

**Factores
psicofisiológicos
en la úlcera
péptica**

**GUILLERMO CALDERON
NARVAEZ***

ES UN HECHO MÉDICO bien conocido la importancia que tienen los factores psicológicos para originar alteraciones funcionales en el aparato digestivo.

El joven estudiante que pierde el apetito o presenta diarrea en la época de exámenes, el ama de casa que reacciona con constipación o meteorismo ante problemas de tipo familiar o económico, el niño desadaptado que vomita ante el temor de ir a la escuela, son otros tantos ejemplos de esta situación que han hecho que se llame al abdomen la "caja de resonancia de las emociones".

Sullivan y Mc Kell en 500 casos ampliamente estudiados en el departamento de gastroenterología de la Clínica de Ochsner, encontraron que el 42.2% presentaban exclusivamente trastornos funcionales, sin hallazgos objetivos, en un segundo grupo (29%) incluyeron trastornos como el ulcus y la colitis ulcerosa, con molestias precisas y bien localizadas y solo en el 28.8% restante encontraron casos típicamente orgánicos (cirrosis, carcinoma, colelitiasis, etc.). En el primer grupo consideraron que los factores emocionales eran especialmente determinantes, en el segundo intervenían con frecuencia y en el tercero eran secundarios y consecutivos a la enfermedad.

Con el nombre de trastornos psicosomáticos se han estudiado en los últimos años los síntomas debidos a la expresión visceral de estados emocionales. La angustia actuando como factor desencadenante origina trastornos de tipo fisiológico que si persisten en forma exagerada pueden llegar a originar un cambio estructural en el órgano o viscera involucrado.

En la última clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana,

* Profesor de la clínica de psiquiatría de la U. N. A. M.

Jefe del Servicio de consulta externa, Pabellón Central, del manicomio General

se ha cambiado el nombre de trastornos psicosomáticos por el de trastornos psicofisiológicos, pues si bien ambos términos en principio abarcan el mismo tipo de manifestaciones, se considera al primero de carácter más amplio, ya que se usa en la actualidad para expresar la orientación unitaria (cuerpo y mente) de la medicina contemporánea, de tal forma que en estas condiciones, cualquier padecimiento debe desde este punto de vista considerarse como psicosomático. El término psicofisiológico es pues más específico.

Es probablemente la úlcera péptica, uno de los padecimientos en la actualidad en que los médicos, aún los más organicistas, han unificado sus criterios al reconocer la importancia causal de los factores emocionales.

Hechos bien conocidos de todos los clínicos son:

1. Que las personas hiperemotivas son especialmente propensas a padecer úlcera gastroduodenal.
2. Que una vez presente el cuadro, el reposo físico y mental tiende a mejorarlo.
3. La tendencia a recaer en cuanto el sujeto tiene nuevamente que enfrentarse a sus problemas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS Y ESTUDIOS EXPERIMENTALES

Fue Cushing el primero que citó la posibilidad de que se presentaran lesiones perforantes en el estómago, duodeno y esófago, consecutivas a operaciones de tumores cerebelosos. Más tarde comunicó un caso de úlcera crónica en un paciente con un tumor cerebeloso y otra en una lesión orgánica del tercer ventrículo.

Ya en el terreno experimental, observó que al inyectar en el hombre pilocarpina o pituitrina intraventricular, se presentaba aumento de la motilidad gástrica, hipertonia e hipersecreción, sobre todo en el segmento pilórico (efectos comunmente asociados a la úlcera péptica).

Light y Bishop, también con inyecciones intraventriculares de pilocarpina, solo que en animales, observaron en la mucosa gástrica anemia local, hemorragia superficial y necrosis. Blattie anotó efectos similares con la estimulación eléctrica del infundíbulo.

Pero ninguna de las experiencias fueron tan especialmente demostrativas como las que efectuaron Wolf y Wolff, en Tom, mozo de su laboratorio, al cual desde los 9 años de edad y como consecuencia de una

quemadura del esófago con estenosis irreductible del mismo, se le había practicado una fístula operatoria. Durante 47 años, el sujeto se había alimentado a través de su fístula, que formaba un orificio de 3.5 cm. de diámetro en su pared abdominal, rodeado de un collarete de mucosa gástrica herniada.

Nunca como en esta ocasión, un grupo de investigadores se habían encontrado en condiciones tan favorables para observar el efecto de los estados emocionales sobre la función gástrica, con la circunstancia muy especial de que trabajando el sujeto dentro del mismo laboratorio, podía ser vigilado permanentemente sin que hubiera necesidad de provocar estados emocionales artificiales, sino simplemente observar su reacción ante situaciones naturales de su vida cotidiana.

Algunos de los datos observados y publicados por estos investigadores fueron los siguientes:

1. El miedo y la tristeza se acompañaban de palidez de la mucosa gástrica e inhibición de la secreción y de las contracciones. Un día Tom extravió unos papeles de importancia en el laboratorio, ante el temor de perder su puesto permaneció pálido e inmóvil. Simultáneamente su mucosa gástrica se volvió más pálida, de 90% de enrojecimiento pasó a 20%, con disminución acentuada de la secreción clorhídrica. Cuando poco después los papeles fueron localizados, la mucosa gástrica recuperó gradualmente su color normal.

2. El conflicto emocional con ansiedad, hostilidad y resentimiento originaba aumento de la secreción ácida, hipermotilidad, hiperemia y congestión de la mucosa. Esto se presentaba habitualmente cuando Tom tenía alguna discusión con algún otro empleado del laboratorio, pudiéndose aumentar o disminuir la congestión de la mucosa según se excitara o se calmara al sujeto observado.

3. Si la ansiedad y hostilidad se sostenía, en la mucosa congestionada fácilmente se producía erosiones y hemorragias con el más ligero trauma. Con frecuencia aparecía puntilleo hemorrágico espontáneamente como resultado de contracciones fuertes de la pared del estómago.

4. El contacto de jugo gástrico ácido con esa pequeña erosión, originaba aumento de la secreción de ácido y mayor congestión de toda la mucosa. La exposición prolongada de esta lesión al jugo gástrico ácido originaba la formación de una úlcera.

5. El interior del estómago se encontró protegido de sus secrecio-

nes por una capa de moco que permitía a la mayor parte de las erosiones curar rápidamente.

PSICOGÉNESIS DE LA ÚLCERA

De acuerdo con lo anterior se piensa en la actualidad que estímulos psíquicos permanentes del inconsciente, pueden producir una activación de los centros subcorticales similar a la irritación directa observada por Cushing, originando trastornos funcionales locales en la parte superior del tracto digestivo, que sostenidos pueden originar pequeñas áreas de isquemia, infarto hemorrágico y erosiones. Estas pequeñas lesiones expuestas a la acción prolongada de un jugo gástrico ácido, permiten la formación de una úlcera.

FACTORES AMBIENTALES

Si bien se piensa que existe un factor constitucional que explicaría la existencia de úlcera péptica en la niñez (época en la cual no actuarían aun los factores emocionales), es indudable que los factores ambientales son claramente determinantes del estado de ansiedad.

Frecuentemente en estos enfermos encontramos una historia de inestabilidad emocional en la familia, sobreprotección, restricción de las actividades y falta de afecto.

En un estudio muy amplio de las familias de enfermos con úlcera gastroduodenal, se encontró que entre los hermanos de los pacientes, la frecuencia de la úlcera era de más del doble de la que se encontraba en la población general. Otros trastornos de tipo psicofisiológico también eran muy frecuentes entre los parientes cercanos de los sujetos en estudio.

La presencia de una madre dominante y de un padre ausente del ambiente familiar (por defunción, divorcio o exceso de actividad) se constata frecuentemente en estos enfermos.

Sin embargo el clínico observa que en un buen número de casos, no existen aparentemente problemas emocionales o estados de tensión. Se piensa que ésto es debido a que en ciertas ocasiones estados de irritabilidad y de hipersensibilidad, pueden permanecer enmascarados en el inconsciente sin originar manifestaciones externas de agitación mental.

Alexander considera que existe una personalidad característica del ulceroso que llama de "tipo gástrico" y en la cual se presenta un deseo

subconsciente de ser mimado, con características infantiles. Ante esta situación la personalidad reacciona con una violenta compensación, aspirando a una independencia, para la cual no regatea esfuerzo. El trabajo encarnizado y tenaz generalmente alcanza éxito y la fortuna, solo que todo ello en una forma forzada y no natural. Personas en estas condiciones se cargan de responsabilidades y puestos para negar con su apariencia su profundo sentir. Hay algunas que inclusive presumen de su úlcera "por ser una enfermedad del hombre que triunfa", esta forma de expresarse es por sí misma muy significativa.

TRATAMIENTO

La alteración severa tisular amerita desde luego tratamiento médico o quirúrgico según el caso, pero no se debe de olvidar en ningún momento, que el problema en el fondo es psicológico y qué medios psicológicos deben de ser empleados para resolverlo.

El gastroenterólogo y el médico general deben de hacer una Psicoterapia Superficial que concentre la atención primero en el mismo paciente, las motivaciones de su vida, sus conflictos y tensiones, su necesidad de amor y de dependencia. En seguida es preciso valorar el aspecto familiar, sus problemas maritales, su situación económica, sus conflictos sentimentales y por último sus condiciones de trabajo. Una buena orientación en este sentido puede ser más útil que múltiples medicamentos.

Solo en casos especiales de severos conflictos psicológicos, debe de intervenir el psiquiatra manejando una Psicoterapia de Fondo bien orientada a fin de resolver un problema que no solo es médico, sino también psicológico y social.

REFERENCIAS

1. Alexander, F.: *Psychosomatic Medicine Its principles and application*. New York (1950).
2. Cannon, W. B.: *The role of emotion in disease*. Ann. Intern. Med. 9:1453, 1936.
3. Crede, R. H., Rosenbaum, M., and Lederer, H. D.: *Treatment of psychosomatic disorders by the general physician*. J. A. M. A. 143:617.
4. Cushing, H.: *Peptic ulcers and the interbrain*. Surg. Gynec. Obstet. 55:1, 1932.

5. Fuente, R. de la.: *Evaluación del estado actual de la Medicina Psicosomática*. Rev. Fac. Med. Mex. 3:41, 1961.
6. Gregory, I.: *Psychiatry, Biological and Social*. Philadelphia, 1961.
7. Noyes, A. P.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana, 1961.
8. Rof Carvalho, J.: *Patología Psicosomática*. Madrid, 1953.
9. Vejar, C.: *Gastroenterología y Medicina Psicosomática*. Rev. Medicina. 42:885, 1962.
10. Weiss, E., and English, S. O.: *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia, 1949.
11. Wolf, St.: *Summary of evidence relating life situation and emotional response to peptic ulcer*. Ann. Int. Med. 31:637, 1949.