

REFLEXIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD

Dr. FLÓREZ LOZANO, J.A.*

«La aflicción que puede expresarse por medio de lamentos y de lágrimas se olvida rápidamente, en tanto que la pena muda que muerde incesantemente el corazón, acaba por romperlo».
(MAUDSLEY, 1876).

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, el hombre encuéntrese en el medio que sea, realiza importantes esfuerzos de adaptación a los cambios e innovaciones que está sufriendo continuamente y que pueden ocasionar algún daño corporal. Todo ello se realiza en el anclaje de su estructura familiar y en la intrincada red de las relaciones sociales. Es obvio que el marco cultural, religioso y/o social, está cambiando día a día y es también cierto que, incluso, ha cambiado la actitud del hombre frente a la religión. En estas circunstancias el hombre del medio rural puede verse «aislado» del mundo, sumido en una auténtica «anomía» que mina toda voluntad de vivir y es causa del «cansancio de la vida».

Por otro lado, el miedo, la inestabilidad, la inseguridad, la escasez de recursos económicos, el fracaso reiterado, la pérdida de su identidad, la amenaza de pérdida del empleo, el paro laboral, etc., son circunstancias psicosociales que empujan al hombre del medio rural a desesperar del futuro. De

* Departamento Interfacultativo de Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

otra parte, es evidente que en la actualidad en la concepción de la enfermedad, debemos tener muy presente el modelo «bio-psico-social» tal y como vamos a demostrar y, en este sentido, el médico, al igual que cuenta con diversos indicadores biológicos y fisiológicos (temperatura, análisis de sangre, análisis de orina, ECC, EED, EMG, etc.) para acercarse al diagnóstico de las enfermedades, también puede captar determinados indicadores psicossociales que van a ser determinantes de la enfermedad.

En efecto, los retos de la vida, que van desde las afecciones graves a las anomalías estructurales de la infancia, a heridas narcisistas, acaban por precipitar al individuo, especialmente predispuesto, a una determinada enfermedad. Las pautas de educación habidas durante la infancia y la experiencia adquirida con los padres, pueden servir para agravar los factores biogenéticos o para compensar las deficiencias constitucionales.

EL ESFUERZO DE ADAPTACIÓN

GRINKER (1975), por su parte, ha manifestado que una adecuada interiorización de valores puede servir para neutralizar el substrato biológico; si esto no ocurre, las consecuencias son: anhedonía, depresión o esquizofrenia, regresión infantil o suicidio. En el aspecto social está claro que el aumento de matrimonios desdichados, de separaciones y, sobre todo, la aparición de un fenómeno como la soledad, repercuten de forma severa en el equilibrio del organismo.

Existen indudablemente determinados períodos críticos, donde este fantasma de la soledad puede aparecerse al hombre del medio rural o de cualquier medio social. La marcha de los hijos en edad escolar a «hogares» u otras concentraciones escolares, la salida de los hijos del hogar en búsqueda de trabajo, la marcha de los hijos por matrimonio, el haber enviudado, la marcha o muerte de los vecinos, amigos, etc., supone que la red de comunicación de «nuestro hombre», se ve seriamente afectada y ello exige, sin duda, grandes esfuerzos de adaptación.

HAMBURG y ADAMS (1967) han declarado que, para mantener la salud y la supervivencia del hombre, es imprescindible mantener la autoestimación, la dignidad de conciencia de pertenecer a un grupo y el sentimiento de ser útil a los demás. Sin embargo, este sentimiento de «utilidad y participación social», puede desvanecerse a medida que el hombre del medio rural se ve acorralado por la creciente industrialización, la inmigración y el desarraigo social. A estos cambios en la estructura social del medio ambien-

te rural, HAMBURG y ADAMS (1967) añaden una serie de experiencias individuales traumáticas influyentes en el equilibrio de la personalidad y que pueden ocasionar una determinada enfermedad.

Se trata de experiencias estresoras habituales que han sido destacadas en los recientes estudios sobre el comportamiento tales como: separación de los padres en la infancia, desplazamientos entre los hermanos, haber sido rechazado afectivamente en la infancia, enfermedades o traumatismos en el mismo período, afecciones graves o traumatismos en la edad adulta, la transición del hogar a la escuela, la pubertad, los últimos años escolares, la adolescencia, el matrimonio, el embarazo, la menopausia, la jubilación, la necesidad de emigraciones a un ambiente nuevo, cambios tecnológicos y sociales demasiado rápidos, amenazas de guerras, de incendios de bosques, etc.

Es necesario, por otro lado, indicar que existen diferencias individuales en la predisposición en la respuesta y en las adaptaciones, tales como los niveles previos de ansiedad y afectación del YO y las expectativas que cada cual desea alcanzar en la vida. El sentimiento de seguridad o inseguridad del YO también es fundamental para comprender una determinada respuesta conductual o del organismo en general. Es muy común, por ejemplo, en los problemas de herencia, donde la posesión de una casa y unos terrenos se ven amenazados, que el campesino reaccione a veces drásticamente, con el suicidio o con la violencia en extremo. Los cambios en el ecosistema también repercuten a veces de forma negativa en los mecanismos de adaptación del individuo. Cambios como la construcción de un pantano, una autopista, un aeropuerto, etc., pueden afectar muy severamente la salud psicofísica del campesino o del labrador.

El enfrentamiento de este individuo con una situación estresora concreta (sequía, muerte de reses, pérdida de una cosecha, ganado, problemas psicosociales, etc.), puede explicar la aparición no sólo de trastornos psicopatológicos graves (neurosis, depresión, psicosis, etc.), sino también el desencadenamiento de determinados trastornos somáticos.

EL MODELO PSICOSOMÁTICO

Lo que percibe el individuo y cómo se vuelve significativo en su psiquismo individual, depende de nuestras necesidades, experiencias, frustraciones y logros individuales. Así, a través de un análisis psicosociológico serio, podemos llegar a entender y explicar la aparición de una cierta enfermedad. ALEXANDER (1950) es uno de los investigadores que, sin duda, se ha fija-

do en profundidad en cómo determinados conflictos psicológicos son la base de algunas enfermedades (asma bronquial, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, neurodermatitis, hipertiroidismo, úlcera péptica, etc.). Con este enfoque nos acercamos al punto de vista psicosomático, término que ha quedado firmemente establecido en la literatura científica y que se emplea habitualmente para indicar una afección en la cual los factores psicológicos son importantes, aunque, como señala ENGEL (1962), todas las funciones corporales, sin excepción, son unitarias y, por tanto, psicosomáticas.

Hasta el momento se han hecho muchas correlaciones entre procesos psicológicos y somáticos (enfermedades). Incluyen la constitución hereditaria, los traumas del nacimiento, las enfermedades orgánicas de la infancia que han aumentado la vulnerabilidad de ciertos órganos, el cuidado del niño (entrenamiento de esfínteres, afectividad, lactancia natural, hábito de dormir, alimentación, etc.), experiencias traumáticas de la infancia y de la niñez, etc., (BOWLBY, 1969). El clima emocional familiar y los rasgos específicos de la personalidad tanto de los padres como de los hermanos, parecen ser también importantes.

GRINKER (1975) ha manifestado que el punto de vista psicosomático añade a los restantes factores causales orgánicos (fisiológicos, bioquímicos, etc.) los psicológicos, en tanto que hasta el presente, fundamentalmente en la Medicina, sólo se había prestado atención a los primeros.

También es cierto que la enorme influencia tecnológica que ha recibido la Medicina en los últimos tiempos, ha desequilibrado, sin duda, la relación tranquila, serena y profunda entre médico y enfermo. No obstante, el médico rural debe encontrarse en una situación idónea para penetrar en las circunstancias psicosociales de «nuestro hombre» y prevenir o curar las posibles enfermedades derivadas de acontecimientos psíquicos negativos.

SCHAEFFER (1968), de otra parte, ha manifestado que determinadas situaciones dan lugar a afectos determinados. Éstos pueden al mismo tiempo incrementar la secreción gástrica e inhibir la excreción de coloides protectores, lo que puede terminar originando una úlcera gástrica. No obstante, SCHAEFFER reconoce que así como es fácilmente diagnosticable una úlcera gástrica, mucho más difícil es definir situaciones psicosociales, puesto que no son éstas *per se* patógenas, sino la forma en que el individuo reacciona ante ellas. Es por ello que CHRISTIAN y cols. (1966), han subrayado la importancia de la personalidad del individuo en la resistencia frente a la enfermedad.

De otra parte, tratando de establecer una teoría racional sobre la etiolo-

gía de la enfermedad, PAVLOV (1928) realizó una serie de trabajos experimentales, como las «neurosis experimentales», tratando de interpretar lo que por analogía se produce en el hombre. Posteriormente en numerosos estudios se comprobó que las reacciones afectivas que se producen en el psiquismo humano subsecuentes a conflictos, traumas, frustraciones, etc., se localizan en zonas precisas del sistema nervioso central (S.N.C.), como el hipotálamo y el sistema límbico que dan lugar posteriormente a ciertas reacciones somáticas u orgánicas. Nosotros recientemente, en experimentación animal, tuvimos la ocasión de demostrar la participación de algunas estructuras límbicas (hipotálamo y amígdala) en la formación de úlceras gástricas (FLOREZ LOZANO, 1977, 1978, 1979).

Consciente de la importancia fundamental de los afectos en la determinación de algunas enfermedades, ALEXANDER (1950) llegó a las siguientes conclusiones:

- a) Los factores psicológicos que influyen en los procesos fisiológicos deben estudiarse con tanta exactitud y minuciosidad como estos últimos.
- b) Los procesos psicológicos no se distinguen básicamente de los fisiológicos; únicamente se diferencian por el método, esto es, sólo en la medida en que son percibidos subjetivamente y pueden comunicarse verbalmente a otra persona.
- c) El progresivo conocimiento de las emociones y las funciones somáticas normales o alteradas, exige del médico moderno un estudio de los conflictos emocionales tan real y concreto como el de los microorganismos.

De esta perspectiva debe surgir un interés para el médico práctico por los factores psicológicos y socioculturales, con lo cual tiene un punto de vista más comprensivo de la enfermedad. El paciente, por tanto, deja de ser el mero portador de un órgano enfermo y debe ser considerado como «persona» en su totalidad y tratado como tal. La comprensión psicológica y la necesidad de penetrar hasta los problemas emocionales íntimos del paciente debe formar parte del arsenal terapéutico del médico rural como cualquier medicamento o instrumento.

En esta línea, RIGOTTI (1957) manifestó que los mecanismos psicológicos pueden favorecer el desarrollo de una afección orgánica de larga duración o evolución cíclica, como la úlcera gástrica, o bien exacerbarla, y esto incluso si el enfermo no presenta ningún trastorno manifiesto de su equilibrio psíquico. Según HOFF y cols. (1964) los factores psicógenos determinantes de la enfermedad sólo suponen un aspecto de la patología y deben

ser completados por otros factores para acceder a una patogénesis profunda, es decir, a una perspectiva plurifactorial.

De cualquier manera, es necesario hacer hincapié en el hecho de que la perturbación de los factores psicológicos y socioculturales puede desencadenar un trastorno psicopatológico o, lo que es más grave, un trastorno orgánico. Esta hipótesis que mantenemos a lo largo de este trabajo, no se basa simplemente en meras especulaciones filosóficas, sino en hechos científicos, confirmados experimentalmente, esto es, que las emociones pueden influir decisivamente en las funciones orgánicas.

DATOS EXPERIMENTALES Y/O CLÍNICOS

La base experimental del modelo que defendemos aquí, deriva básicamente de las investigaciones llevadas a cabo por CANNON (1934) al indicar que las situaciones de apuro (*emergency states*), predisponían al organismo para la lucha o para la huida (*fight o flight*). Las modificaciones organísmicas vinculadas con determinadas emociones son un medio para lograr un fin; preparan al cuerpo para combatir o escapar. Así, por ejemplo, la cólera produce una adaptación de las funciones neurovegetativas a las exigencias de la actividad exterior. CANNON (1934) nos relata uno de los múltiples hallazgos: observó que la orina de cinco suplentes de un equipo de fútbol que no habían jugado en un partido, también contenía azúcar como la de la mayoría de los jugadores. Asimismo, pudo constatar glucosuria en los espectadores excitados.

Es obvio, desde esta perspectiva, que cuando la situación psicosocial del campesino, del hombre del campo, sufre un desequilibrio psíquico por las múltiples emociones que comienza a experimentar, éste pierde el apetito, empieza a tener insomnios y padece tensión psíquica. Su vida pasa a estar dominada por la rabia, la ansiedad y el rencor y, en estas circunstancias, tenemos el terreno abonado para la aparición de un trastorno psíquico u orgánico. De ahí que los factores psicológicos, aparentemente inocuos, puedan tener una relevancia especial en la explicación de la enfermedad, actuando tales conflictos psicológicos estresantes, a través del diencéfalo y del sistema neurovegetativo. En efecto, situaciones consideradas conflictivas para «nuestro hombre», conducen a una activación del hipotálamo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neurohumoral, a la vez que dirige señales hacia la corteza cerebral, de modo que la emoción puede ser percibida y valorada de

acuerdo con el medio sociocultural, con la inteligencia y con la personalidad del individuo.

Por otra parte, de acuerdo con LÜBAN-PLOZZA y POLDINGER (1975), la aparición de enfermedades pasa por los siguientes procesos:

- 1) Conflicto.
- 2) Incapacidad para hallar una solución. Represión.
- 3) Aumento de la tensión psíquica, como consecuencia de la represión, lo que conduce a una ansiedad, depresión y actitud hostil.
- 4) Conversión-Regresión. Al principio hay un estadio «no organizado» de la afección (cefaleas, dolores abdominales. etc.) y después, eventualmente, afección organizada (asma, úlcera del duodeno, etc.).

HINKLE (1961-1964) ha podido realizar interesantes estudios socioculturales que nos advierten de la importancia de estos factores que estamos analizando. Según este autor, la enfermedad es mayor en torno a determinados acontecimientos que suponen amenaza, cambio, sobrecarga, fracaso o conflicto. Así pues, cualquiera que sea la noxa, el organismo reacciona poniendo en marcha mecanismos de defensa que, en ciertos casos, pueden dominar la casi totalidad del cuadro clínico. Si consideramos el *modus vivendi* del hombre del campo, aferrado a su tradiciones, costumbres y pautas socioculturales, es fácil comprender que cualquier agente externo exige una importante capacidad de adaptación. De ahí que algunos autores insistan en la enfermedades de desadaptación, producidas por los cambios rápidos y súbitos que estamos viviendo y que alcanzan ya, gracias a los medios de comunicación, al último rincón de nuestra geografía.

Así, por ejemplo, el catarro del heno, según LUBAN PLOZZA y POLDINGER (1975), no depende únicamente de la hiperfunción de la mucosa pituitaria por efectos del polen, sino también de la intensidad y duración de la hiperemia y de la secreción mucosa provocada por otros factores agresivos, entre los que desempeñan un papel fundamental las situaciones conflictivas y los estados de ansiedad. Tales estados de ansiedad involucran al sistema límbico, particularmente al hipocampo y a la amígdala. De otra parte, SMYTHIES (1967) corroboró que el nivel de vigilancia afectiva perturbado en los estados de ansiedad implicaba una sinergia funcional entre el hipocampo y la amígdala.

La información del medio ambiente parece ser continuamente codificada y analizada en el hipocampo bajo la forma de una representación interna del mundo exterior. Al mismo tiempo, los circuitos límbicos son de forma

constante informados de los acontecimientos por la amígdala. Además, las relaciones temporales entre los datos viscerales y ambientales pueden explicar la formación de reflejos condicionados. Teniendo en cuenta este mecanismo, es fácil comprender que las trabas pueden ser provocadas por intervenciones inadecuadas del hipocampo o de la amígdala. De ahí que una situación angustiante o agresiva (o un simple recuerdo) llegue a deteriorar severamente la información hipocámpica produciéndose anomalías viscerales funcionales, lesiones endocrinas, dolores viscerales y una hiperestimulación amigdalina (SOULAIRAC, 1977).

De otro lado, el malestar interno de «nuestro hombre» y las dificultades para afrontar con eficacia la situación dentro de las pautas sociales y de los valores culturales pueden rebasar los límites y las defensas y dar lugar a un comportamiento que, de forma ostensible, puede ser diagnosticado como «enfermo». Esta conducta se evidencia por manifestaciones obsesivas, compulsivas, fóbicas, etc. También puede aparecer una depresión neurótica, una retirada esquizoide, comportamientos psicopáticos, alcoholismo, etc.

Según GRINKER (1975) es muy importante realizar observaciones directas del desarrollo, independientemente de las pautas habituales de maduración, pero siempre en relación de dependencia con las pautas de actuación de los padres y también con la actuación de factores extraños, tales como traumatismos, infecciones, relaciones «madre-hijo» impropias o inexistentes, desavenencias conyugales, separación, escasez de recursos económicos, hacinamiento, malnutrición, deficiencia cultural, etc. A partir de estas investigaciones, será posible predecir grados variables de desequilibrios y descubrir métodos adecuados para el tratamiento precoz o para la prevención inmediata de dichos trastornos.

Como dice GRINKER (1975) la herencia, la constitución y la intensidad de las fuerzas instintivas, así como las experiencias de la vida dentro de la familia nuclear y de los núcleos cada vez más amplios sociales y familiares, constituyen factores determinantes de la enfermedad. Frente al comportamiento del hombre del medio rural, monótono y sencillo, tenemos una sociedad industrializada que le atenaza cada vez más mediante los medios de comunicación más diversos. «Nuestro hombre» caerá en el consumismo típico de la cultura occidental, en la alienación. De esta forma, se va rompiendo el ritmo y la estructura social de estos individuos, cuyas características más importantes son la naturalidad, la parsimonia y el silencio.

La educación, la propaganda, la publicidad, los múltiples mensajes de los medios de comunicación de masas, son elementos claros que contribuyen a la ruptura de ese equilibrio psicosocial y exigen a «nuestro hombre» nue-

vos esfuerzos de adaptación, alterando la homeostasis del medio interno (*milieu interieur*), lo cual supone una tensión angustiada, llegando a producirse el síndrome general de adaptación (S.G.A.), comprometiendo gravemente el equilibrio del eje «hipotálamo-hipófisis-suprarrenal» y por ende, el equilibrio psicofísico del sujeto.

Precisamente SELYE, en su obra *Stress without distress*, ha manifestado que las tensiones mentales, las frustraciones, la inseguridad y la ausencia de objetivos, figuran entre los tensesores más nocivos. Los estudios psicosomáticos han mostrado cuán a menudo causan migrañas, úlceras gástricas, ataques cardíacos, hipertensión, enfermedades mentales, suicidios o simplemente una desesperanzada infelicidad. Para SELYE (1975) el secreto de donde dimana la salud sigue estando en el núcleo familiar, a pesar de las críticas y embates frontales que ha tenido recientemente.

SELYE sugiere que la finalidad última de la vida del hombre consiste en expresarnos tan completamente como nos sea posible y conseguir un fuerte sentimiento de seguridad. Para lograrlo estima que uno debe hallar primero su nivel óptimo de tensión y utilizar así su energía de adaptación a un ritmo y en una dirección dadas, de acuerdo con sus capacidades innatas y con sus preferencias. Se trata de «luchar por el más alto objetivo que puedas alcanzar; más nunca oponer resistencia en vano».

FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ENFERMAR

COLLOMB (1979), de otra parte, incorpora un concepto útil para nuestro tema: el de la enfermedad «socio-somática». Dichos trastornos surgen por el *cambio*, cambio en el sentido de las relaciones entre el individuo y su medio social. También puede surgir por la intolerancia a una situación dada (generalmente nueva). Cada cambio (paso de un lugar a otro, de un medio a otro, de una cultura a otra, de un *status* a otro, etc.), implica una gran vulnerabilidad y suscita siempre la agresividad sobre todo cuando la comunicación es difícil. COLLOMB (1979) indica que la muerte socio-somática sobreviene tras una larga perturbación del sistema «individuo-sociedad», con la ocasión de un cambio o cierto acontecimiento.

Desde diversas perspectivas, podemos llegar a la postulación de una teoría psicobiológica de la enfermedad. Podríamos establecer que la enfermedad humana, psicopatológica o no, expresa siempre de forma inevitable el resultado de un proceso de interacción entre la biología y la organización social humana (EISENBERG, 1979). Este modelo de la enfermedad explica,

por ejemplo, la aparición de enfermedades infecciosas (rubéola, poliomielitis, etc.), de forma que la cultura humana, en algunas circunstancias, es manifiestamente responsable de las condiciones que favorecen su persistencia. Incluso el impacto y persistencia de la enfermedad con evidentes causas biológicas depende de diferentes factores sociales (campañas de vacunación, nivel de vida que asegura una alimentación suficiente, etc.).

Es más, cuando las causas de una enfermedad son estrictamente biológicas, como un virus, su frecuencia, su distribución y su perturbación, están sin embargo determinadas por la manera como la cultura establece los roles de los hombres, de las mujeres, de los niños y de los adultos. Para algunos autores, la desintegración social y el *stress* del medio serían las causas fundamentales de ciertas enfermedades mentales, como las psicosis (HOLLINGSHEAD y REDLICH, 1962). Así, por ejemplo, en la sociedad americana, la movilidad en la pirámide social es una tendencia secular; sin embargo, a medida que los miembros sanos ascienden en la escala social, dejan tras de sí una población cada vez más vulnerable a la enfermedad (GRUENBERG, 1961).

Obviamente, este conglomerado de factores psicosociales se complica aún más con los factores sexuales. En efecto, se ha demostrado que las mujeres sufren depresiones y neurosis al menos dos veces más que los hombres, en tanto que éstos experimentan toxicomanías en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (EISENBERG y cols., 1977).

Probablemente el rol de las hormonas sexuales o una predisposición hereditaria ligada al cromosoma X explicaría estas diferencias frente a la enfermedad. Pero además, la depresión afecta sobre todo a las mujeres casadas y mucho menos a las mujeres solteras, divorciadas o viudas, si bien éstos hallazgos son bastante discutibles en el entorno cultural en que nos desenvolvemos. De acuerdo con esos hallazgos, el «estar casado» ejercería un efecto protector contra la depresión en los hombres, pero un efecto agravante en las mujeres.

Una hipótesis muy actual atribuye el predominio femenino para la depresión a las dificultades y a las limitaciones asociadas al rol femenino en las sociedades occidentales modernas. Probablemente, la depresión femenina es taría vinculada al síndrome del «hogar vacío» que sigue a la salida de los niños tras su incorporación a los centros escolares. El hecho de trabajar en el exterior parece disminuir la incidencia de la depresión, mientras que la pobreza de las relaciones interpersonales con el marido parece incrementarla (EISENBERG, 1979).

El desacuerdo y las desavenencias cónyugales precipitan la depresión así

como las disfunciones sexuales y los trastornos funcionales orgánicos. De igual forma, la pobreza de las relaciones sociales y, en particular, la ausencia de amigos, se asocia con mucha frecuencia a importantes síntomas psicológicos como la depresión y la ansiedad, sobre los que se asienta *a posteriori* algún tipo de enfermedad. Según EISENBERG (1979), los hechos son suficientemente claros: las mujeres casadas, son más a menudo depresivas. No obstante, la frecuencia y la gravedad de los síntomas están en correlación directa con la falta de intimidad conyugal, en un sentido mucho más amplio que el meramente sexual. Pienso que no debemos ser tan pesimistas como AUDEN en su poema, en el que manifestaba que nos encontrábamos en la era de la ansiedad (*the age of anxiety*); pero sí es cierto que asistimos a una crisis de la sociedad de consumo, a un estancamiento o retroceso del crecimiento económico, a una crisis de los valores religiosos que podrían dar lugar a serios disturbios en el psiquismo de «nuestro hombre».

Por otro lado, la frustración y el sentimiento generalizado de inseguridad, de pérdida de autoestima (miedo a las guerras, al fin del mundo, a un futuro incierto, etc.), de alguna manera, son sentimientos que invaden nuestras zonas rurales, toda vez que se han manifestado ya claramente en los ambientes urbanos. Ansioso, deprimido, desconectado, inmotivado y «hueco», «nuestro hombre» puede verse abocado al padecimiento de una cierta enfermedad.

Parece, por tanto, importante volver al entramado del grupo familiar como determinante de la salud o de la enfermedad; considerar a la familia como vehículo de socialización a través del cual los individuos aprenden las normas y los valores sociales, las actitudes y los comportamientos, al mismo tiempo que madura toda su personalidad. Obviamente, los desequilibrios en el seno del grupo familiar pueden actuar como «detonantes» para desencadenar una enfermedad. Así, por ejemplo, GORER (1965) ha puesto de relieve las dificultades de los padres para recuperarse de la muerte de sus hijos.

BOWLBY (1962), por su parte, destaca que la experiencia de pérdida de uno de los padres parece relacionarse con la depresión en la edad adulta. Así, en una muestra de sujetos depresivos, un 21% había perdido a su madre antes de los catorce años (frente a un 6% en la población general) y un 21% al padre en las edades comprendidas entre 5 y 14 años (frente a un 5,7% en la población general). Es fácil, por lo tanto, concebir la enfermedad física (cáncer, coronariopatías, úlceras gástricas, diabetes, etc.) como un estado peculiar del organismo que se produce en un determinado contexto psicosocial, particularmente familiar, pudiendo establecerse ciertas

conexiones entre los modos en que los individuos se relacionan con su medio interpersonal, cultural y social, y la aparición y tipo de la enfermedad.

Como ha puesto de relieve KING (1972), las relaciones entre factores físicos, biológicos y sociopsicológicos en la enfermedad, son intrincadas y sutiles. Frente a la noción de «causa específica», DUBOIS (1965) apoya la necesidad de una visión integral del problema etiológico de la enfermedad, ya que ésta estaría más determinada por la respuesta del organismo como un «todo» que por las características del agente causal. KING (1972), finalmente, manifiesta que los factores psicosociales facilitan la acción de determinados agentes físicos en cuanto contribuyen a que los individuos sean más susceptibles a dicha acción.

EL SIGNIFICADO DE LAS PÉRDIDAS AFECTIVAS

COHEN (1979) sugiere que pueden ser catalogadas como estresantes y, probablemente, determinantes de la enfermedad, las siguientes situaciones:

- a) Hechos que supongan *pérdidas* (afectivas, económicas, etc.) en la vida del sujeto.
- b) Experiencias que exijan un reajuste en la vida de «nuestro hombre», es decir, acumulación de *cambios vitales*.
- c) Acontecimientos que sean experimentados por «nuestro hombre» como auténticamente estresantes.

La reacción psicofisiológica del individuo depende de su peculiar forma de enfrentarse al *stress* (pérdida de una cosecha, muerte del ganado por una enfermedad, expropiación forzosa que puede producir un fuerte sentimiento de inseguridad, de desarraigo, etc.). Puede surgir subsecuentemente un estado emocional intenso relacionado con la ansiedad, depresión y/o agresividad, produciéndose posteriormente lesiones importantes en los tejidos y contribuyendo a la ruptura del equilibrio biológico. El médico se enfrenta, por lo tanto, no sólo a la enfermedad *per se*, sino también a la forma en que la enfermedad es vivida y sentida por el propio enfermo. A este respecto, es interesante traer aquí a colación la afirmación de MARAÑÓN de que «el paciente sufre a la vez del cuerpo y del alma». El médico rural tiene la posibilidad de asomarse discretamente al interior de la intimidad personal, descubriendo los coadyuvantes psíquicos de la enfermedad.

ZOLA (1966) hace hincapié en las diferencias culturales en cuanto al mo-

do de entender los síntomas y el grado de expresividad a la hora de comunicarlos. Así, por ejemplo, relata que los pacientes de origen italiano tendían a manifestar quejas generalizadas, con mucho dramatismo y expresividad emocional, en tanto que los pacientes de origen irlandés comunicaban sus síntomas de manera más contenida, tendiendo a negar el dolor. Por lo tanto, determinados aspectos culturales (estoicismo, religiosidad, personalidad básica, etc.), también son importantes a la hora de conocer su peso específico en el conjunto de la enfermedad.

Volviendo al núcleo central de nuestro tema COHEN (1979) apunta como modelo explicativo de la etiología de la enfermedad el modelo de «renuncia». Se trata de que en algunas personas en las que predomina la respuesta de «darse por vencido» o de «estar entregado» ante situaciones de pérdida surgen circunstancias psicofisiológicas negativas que facilitan la aparición del estado de «enfermedad». Por lo tanto, el estado psicológico de «indefensa» y de «desesperanza», así como la vivencia psíquica de que es realmente impotente para enfrentarse a la situación y, además, la ausencia de recursos psicológicos y sociales, mediarían en la aparición de la enfermedad.

Se produciría en «nuestro hombre» una reacción de «conservación-retirada», predominando las actividades trofotrópicas del sistema nervioso. Esta reacción implica, además, un predominio de la actividad parasimpática y una cierta inactividad simpática, junto a una serie de influencias hormonales que favorecen el predominio de la actividad anabólica sobre la catabólica. Así, pues, un psiquismo en el que predomina la indefensión y la desesperanza ante una situación de pérdida, promueve una reacción psicofisiológica cuya característica más importante es la enorme vulnerabilidad somática para la aparición de la enfermedad. Es obvio que estas circunstancias, que rodean con tanta frecuencia a «nuestro hombre», deben ser detectadas por el médico con el fin de prevenir la enfermedad.

Se trataría de lograr que el estado emocional negativo, saturado de los sentimientos de indefensión, se volviera positivo, hasta conseguir un sentimiento de optimismo y de ilusión por la vida, la familia, los hijos, el trabajo, los amigos, etc. Evidentemente, los factores cognitivo, cultural e intelectual, parecen ser muy importantes a la hora de analizar los recursos psicológicos con que cuenta «nuestro hombre» para enfrentarse al agente estresante.

Estudios recientes de sociología médica sobre la influencia de las características individuales y sociales en el pronóstico de 1.739 varones que habían sufrido un infarto de miocardio han puesto de manifiesto entre las múltiples

características sociales y personales de los enfermos que la *escolaridad* mantenía una neta relación con el riesgo de defunción repentina. En efecto, en grupos de edad comparativos, los varones que no habían pasado de la escuela elemental (ocho años de instrucción) presentaban un riesgo de defunción repentina 2,3 veces superior al de los pacientes instruidos. Probablemente suceda que las personas con escasa instrucción estén mal preparadas para afrontar las dificultades cotidianas y resolver los problemas. Esa deficiencia indudablemente aumenta las probabilidades de frecuentes, intensas y prolongadas «reacciones de emergencia» del sistema nervioso autónomo, que, a su vez, desencadenan tres tipos de procesos fisiopatológicos: arteriosclerosis coronarias, lesiones degenerativas del miocardio y, por último, descargas del sistema nervioso central que provocan arritmias ventriculares. Estos fenómenos contribuyen al riesgo de defunción repentina de origen coronario.

SYME, profesor de Epidemiología de la Universidad de Berkeley, ha realizado recientemente un estudio demostrando la correlación existente en un fenómeno psicológico, muy interesante para el problema que nos ocupa, entre la soledad y las cardiopatías. En efecto, parece ser que las personas solas presentan una tasa de cardiopatías de dos a tres veces superior a la de los individuos que tienen muchos contactos sociales. Lo que importa, según el citado investigador, no es el número de personas que el individuo conoce, sino el hecho de que mantenga estrechas relaciones con algunas de ellas. Para SYME lo que parece importante es estar casados y resulta secundario la calidad de la relación marital. Tales correlaciones entre aislamiento y cardiopatía conciernen, sobre todo, a los varones. Una vez más, destacamos la importancia de los fuertes lazos familiares y de la estabilidad en las relaciones sociales como factores psicosociales protectores de la salud.

En relación con este fenómeno, se ha comprobado que en viudos mayores de 55 años se experimenta una tasa de mortalidad superior al 40% de la esperada en los seis meses siguientes a la aflicción, aunque en los siguientes 8,5 años parecen morir de acuerdo con los índices normales (CONNOLLY, 1975). En lo que se refiere a las muertes súbitas, ENGEL (1971) informó sobre diversas circunstancias que en ellas concurrían de la siguiente manera:

- a) Al conocer la muerte de una persona querida (21%).
- b) Durante los primeros 16 días de duelo (20%).
- c) Ante la amenaza de la pérdida de alguien querido (9%).
- d) En el aniversario del óbito (3%).
- e) Ante la pérdida de la propia estima o *status* (6%).
- f) Durante un peligro personal (27%).

- g) Una vez pasado el peligro (7%).
 h) En circunstancias felices, «final feliz» (6%).

Un caso, por ejemplo, analizaba el encuentro de un hombre de 55 años con su padre de 85 años, tras varios años de separación. Como consecuencia, el hijo murió al reunirse con su padre, tras lo cual murió el padre.

GREEN y cols. (1972) idearon un patrón de depresión que precedería a la muerte súbita y que oscilaría entre una semana y varios meses y, a continuación, un período de gran excitación acompañado de emociones como triunfo, ira o temor, justo antes de la muerte. Así, ante situaciones psicosociales conflictivas, el individuo reacciona de acuerdo con la siguiente secuencia:



Es decir, un suceso del entorno (muerte de la esposa, por ejemplo), incide sobre el psiquismo del individuo, éste lo somete a su apreciación y el sujeto adquiere lo que someramente podemos denominar significado. Éste depende de muchas variantes: la personalidad, el modo de enfrentarse a las situaciones, la experiencia pasada, las circunstancias presentes, el optimismo, la fatiga, etc. La respuesta incluirá componentes nerviosos, emocionales, neuromusculares y neuroendocrinos. La psicoterapia y otros métodos psicológicos en los que no nos podemos detener, podrían ser los antídotos adecuados para romper esa fatídica cadena. Por otro lado, es interesante subrayar que a menos que el suceso sea totalmente privado, producirá consecuencias severas en el seno del grupo familiar.

Desde el punto de vista fisiológico, la respuesta involucra una activación del sistema nervioso central (S.N.C.) y del sistema nervioso autónomo con liberación de catecolaminas y corticosteroides. Ello conduciría a una lipólisis e incrementaría el nivel sanguíneo de ácidos grasos libres. Éstos pueden convertirse en triglicéridos en el hígado o en la pared arterial, donde además la adhesividad de las plaquetas puede resultar intensificada. La coagulabilidad sanguínea y la disminución de fibrinólisis, se han observado reiteradamente en correlación con la ansiedad.

En cuanto a las características de la personalidad, LEBOVITS y cols. (1967), aplicando el test CATTELL (16 PF) y el Inventario Multifásico de

Personalidad (MMPI) en pacientes con angina de pecho, pudieron demostrar que estos pacientes se preocupaban más por su salud, tenían funciones cardiovasculares más lábiles y eran más impresionables que los sujetos normales o los que habían experimentado un infarto de miocardio (IM). GIAO-SIMON y cols. (1979) han comprobado en un estudio psicológico de sujetos coronarios, que las pérdidas afectivas muy tempranas, la personalidad obsesiva, el estado depresivo, los conflictos, las dificultades profesionales o familiares, los problemas psicológicos interiorizados y reprimidos, etc., son factores muy comunes en la personalidad de estos individuos.

Por otra parte, es evidente que el *stress* social en el que indefectiblemente se halla inmerso «nuestro hombre» contribuye claramente a desencadenar la enfermedad. Las transformaciones de las condiciones de vida, las modificaciones rápidas del ambiente y del entorno, el agravamiento de las condiciones de competitividad y de rendimiento, la aceleración de los intercambios y del ritmo de vida, la proliferación de las informaciones, la pérdida de los cuadros de referencia familiares, culturales, sociales y la importancia cada vez mayor dada al triunfo social en la «civilización del standing», son factores que integran el *stress* social; algunos de ellos inciden de forma directa sobre «nuestro hombre».

Por otra parte, los estudios epidemiológicos muestran cómo se extiende la enfermedad coronaria a comunidades o poblaciones cuando las condiciones de la vida se cambian, mediante la emigración, la urbanización, etc. Sin embargo, la descarga emocional depende del sistema de valores del individuo, de su historia y de su personalidad (MARÍN FERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, FLÓREZ LOZANO y MENÉNDEZ PATTERSON, 1981). Asimismo, CAMPAILLA (1967) ha puesto de manifiesto que los factores de personalidad y del medio ambiente desempeñan un papel relevante en relación a otros factores biológicos en lo que concierne a la afección cardíaca.

De igual manera, la importancia de la familia sobre la evolución psicológica también es primordial. En las familias en las que hay un control ansioso e hiperprotector se favorece la inmadurez de la personalidad, la tendencia al aislamiento, a la tristeza, al desánimo y al sentimiento de autodesvalorización, circunstancias que propician la inmadurez psicofisiológica en conjunto y, por tanto, la aparición de cualquier tipo de enfermedad. Por el contrario, cuando la familia se comporta de modo estimulante se observa una modificación notable de todos estos parámetros, favoreciéndose la salud integral del sujeto.

La posición ambigua de nuestro psiquismo que se traduce en una extraordinaria fuerza de voluntad, por un lado, y en un alto grado de debili-

dad e inmadurez, por otro, favorece el desarrollo de un conflicto psicológico que puede dar lugar a la aparición de una determinada enfermedad o, en el caso que ésta ya exista, a su agravamiento.

La crisis psicológicas y psicosociales, así como las relaciones sociales de la persona, tienen una notable influencia sobre la salud integral de la persona. En efecto, REES y LUTKINS (1967) examinaron en una pequeña comunidad del país de Gales a 903 personas que recientemente habían perdido a un pariente. En el curso del año siguiente al fallecimiento, la mortalidad en el grupo examinado era siete veces mayor que en el grupo control. Cuando la muerte había tenido lugar fuera de casa (p. ej., en el hospital), la mortalidad en alguno de los miembros de la familia era 10 veces superior que en aquéllos en que el fallecimiento había tenido lugar en el propio domicilio. Posiblemente, en este caso, las condiciones de la muerte eran más favorables y la culpabilidad menos grande.

De otra parte, SCHWAB y cols. (1974) comprobaron que en las clases trabajadoras había hasta un 30% de enfermedades psicosomáticas y en las clases altas un 9%, lo que revela, de una parte, el incremento de la motivación para tener buena salud si las condiciones de vida son satisfactorias y, por otra, hasta qué punto el cuerpo puede sufrir en la sociedad tecnológica moderna. Esta diferencia puede explicarse también por el hecho de que el lenguaje corporal tiene un papel tanto más importante cuanto menores son las capacidades de expresión verbal.

NECESIDAD DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

COTTRAUX (1981) ha propuesto un modelo simplificado que trate de explicar los mecanismos que conducen de la salud a la enfermedad. Se tiene muy en cuenta el ambiente como factor de riesgo, así como los factores genéticos que van interrelacionados con los ambientales. Las experiencias pasadas del individuo también son importantes a la hora de explicar la acción del medio ambiente sobre él mismo. De no profundizar más en éstos aspectos psicosociales del enfermo, se cae fácilmente en el error del diagnóstico, con todas las graves consecuencias que supone para el enfermo, para la sociedad y para el gasto público.

Estos datos pensamos que son suficientemente esclarecedores de la magnitud e importancia del problema que estamos analizando, aunque indudablemente podemos añadir otros más. En el año 1974, en los EEUU, se realizaron 2.400.000 intervenciones innecesarias que ocasionaron más de 12.000

defunciones (JANO, 1979). De acuerdo con la O.M.S. «la medicina, tal y como debe ser considerada hoy, no ha de consistir tan sólo en el arte de curar a los enfermos, sino que debe prevenir a las enfermedades y, más aún, debe mejorar la calidad de vida de las personas. Es decir, la medicina ha de velar por la salud del hombre, porque salud es, según la OMS, un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades» (OMS, *Actas Oficiales*, n.º 221, 1975).

Teniendo en cuenta las múltiples variables que inciden en el enfermo del medio rural, es obvio que el médico debería de rodearse de un equipo multiprofesional de manera que se pudiera incidir en las áreas psicosociales analizadas anteriormente. Así, por ejemplo, BAYES (1979) propone un modelo en el que interviene el médico y el psicólogo, este último actuando sobre alteraciones puramente comportamentales.

Obviamente, el equipo se completa con el sociólogo, la asistente social, el A.T.S. o el Diplomado de Enfermería, etc. El problema que estamos tocando en este punto es fundamental, ya que, según algunos autores, aproximadamente el 50% de las personas que acuden a las consultas médicas son enfermos funcionales, psicosomáticos, psicogenéticos, etc. TIZON (1979) indica que proporcionando servicios médicos adecuados no sólo se podría disminuir los costes, sino también descongestionar los consultorios médicos. ASENJO (1978) se pregunta en torno a las 300.000 visitas anuales en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona y cuáles serían las consecuencias en el caso de descargar a los servicios médicos de un 40% de sus visitas, es decir, de 120.000 presuntos enfermos.

De otro lado, de acuerdo con COHEN (1979), parece existir una correlación significativa entre la acumulación de acontecimientos stressantes que han supuesto cambios en los patrones de vida del sujeto en períodos de tiempo relativamente breves (seis meses, dos años), inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad física. De ahí que será un meritorio cometido el del médico rural que pudiera diagnosticar a tiempo situaciones en las que una persona se encuentra en especial riesgo de enfermedad y que pudiera detener el proceso con medidas profilácticas. Pero ¿sabe acaso cuándo corre el peligro de enfermedad el todavía sano? Frecuentemente, el médico se da cuenta de una crisis que se cierne sobre una familia por él asistida, pero ¿la valora suficientemente como agente capaz de producir una enfermedad? La investigación de los acontecimientos vividos (*life-event*) intenta hallar qué relación existe entre las circunstancias dificultosas de una familia y la aparición de una enfermedad.

Según SIEGRIST (1982), si bien el valor subjetivo de determinadas vivien-

cias puede ser individualmente muy diverso, su relación cronológica con algunas enfermedades, como el infarto cardíaco, es una observación casi cotidiana. Para otras enfermedades como carcinomas, diabetes, reuma, complicaciones del embarazo, arteriosclerosis, etc., la relación no es tan ostensible pero, con todo, también es comprobable estadísticamente. El modelo subraya los cambios vitales que ha sufrido el sujeto hasta desembocar en la enfermedad, sin embargo, deseamos insistir, sobre todo en el medio rural, en la ausencia de cambios, tales como el no obtener una promoción, el no contraer matrimonio, el no tener hijos, el no tener una casa adecuada u otros medios adecuados para una vida digna y sana, que también puede ser causa desencadenante y explicativa de una enfermedad o una autólisis, probablemente porque el «no tener nada», podría resultar para el individuo sinónimo de «no merece la pena vivir», «no tengo ilusión por nada», etc.

El modelo, evidentemente, es muy criticable, sobre todo en lo que se refiere a los mecanismos fisiológicos que explican la relación entre cambios vitales y la aparición de una determinada enfermedad. COHEN (1979) trata de explicar los mecanismos ciñéndose al Síndrome General de Adaptación (S.G.A.), propuesto por SELYE (1956); de manera que los cambios positivos y negativos supondrían para el individuo un esfuerzo de adaptación, lo que a nivel fisiológico supondría un aumento del nivel de activación que, de mantenerse, conllevaría un efecto de desgaste y, en consecuencia, una menor resistencia para la aparición de la enfermedad. COHEN (1979) señala que tanto los acontecimientos vitales positivos como negativos pueden traducirse en un aumento de la reactividad fisiológica. No obstante, declara que no se conocen suficientemente las respuestas de estos sistemas fisiológicos y su intervención en la enfermedad.

Estudios epidemiológicos y médico-sociológicos en grandes grupos señalan explícitamente la trascendencia, por su propia naturaleza, de situaciones objetivas, de carga, por ejemplo, la pertenencia a una capa social, movilidad y cambio sociocultural, para la aparición y el curso de las enfermedades.

EL PROBLEMA DE LOS CAMBIOS VITALES

Desde el punto de vista pragmático y de acuerdo con SIEGRIST (1982), podríamos formular las siguientes hipótesis:

- 1) Los acontecimientos que interrumpen la rutina normal de la vida de

«nuestro hombre» requieren una mayor capacidad de adaptación de las personas afectadas.

2) Obviamente, esto no puede aplicarse por igual a todos los acontecimientos, sino sólo a los que sobrevienen de forma inesperada, acompañados de efectos negativos.

3) Determinados tipos de acontecimientos de la vida de «nuestro hombre» (experiencias de separación matrimonial, divorcio, muerte de un hijo, amenaza del *status*, miedos, etc.), lo mismo que la acumulación de cambios vitales en un breve período de tiempo, pueden ser tan graves para el individuo que no basten sus posibilidades normales de superación.

Análogamente, los estados emocionales de tensión, las reacciones neurohormonales y fisiopatológicas excesivas, aparecen con frecuencia como estados consecutivos a esos acontecimientos estresantes, conduciendo con gran probabilidad al desarrollo de afecciones orgánicas o psíquicas. Pero ¿cómo se convierte una situación de carga en un pródromo de enfermedad? Es frecuente encontrar en sujetos que han experimentado complicaciones durante el embarazo, o que han sufrido de IM, tuberculosis, cáncer, etc., acontecimientos que alteran su modo de vivir cotidiano. Circunstancias similares pueden encontrarse antes de actos suicidas o de graves accidentes de tráfico. En relación con el cáncer, LESHAN (1966) al hacer un estudio longitudinal de la vida de pacientes cancerosos, se encontró que existían pérdidas afectivas tempranas. En los cancerosos generalmente se produce una pérdida brusca. En niños leucémicos, por ejemplo, es muy frecuente la pérdida de la figura materna, unos por muerte real, otros por su ausencia, pero la mayoría por su incapacidad para sobreponerse (RISQUEZ, 1978).

Además de las pérdidas afectivas sufridas por el sujeto canceroso (esposo/a, hijos, etc.), éste también vive grandes conflictos mentales en el seno del núcleo familiar, además de experimentar otro tipo importante de perturbaciones en las relaciones sociales. Según RISQUEZ, el canceroso es una manifestación individual de un proceso de interacciones sociales que comienza en sus familias de origen, padres y hermanos, que sigue en su relación específica con pareja e hijos y se proyecta a su relación ecológica, sociedad, tiempo y cultura.

En este sentido, no debemos olvidar que el organismo humano es, como el de todos los seres vivos, una estructura aparentemente opuesta a la entropía y este fenómeno se manifiesta continuamente en el mantenimiento de la homeostasis que depende del trabajo celular, pero está subordinada a la organización del S.N.C. y éste, a su vez, depende de su relación con los otros

sistemas nerviosos, en un intercambio incesante que envuelve dos parámetros complejÍsimos que según RISQUEZ son: seguridad y socialización y libertad e individualización. RISQUEZ enfatiza que podemos avisar a una persona que está jugando mal al «juego de la vida» y debemos prevenirla, si es demasiado responsable, si es muy sacrificada y si, además, no tiene ningún síntoma mental y no exige nada de los demás. Tal persona podría tratarse de un sujeto potencialmente canceroso o con tendencias a adquirir un determinado tipo de cáncer.

Tal como hemos analizado, los efectos psicosociales (*stress* psicosocial), afectan la actividad hipotalámica desde la percepción cortical; posteriormente se involucrará al sistema nervioso autónomo y finalmente a la actividad neuroendocrina en general (FLÓREZ LOZANO, 1981). Entre los mecanismos neurofisiológicos subyacentes a esa relación «*stress* psicosocial-enfermedad», parece ser que el individuo rebajaría su inmunodefensa. En efecto, los adrenocorticoides reducirían por vía humoral la inmunocompetencia celular, mantenida, entre otras cosas, por los linfocitos T.

Además de la reducción de la inmunocompetencia, es posible que exista una disminución de la toxicidad linfocitaria. En recientes trabajos experimentales se ha comprobado, por ejemplo, que algunos sujetos después de haber enviudado presentaban algunas semanas después un descenso muy significativo de la toxicidad linfocitaria frente a personas control (SIEGRIST, 1982).

En las enfermedades cardiocirculatorias, especialmente en el infarto de miocardio, existen pruebas de que existe tras el impacto de los agentes psicosociales nocivos una intensa excitación del S.N.C. (reacción simpácticotónica) en sus componentes neurovegetativos y hormonales a través del hipotálamo. Por una parte a través del simpático, por otra, a través del eje hipófisis-ACTH- corteza de las suprarrenales. La inervación del órgano y la liberación de adrenalina, así como de cortisol y aldosterona, puede provocar, entre otras cosas, alteraciones metabólicas, trastornos del ritmo e inestabilidad eléctrica aumentada, así como cambios de viscosidad de la sangre y mayor formación aguda de trombos en las coronarias.

Los cambios vitales *life-change-units* (LCU) que han sufrido los sujetos en los últimos seis meses del brote de la enfermedad, pueden ser, sin duda, suficientemente explicativos. SIEGRIST ha comprobado que los valores medios de LCU, determinados por trimestres en pacientes que habían estado enfermos con anterioridad y fallecieron de muerte cardíaca, eran más elevados en personas fallecidas súbitamente sin una enfermedad precedente.

En estas últimas, los valores de LCU aumentan súbita y muy desproporcionadamente en los últimos seis meses del infarto.

Asimismo, se ha demostrado también que un accidente afectivo (muerte de la esposa) puede actuar de desencadenante de la muerte del esposo, ya que entre los viudos el porcentaje general de mortalidad es más elevado que en el grupo control. Es curioso comprobar en un estudio americano que el 44% de los pacientes con muerte súbita cardíaca habían padecido en época reciente o inmediata una muerte en el círculo más íntimo.

Así pues, las circunstancias psicosociales negativas pueden dar al traste con la salud de la persona. Es imaginable que determinadas vivencias psíquicas, tales como situaciones de desempleo y desaliento de larga duración, puedan favorecer el brote prematuro de determinados tipos de enfermedades cancerosas. El buen apoyo social, no obstante, puede ser capaz de contrarrestar el brote de la enfermedad en muchos acontecimientos que sobrecargan al individuo. Así, por ejemplo, las complicaciones del embarazo en mujeres de vida aislada con poco contacto social y poca ayuda del medio ambiente fueron mucho más frecuentes y aumentaron desproporcionadamente, comparadas con embarazadas que gozaban de un fuerte apoyo familiar.

EL MODELO DE APRECIACIÓN DEL STRESS

Es cierto que no todas las personas van a sufrir las mismas consecuencias psicosociales negativas. De ahí que algunos autores hayan propuesto un «modelo de apreciación de la situación de stress». Este modelo pone un énfasis especial en la mediación cognitiva existente entre las situaciones de *stress* y el comienzo de una determinada enfermedad. Se trata de diversos factores (moral, cultural, ético, intelectual, social, etc.) vinculados al nivel cortical del S.N.C. que deciden, en última instancia, acerca de si tal situación psicosocial alcanza el nivel del *stress* o, por el contrario, actúa como un estímulo absolutamente normal e indiferente.

HINKLE (1974) apunta una serie de factores mediadores tales como: la predisposición somática, la historia de las enfermedades, el apoyo social que la persona puede recibir en un cierto momento, los mecanismos de defensa de la personalidad, las estrategias de enfrentamiento frente al *stress* y los cambios vitales. Tales factores actúan bien como filtro o, simplemente, como activadores de la respuesta al *stress* psicosocial que sufre «nuestro hombre».

La importancia de este factor de apreciación cognitiva ha sido destacada por LAZARUS (1975), que ha manifestado que la «cognición» media entre la persona y el ambiente. Así, pues, la persona en cuestión evalúa si una situación es perjudicial o potencialmente perjudicial en su función de su comprensión y de los recursos que tiene disponibles para neutralizar o tolerar el daño (COHEN y LAZARUS, 1979).

Evidentemente, el médico rural deberá contribuir, desde esta perspectiva, a incrementar los recursos psicológicos y el apoyo social del enfermo, contribuyendo así a reducir el riesgo de que la situación de *stress* desencadene una enfermedad. Así, por ejemplo, refiriéndose a los efectos del paro laboral, COHEN (1979) ha manifestado que se daba una menor aparición de sintomatología en hombres que, habiendo perdido el empleo, recibían un fuerte apoyo emocional de sus mujeres, frente a los que no recibían tal apoyo emocional y psicosocial.

Algunos autores indican que la situación de paro laboral que puede afectar a «nuestro hombre», aunque más raramente en nuestra región, conduce a una marginación y a una desintegración de la sociedad a la que pertenece. Ello produce trastornos sociales en el plano individual, trastornos del comportamiento, de la conducta sexual, enfermedades psicosomáticas, etc. En el plano colectivo, fomenta los aspectos negativos de la persona, las alteraciones familiares, las alteraciones de la conducta social, etc. La persona en situación de paro presenta estados de ansiedad, de frustración, depresión, inhibición y hostilidad/agresividad en relación al ambiente social que lo margina e, incluso, a su propia familia. Como consecuencia de esta situación, puede tener lugar el repliegue sobre sí mismo, acentuándose la probabilidad de contraer una determinada enfermedad, actuando enmudecidamente, viendo el sujeto en permanente estado de angustia con miedo y resignación. En este sentido, HEPWORTH (1980) construyó una escala para la medida del bienestar personal (*present life satisfaction scale*) con la que obtuvo una correlación estadísticamente significativa, inversamente proporcional, entre la situación de desempleo y el nivel de salud mental. Esta situación psicosocial, singular del mundo actual, da lugar a numerosos síntomas neuróticos (histeria, ansiedad, irritabilidad, hipocondría, depresión, querulancia o resentimiento, etc.).

En otro orden de cosas, KING (1972), tratando de valorar la importancia de los factores psicosociales como facilitadores de la enfermedad, hizo una distinción operativa entre causas necesarias (presencia de un bacilo o de un virus) y causas suficientes. DUBOS (1965), por ejemplo, refiere el caso del «herpes simple», en el que el virus que afecta al individuo, generalmente en

la infancia, de manera constante, únicamente se manifiesta cuando hay un desequilibrio, sea bioquímico, sea psicológico (condiciones psicoemocionales de la persona) que constituyen la causa suficiente. Así, pues, en un medio donde se supone que la exposición al agente de la enfermedad es semejante para todos los individuos, la menor resistencia psicofisiológica de alguno de ellos hace que preciamente la invada la enfermedad. Creemos finalmente, como colofón de este trabajo, que las pautas socioculturales del individuo que regulan las formas de comportamiento se comprometen con su propia subsistencia. Se trata de un enfoque amplio y profundo acerca de los problemas de la salud y la enfermedad, que se sale del terreno puramente especulativo y encuentra un amplio apoyo científico a juzgar por los últimos hallazgos obtenidos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El hombre, proclama ZUBIRI, «es un animal de realidades y con realidad sustantiva». En el criterio de ZUBIRI, «el hombre es una substantividad psicoorgánica». «El hombre, pues, no tiene psique y organismo, sino que es un sistema psicoorgánico» y la actividad humana es simultáneamente orgánica y psíquica. La realidad sustantiva del hombre es, pues, una unidad constructa, en la que «todo el organismo es psíquico y todo lo psíquico es orgánico».

Existe una ligazón primera e indestructible del enfermar con el modo de ser del hombre y con los factores psicosociales que le rodean. La enfermedad no parece producirse como «salto en el vacío». El médico puede en extremo romper la cruda realidad antropobiográfica de la «soledad del enfermar». LAÍN ENTRALGO (1982), en su reciente *Historia Universal de la Medicina*, subraya que esa situación de «vacío» no se llena con la mera compañía ni con una terapéutica somatotrópica, sino con una conducta médica que tenga en cuenta todas las facetas que estructuran la conexión «psique-soma» del hombre con el variopinto mundo circundante.

Bibliografía

- ALEXANDER, F., *Psychosomatic Medicine*, Norton, New York, 1970.
- ASENJO, M.A., *Situación actual del Hospital Clínico*. La Vanguardia, 13 de enero de 1978.
- BAYES, R., *Psicología y Medicina*, Barcelona, Fontanella, 1979.
- BOWLBY, J., *Childhood bereavement and psychiatric illness*. En Richter *et al*, Aspects of psychiatric illness. London, OUP, 1962.
- BOWLBY, J., *Attachment and loss*. Vol. I Basic Books, New York, 1969.
- CAMPAILLA, G., *Das Koronar Psychodefekt syndrom*. G. Thieme. Stocarda, 1967.
- CANNON, W.B., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Nueva York: Appleton-Century-Crpfsts, 1929.
- COHEN, F., *Personality, stress and the development of physical illness*. En G.C. Stone et al. Health Psychology. Jossey Buss, S.F., 1979.
- COHEN, F. y LAZARUS, R.S., *Coping with the stress of illness*. En G.C. Stone et al. Health Psychology. Jossey Bass, S.F., 1979.
- COTTRAUX, J., *Psychosomatique et médecine comporte mentale*. Masson, 1981.
- CHRISTIAN, P., FINK-EIKEL, K. y HUBER, W., *Bisikofastoren und risikopersonalichkeit beina herzinfirmat*. Verh. Dtsch. Ges. Kreisf. Forsch, 1966, 32, 97.
- EISENBERG, L., WEISS,AM, M.M., y KLERMAN, G.L., *On the differential distribution of psychiatric disorders by sex*. Arch. Gen. Psychiat, 1977, 34, 88.
- EISENBERG, L., *Psychiatrie et societ : un apercu psychobiologique*. Psychologie Medicale, 1979 11(6), 1185-1194.
- ENGEL, G., *Psychological development in health and disease*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1962.
- FLÓREZ LOZANO, J.A., MENÉNDEZ PATTERSON, A. y MARIN, B., *Actividad psicofisiológica de áreas nerviosas superiores y ulcerog nesis en ratas machos adrenalectomizadas y estresa das*. Anuario de Psicología, 1977 17(2), 41-53.
- FLÓREZ LOZANO, J.A., MENÉNDEZ PATTERSON, A. y MARIN, B., *The effect of vagotomy and stress on the oxidative metabolism of areas of the central nervous system and the central nervous system and their correlation with the formation gastric ulcers*. Ind. J. Med. Res., 1979, 69, 174-180.
- FLÓREZ LOZANO, J.A., *El control hipotalámico de la agresividad*, 1979, 145, 109-203.
- FLÓREZ LOZANO, J.A., VILLAVEVERDE ÁLVAREZ, A., FERNÁNDEZ, S., y MENÉNDEZ PATTERSON, A., 1981, *Personalidad y cáncer*. Farm as, 150, 67-82.
- GONZÁLEZ DURO, E., *Desempleo y psicopatología*. VII  Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela, Abril, 1982.
- GRINKER, R.R., *De la alienación a la adaptación*. En el cansancio de la vida. Karpos, S.A., 1975.
- GRUENBERG, G., *Causes of mental disorders: a review of epidemiologic knowledge*. Milbank Memorial Fund, New York, 1961.
- HAMBURG, D.A., y ADAMS, A., *A perspective on coping behavior*, Arch. Gen. Psych., 1967, 17, 276-284.
- HINKLE, L.E. *Ecological observations of the relation of physical illness. Mental illness and the social environment*. Psychosom. Med., 1961, 23, 289.
- HINKLE, L.E., *Human ecology*. Psychosomatic Medicine and the Medical Curriculum. Advanc. Psychosom. Med. (Basel), 1964, 4, 23.

- HINKLE, L.E., *The effect of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships on health*. En B.S. Dohrenwend et al. *Stressful life events their nature and effects*. Wiley, N.Y., 1974.
- HOLLINGSHEAD, A. y REDLICH, H., *Social class and mental illness*. M. Graw-Hill, 1962.
- KING, S.H., *Social psychological factors in illness*. En H.E. Freeman et al. *Hand o.c.p.*, 1972, 129-147.
- LAIN ENTRALGO, P., *Historia de la medicina*. Salvat editores. Barcelona, 1982.
- LESHAN, L., *An emotional life-history pattern associated with neoplastic diseases*. Ann. York Academy of Sciences, 1966, vol. 125, 780.
- LUBAN PLOZZA, B. y POLDINGER, W., *El enfermo psicossomático y el médico práctico*. Ediciones Roche, S.A., Basilea, Suiza, 1975.
- PAVLOV, I.P., *Conditional reflexes*. New York: International Publishing Company, 1928.
- REES, W.D. y LUTKINS, S.G., *Mortality of bereavement*. Brit. Med. J., 1967 13(16), 1369.
- O.M.S., Organización Mundial de la Salud (OMS). *Actas Oficiales*, n° 221, 1975.
- RIGOTTI, S., *Aspetti dottrinali pratici della medicine psicossomatica*. Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., 1957 65, 39.
- RISQUEZ, F., *El enfermo canceroso*. En *Impacto psicológico del cáncer*. Galerna. Buenos Aires, 1978.
- RUIZ RUIZ, M. y BROTTAT ESTER, M., *Psicopatología del paro*. VII° Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela, Abril, 1982.
- SELYE, H., *The evolution of the stress concept*. American Scientist, 1973, 61, 692-698.
- SELYE, H., *Tensión sin angustia*. Guadarrama., S.A. Madrid, 1975.
- SCHAFFER, H., *Medizin und naturwissenschaften*. Wehrmed. Mschr., 1968, 12, 474.
- SCHWAB, J.J., FENNEL, E.B., y WARHEIT, G.J., *The epidemiology of psychosomatic disorders*. Psychosomatics, 1974, 15, 88.
- SIEGRIST, J., *La trascendencia de los cambios de vida para una enfermedad*. Medizinische Klinik, 1982, 246, 15-27.
- TARILONDE DIAZ, R., *Consecuencias psicológicas del paro*. VII° Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela, Abril, 1982.
- TIZÓN, J.L., *La medicalización de los pacientes funcionales: magnitud de un despilfarro*. En *el Biologismo: Implicaciones teóricas y repercusiones en la asistencia sanitaria*. Zero-Zyx, 1979.
- ZOLA, I.K., *Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints*. Amer. Soc. Rev., 1966, 615-630.