

## TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS. Parte III.



**Ps. Jaime Yasky P.**

Para finalizar esta revisión del tema “psicosomática”, se presentarán algunos de los principales cuadros clínicos que han motivado las elaboraciones conceptuales y técnicas revisadas en las dos secciones anteriores.

En relación al tema de las clasificaciones de los trastornos psicosomáticos, es importante revisar algunos criterios (Mc Dougall) que se ha planteado para considerar una patología como psicosomática. Según este autor, se deben cumplir las siguientes tres condiciones:

- 1.Existencia de una alteración fisiológica constatable en concomitancia con una alteración psicológica demostrable.
- 2.Que tal sintomatología constatada adquiera sentido a la luz de la estructura de personalidad, los conflictos psíquicos medulares o la historia vital del sujeto (más que ser un hecho meramente fisiológico).
- 3.Que tales alteraciones sobrevengan bajo condiciones estresantes, tanto determinadas intrapsíquicamente como por circunstancias vitales reales.

A partir de estos criterios es dado proyectar la existencia de una gran cantidad y variedad de alteraciones que pueden ser consideradas como psicosomáticas.

Es así como, por ejemplo, en el Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock (1982), se clasifican distintos Trastornos Psicofisiológicos según el sistema implicado (Gastrointestinales, Cardiovasculares, del Aparato Respiratorio, Endocrinos y Cutáneos), además de los siguientes cuadros clínicos: Obesidad, Anorexia Mental, Alergias, Artritis reumatoide, Dolor psicógeno y Cefaleas. En total, en este texto se describen alrededor de 40 alteraciones de orden psicosomático.

En otro texto, El Enfermo Psicosomático y su Medico Práctico de Luban-Plozza y Pöldinger (1986), se propone la siguiente clasificación: Afecciones de las vías aéreas, Afecciones cardiovasculares, Aspectos del comportamiento alimentario, Afecciones gastrointestinales, Afecciones del sistema endocrino, Aspectos alergológicos, Las dermatosis, Las cefaleas, El paciente de sueño intranquilo, Afecciones ginecológicas, Afecciones de los aparatos de sostén (óseo y articular) y locomoción (muscular), Síndromes psicovegetativos, Desarreglos psicovegetativos, Desarreglos funcionales de la sexualidad y Aspectos psicológicos y psicosomáticos en odontología. En este texto también se revisan aproximadamente 40 alteraciones psicosomáticas.

Cabe resaltar que las alteraciones descritas en ambos textos no son todas las mismas, ni los criterios de clasificación son iguales, como tampoco están descritas todas las alteraciones posibles de considerar como psicosomáticas.

En todo caso, a continuación describiremos algunos de los trastornos psicosomáticos más ampliamente reconocidos por su validez:

Asma Bronquial: se ha relacionado esta afección (French, Alexander y otros) con la inhibición del impulso a gritar o al llanto profundo en relación a llamar a la madre o dar cuenta de su ausencia. Se relaciona con “vínculos que asfixian”.

La angustia de separación generada en conflictos en torno a la dependencia oral inhibiría la producción de conductas comunicativas (gritar, llorar) basadas en la profundidad de la respiración, con su consiguiente merma en la capacidad de producir y descargar emociones profundas, como también en la carga energética general del organismo.

**Artritis reumatoide:** Se relacionaría (Johnson, Shapiro, Alexander) con tensiones crónicas en grupos musculares involucrados en la descarga de impulsos agresivos. La carga del grupo muscular, junto a la imposibilidad de descargar determinaría una inmovilización del segmento articular involucrado. Este trastorno se asocia además con la tracción a nivel articular generada por la realización de descargas motoras sin relación simbólica con el impulso que carga tal grupo muscular.

**Hipertensión Esencial:** Este trastorno tan frecuente se asocia a la coexistencia de tendencias contradictorias, en que por un lado existirían una activación del sistema cardiovascular y grupos musculares asociados a la producción de conductas agresivas autoafirmativas, y por otro lado, la necesidad de controlar e inhibir dichos impulsos por temor a perder el afecto de los otros. Lowen asocia la patología cardiovascular con traumas (descorazonado, vuelco del corazón, “corazón roto”) o inhibición de experiencias de amor profundo, en que las tensiones musculares están al servicio de evitar que el funcionamiento y ritmo del corazón estén determinados por el estado de la realización con el objeto de amor.

**Migraña:** Existe un relativo acuerdo del papel que juegan los disturbios vasomotores en las arterias craneales en este trastorno. La falta de riego sanguíneo asociada a tensiones a nivel del cuello y/o de otra musculatura profunda del cráneo, estaría al servicio de inhibir la producción de fantasías o pensamientos gatilladores o preparadores de respuestas vegetativas de descarga de impulsos. Se evitan ciertas ideas que harían “perder la cabeza”. Ciertas afecciones a la vista, relativas a deformaciones de la córnea por tensión muscular, se asocian a inhibir la expresión de estados emocionales (rabia, pena) en los ojos, como también a inhibir el ver, percatarse o recordar situaciones emocionalmente significativas.

**Hipertiroidismo:** Se ha relacionado este trastorno con la tendencia acentuada a la maduración precoz en ciertos organismos, como tendencia compensatoria de experiencias traumáticas surgidas en ámbitos de indefensión o inmadurez. La tendencia a la autosuficiencia es un movimiento defensivo. El posible nexo entre el nivel etológico antes esbozado y los mecanismos fisiológicos implicados en el hipertiroidismo todavía están por explicar.

**Trastornos Dermatológicos:** Se ha relacionado (Miller, Saul y Bernstein, Kepecs) el desarrollo de trastornos como la neurodermatitis, el eccema y la urticaria a alteraciones en la exudación que acompañan a la inhibición del llanto (existiría un proceso normal de exudación consustancial al llanto). También se ha relacionado ciertas alteraciones dermatológicas con el rascarse, como forma no consciente de descarga de erotización a nivel cutáneo.

**Úlcera Péptica:** Se ha relacionado este trastorno (Alexander) a la existencia de impulsos agresivo-orales por “devorar” en relación a la experimentación de hambre, lo que determinaría la secreción excesiva y/o a destiempo de jugos gástricos. Esta experiencia de hambre se generaría por una insatisfacción crónica de necesidades de dependencia afectivas con un objeto materno temprano. La fusión hambre de alimentos y de afectos sería consustancial a un periodo temprano de indiferencia en la relación madre-hijo. Posteriormente esta hambre también se dirigiría hacia el mundo en la forma de una tendencia “devoradora” en el trabajo.

Aunque las anteriores descripciones contienen hipótesis validadas experimental y clínicamente, las certezas logradas siguen siendo menores que las interrogantes por dilucidar en el ámbito de la psicósomática.

**TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**  
**Características del paciente psicosomático**

Alexitimia	El Paciente Sobreadaptado	Estrés
------------	---------------------------	--------

**Algunos cuadros psicosomáticos típicos**

Trastornos Respiratorios		
Asma Bronquial	<b>Disnea</b>	Hiperventilación
Trastornos Endocrinos		
Hipertiroidismo	Síndrome de Cushing	Hipopituitarismo
Hipotiroidismo	Diabetes Mellitus	Enfermedad de Adison
	Hipoglucemia	
Trastornos Gastrointestinales		
<b>Úlcera Péptica</b>	Anorexia Nerviosa	Colon Irritable
	Obesidad	
Trastornos Alérgicos y Cutáneos		
Alopecia Areata	Dolor Psicógeno	Cefaleas
Artritis reumatoide	Herpes	Lumbalgias
Migraña	Psoriasis	
Trastornos Cardiovasculares		
Hipertensión Esencial	Arritmias Cardíacas	
Infarto de Miocardio y Angina de Pecho	Insuficiencias Cardíacas Congestivas	

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter 17*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).