa inhibición de las funciones digestivas, son partes constitutivas del estado de cólera. Los concomitantes fisiológicos de la angustia son similares (aunque probablemente no idénticos), a los de la cólera. Ambos estados son comunes en situaciones de emergencia. La relajación y el distanciamiento emocional de los asuntos externos se asocian con un estado fisiológico opuesto al que se da en las situaciones de emergencia. Los concomitantes fisiológicos de un estado de relajación se caracterizan por un auge de los procesos anabólicos o de almacenamiento. Las funciones gastrointestinales son estimuladas, mientras que se inhiben las funciones de los músculos del esqueleto y de los sistemas circulatorio y respiratorio. Estos cambios -tanto en el estado de emergencia como en el de relajación- son reacciones de adaptación de los órganos vegetativos a la situación total en que se encuentra el organismo. Cumplen una función fisiológica. Esta teoría otorga pleno reconocimiento a la vulnerabilidad local de los órganos afectados, pero al mismo tiempo postula cierta correlación específica entre el estado emocional y sus concomitantes fisiológicos o secuelas: la naturaleza del estado emocional determina el tipo de respuesta fisiológica. La coexistencia de ambos factores (la vulnerabilidad somática local del órgano afectado y la constelación emocional específica) es lo que provoca el trastorno orgánico.

Como se ha mencionado antes, el punto de vista de Dunbar difiere del precedente, en la medida en que postula ciertos rasgos manifiestos de la personalidad como característicos de las diferentes enfermedades. Estos rasgos aparecen en la conducta manifiesta y pueden ser descritos por los estudios del perfil de la personalidad, según lo propuesto por Dunbar.

Alexander señala que la correlación específica no se da entre los rasgos manifiestos de la personalidad y la respuesta vegetativa, sino entre esta última y ciertas constelaciones emocionales, por lo común inconscientes, que pueden estar presentes en muy diferentes tipos de personalidades y que pueden aparecer y desaparecer durante la vida de la misma persona. Consiguientemente, la relación específica entre una enfermedad y los factores psicológicos es mucho menos estática que la relación postulada por el concepto de Dunbar.

MECANISMOS PSICOSOMÁTICOS

En el estado actual de la medicina psicosomática, existe un cierto número de concepciones teóricas de naturaleza general que son utilizadas en una forma más bien amplia por los investigadores que habitualmente trabajan en este terreno. Estas concepciones están fundadas en muchas observaciones bien establecidas que se refieren a las interrelaciones psicofisiológicas. En ellas se aprecia la influencia dominante de las ideas de Darwin, Cannon y Freud.

Conducta volitiva

Psicológicamente, la conducta volitiva puede describirse en términos de motivos y fines. Las funciones fisiológicas que resultan adecuadas para alcanzar ciertos fines pueden así ser comprendidas en función de su utilidad, como en el caso de ciertas funciones de una máquina. Estas funciones fisiológicas se efectúan por mediación del sistema nervioso voluntario, cuyos órganos terminales son los músculos estriados. Desde un punto de vista nosológico, los disturbios de estas funciones pueden provocar síntomas de conversión histérica. (En un sentido más amplio, existen muchos otros tipos de fallas en la conducta voluntaria coordinada, que incluyen esencialmente todos los disturbios de las relaciones interpersonales. Los mecanismos aquí descritos no son presentados ni pueden ser usados como base para una rígida clasificación de los síndromes psiquiátricos).

Inervaciones expresivas

Las inervaciones expresivas son procesos fisiológicos específicos, como el llanto, la risa, el sonrojo, el suspiro, etc., que se producen bajo el influjo de tensiones emocionales específicas.

Los sistemas fisiológicos que intervienen en estas pautas de conducta incluyen tanto el sistema voluntario (cerebroespinal) como el sistema nervioso autónomo; además, en las inervaciones expresivas los músculos del esqueleto pueden ser activados a través de las vías extrapiramidales, en contraste con el sistema de conducción piramidal que activa los movimientos voluntarios. Psicológicamente, las inervaciones expresivas no pueden ser interpretadas en términos de fines utilitarios; son fenómenos de descarga, y su único fin o "utilidad" es asegurar el alivio de la tensión emocional. De esta manera, el llanto, por ejemplo, ayuda a descargar los sentimientos de dolor asociados a la aflicción. Los trastornos de estas funciones se clasifican por lo general en los síntomas de conversión histérica (por ejemplo, la risa o el llanto histéricos). No obstante, sería casi más correcto considerar tales trastornos como un puente entre las conversiones histéricas y las neurosis vegetativas, pues en ellos se combinan rasgos de una y otras. En el sonrojo, o en el llanto histérico, por ejemplo, el síntoma en realidad puede considerarse como una conversión histérica, puesto que expresa un significado psicológico específico e inconsciente en un cambio corporal; sin embargo, como las vías fisiológicas activadas en este proceso incluyen ciertas funciones del sistema nervioso autónomo, también interviene un rasgo característico de una neurosis vegetativa.

Fenómenos psicosexuales

Los fenómenos psicosexuales son esencialmente similares a las inervaciones expresivas. En realidad,

el mecanismo por excelencia por el que el organismo puede liberarse de las tensiones emocionales, es la actividad sexual. Sólo en ciertas manifestaciones maduras de la sexualidad se busca también la conservación de la especie. Las formas pregenitales de la sexualidad descargan tensiones instintivas que no pueden interpretarse en términos de utilidad, desde el punto de vista de la conservación del individuo o de la conservación de la especie. Los mecanismos fisiológicos de los fenómenos sexuales consisten en complicadas combinaciones de inervaciones voluntarias, que no han sido aún comprendidas plenamente, y en fenómenos autónomos y hormonales (por ejemplo, la copulación, la erección, la eyaculación, el orgasmo, los cambios periódicos de la receptividad sexual, etc.). A causa de esta compleja participación de respuestas cerebroespinales, autónomas y endocrinas, los trastornos de las funciones sexuales no pueden ser clasificados rígidamente como conversiones histéricas o neurosis vegetativas; los diferentes trastornos sexuales pueden incluir rasgos de ambos mecanismos, en diversas proporciones (por ejemplo, la frigidez y la amenorrea). Los aspectos psicológicos de estos fenómenos han sido bien explorados por los estudios psicoanalíticos de los últimos cincuenta años. Su fisiología es aun completamente desconocida.

Respuestas vegetativas

Las repuestas vegetativas consisten en reacciones viscerales a los estímulos emocionales. La mayoría de las investigaciones psicósomáticas actuales se han interesado por estos mecanismos.

1) Las respuestas de adaptación, la “retirada vegetativa”, y las “inervaciones regresivas”. Según lo postulado por Cannon, la principal función de la división simpática del sistema nervioso autónomo es la regulación de las funciones vegetativas internas en relación con las actividades externas, particularmente en las situaciones de emergencia. De este modo, las respuestas de adaptación en las situaciones de emergencia consisten en la estimulación de las funciones necesarias para la lucha o la huida; esto se logra por la actividad del sistema simpático-adrenal.

En el estado de relajación, por otra parte, existe normalmente una disminución del interés por el ambiente, y las respuestas vegetativas correspondientes a este estado se hallan bajo el influjo dominante de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo; esto produce una estimulación de las funciones digestivas y anabólicas (de almacenamiento) y una relativa disminución de las funciones catabólicas. En tanto que estas respuestas son apropiadas en el estado de relajación, ciertos pacientes reaccionan al esfuerzo, la angustia y algunas situaciones de conflicto, con un alejamiento emocional, y tienen lugar las correspondientes respuestas vegetativas. En tales casos, estas respuestas son paradójicas y pueden ser interpretadas como soluciones regresivas de la necesidad de enfrentar la situación de emergencia con respuestas adecuadas dirigidas hacia fuera. Este tipo de respuesta autoplástica fue designado por Alexander como la “retirada vegetativa”.

Siguiendo este esquema general, Szasz comprobó que es posible interpretar ciertas disfunciones autónomas más específicamente como regresiones a las primitivas formas infantiles de funcionamiento automático. También señaló que, en vez de hablar de una preponderancia de una u otra rama del sistema nervioso autónomo, o de un “desequilibrio autónomo” en los desórdenes psicósomático, lo que caracteriza a muchos de estos síndromes es una hiperfunción parasimpática (colinérgica) localizada (por ejemplo, úlcera péptica, diarrea, asma, neurodermatitis, etc.); estas disfunciones autónomas representan regresiones en las actividades fisiológicas específicas. Por ejemplo, se ha demostrado que la hiperactividad vagal del paciente con úlcera péptica es similar a la preponderancia vagal que existe durante los dos primeros años de vida, en que el abastecimiento del simpático al tracto gastrointestinal todavía no está plenamente desarrollado. Análogamente, podría demostrarse que ciertos casos de diarrea están relacionados con una reactivación del mecanismo reflejo gastrocólico, que está más activo durante la infancia. Sobre la base de tales ejemplos, junto con ciertas consideraciones teóricas, se ha sugerido que tales patrones de respuestas autónomas (hiperfunciones parasimpáticas localizadas) se designen como “inervaciones regresivas”; en contraste con este tipo de respuesta, ciertas excitaciones simpáticas crónicas de órganos o sistemas de órganos fueron designadas como “inervaciones concomitantes”.

2) Las situaciones vitales, las emociones y la fisiología. Harold G. Wolff, Stewart Wolff y sus colaboradores

estudiaron un gran número de reacciones fisiológicas en estados emocionales inducidos experimentalmente. Su estudio sobre “Tom”, un sujeto con fístula gástrica, se cuenta ahora entre los clásicos de la medicina. Su método en este caso consistió en hacer cuidadosas observaciones de la actividad gástrica, junto con ciertas mediciones fisiológicas, en situaciones variables de vida y como respuesta a las condiciones emocionales inducidas experimentalmente. Estudios similares realizaron sobre los ojos, las mucosas del colon, de los bronquios y de la nariz, y sobre pacientes con hipertensión esencial y diabetes mellitus. Wolff interpreta que muchas de estas reacciones sirven al propósito de evitar o impedir los estímulos nocivos. Para tal interpretación resulta ilustrativo lo siguiente:

Casos evidentes de reacciones defensivas son las que protegen la nariz y las vías respiratorias. Se ha observado que, como reacción a los ataques y amenazas, ciertos individuos cierran sus conductos respiratorios y limitan la ventilación por medio de la vasodilatación, la turgencia, la hipersecreción y la contracción de los músculos lisos y estriados. Los cambios, especialmente en las vías respiratorias superiores, producen una cantidad de síntomas, preferentemente dolor y obstrucción; esto último a menudo conduce a una infección secundaria y a la prolongación de los procesos morbosos. De esta manera el individuo exhibe una pauta de conducta y una actitud de no participación en las relaciones interpersonales.

La interpretación de Wolff es en esencia una extensión del principio básico de Cannon sobre los mecanismos de “lucha o huida” a muchas reacciones fisiológicas no consideradas ni explicadas por Cannon. Sin embargo, la hipótesis de Wolff contribuye poco a la solución del problema de la especificidad de los síntomas, pues no resuelve la cuestión de por qué un sistema particular de órganos debe ser afectado en un caso particular más bien que en otro. Por otra parte, aunque Wolff a veces se refiere a los prototipos infantiles de tales reacciones, no utiliza el concepto psicoanalítico de “regresión”. Esto implica que las reacciones mencionadas son consideradas defensivas en un sentido temporalmente corriente (esto es, son consideradas corrientemente provechosas). Pronto se advirtió que la interpretación psicoanalítica de tales síntomas es similar, pero con la diferencia de que dichos síntomas son considerados como regresiones a pautas primitivas de desarrollo de una reacción (defensa), que son reactivadas como resultado de algún conflicto corriente. El principal valor de la obra de Wolff y Wolff reside en sus numerosas y atentas observaciones sobre una gran variedad de reacciones psicósomáticas. Sin embargo, estos autores no distinguen entre procesos psicológicos conscientes e inconscientes y no hacen referencia alguna al fenómeno de regresión, psicoanalíticamente bien establecido, concepción sin la cual no puede explicarse la naturaleza “defensiva” de muchas disfunciones fisiológicas.

3) Las respuestas endocrinológicas en el “stress” crónico. Las adaptaciones fisiológicas al sufrimiento se producen en cualquier parte del cuerpo. De los cambios fisiológicos que se producen como respuesta al sufrimiento, los mejor estudiados y comprendidos (aparte de las adaptaciones psicológicas) son los cambios que tienen lugar por mediación de los sistemas nerviosos voluntario y autónomo. De bastante tiempo a esta parte se sabe que el sistema endocrino participa en las defensas del cuerpo, pero sólo recientemente se ha adelantado una teoría amplia de esas reacciones endocrinas. Hans Selye (79, 80) coordinó un vasto número de observaciones bajo el nombre de “síndrome de adaptación general”; este término designa una compleja cadena de acontecimientos, iniciada por una variedad de situaciones estresantes y producida por medio de mecanismos hormonales. Según esta teoría, la primera respuesta hormonal al “stress” es la “reacción de alarma”. En el caso de “stress” prolongado se siguen reacciones defensivas hormonales crónicas (“el período de resistencia”). Son estos cambios hormonales excesivos y crónicos, producidos principalmente por mediación de la glándula pituitaria anterior y la corteza adrenal, los que conducen a distintos cambios patológicos en los órganos terminales, designados como “enfermedades de adaptación” (por ejemplo, la artritis, la periarteritis nudosa, etc.). La comprensión de la influencia precisa de los factores psicológicos sobre el sistema endocrino es un territorio aun completamente inexplorado.

4) La disociación de funciones fisiológicamente coordinadas. Sydney G. Margolin y sus colaboradores han comprobado recientemente, en un paciente bajo observación psicoanalítica, que en ciertas circunstancias pueden llegar a disociarse diversas funciones gástricas; por ejemplo, pueden producirse cambios en la motilidad gástrica y en la secreción de ácido clorhídrico y pepsina, que no se mantienen paralelas entre sí,

sino varían de una manera independiente y al parecer sin propósito definido. Hasta ahora la mayoría de los estudios psicósomáticos han versado sobre la hiperfunción. Estas observaciones han revelado la posibilidad de que la disociación de las funciones de un órgano sea también un mecanismo productor de enfermedades. Szasz ha planteado una cuestión similar en conexión con las funciones de las glándulas salivares y gástricas, funciones que normalmente van asociadas. Advirtió que la hipersalivación se produce a menudo en las mujeres embarazadas, mientras que la frecuencia de úlceras duodenales en tales casos es extremadamente baja. La cuestión era saber si las actividades secretorias de las glándulas salivares y gástricas podrían llegar a disociarse en tales circunstancias. La evaluación de estas observaciones no se ha realizado aún, y depende de ulteriores estudios del fenómeno de disociación de las funciones de un órgano solo o de un sistema de órganos.

PUBLICADO EN: VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2002, Vol. XIII, pp. 59-65.

Publicado electrónicamente en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex47.pdf>

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter ALSF 4-ex-58

