

***Análisis de situaciones psicológicas desencadenantes en
pacientes afectos de infarto de miocardio***

Jaime Baró Aylón

I S B N: 84-89727-64-3
Depósito Legal: S. 54-98

Servei de Publicacions
Universitat de Lleida

BIBLIOTECA VIRTUAL



TESITEX, S.L.
c/. Melchor Cano, 15
Télf. 923 - 25 51 15
Fax 923 - 25 87 03
37007 SALAMANCA

ÍNDICE GENERAL

- [INTRODUCCIÓN](#)
- [I- JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS](#)
- [II- SITUACIÓN PSICOLÓGICA DESENCADENANTE EN EL INFARTO DE MIOCARDIO](#)
- [PARTE PRIMERA: CONCEPTOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA](#)
- [I.- LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA: SITUACIÓN NOSOGRÁFICA](#)
- [II- AVATARES HISTÓRICOS DE LA RELACIÓN MENTE-CUERPO](#)
 - [II- A. PREHISTORIA](#)
 - [II-B. ANTIGUO EGIPTO](#)
 - [II-C. CIVILIZACIONES BABILONIA Y ASIRIA.](#)
 - [II-D. PUEBLO JUDÍO](#)
 - [II-E. GRECIA Y ROMA ANTIGUAS](#)
 - [II-F. EDAD MEDIA](#)
 - [II-G. DEL RENACIMIENTO A LOS SIGLOS XIX Y XX.](#)
 - [II-H. LOS PRECURSORES: FREUD Y GRODDECK](#)
 - [II-I. HIPÓTESIS DE LA ESPECIFICIDAD: LA ESCUELA PSICOSOMÁTICA AMERICANA](#)
 - [II-J. TEORÍAS DE LA ESCUELA PSICOSOMÁTICA DE PARÍS](#)
 - [II-K. LA ALEXITIMIA](#)
 - [II-L. HIPÓTESIS INESPECÍFICAS: EL STRESS](#)
 - [II-M. SITUACIÓN ACTUAL](#)
- [III- PSICOSOMÁTICA Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR](#)
 - [III-A. FACTORES DE RIESGO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO.](#)
 - [III-A-1. FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA](#)
 - [III-A-2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA](#)
 - [III-A-3. ACTIVIDAD PROFESIONAL Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA](#)
 - [III-A-4. «LIFE EVENTS» Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA](#)
 - [III-A-4-A. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES](#)
 - [III-A-4-B. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS ACONTECIMIENTOS](#)
 - [III-A-4-C. CUALIDADES PSICOMÉTRICAS DE LAS LISTAS DE ACONTECIMIENTOS](#)
 - [III-A-5. DEFINICIÓN DEL «PATTERN A» CORONARIOGENO.](#)
 - [III-A-5-A. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PATRÓN A.](#)
 - [III-A-5-B. VALOR PREDICTIVO DEL PATRÓN A Y DE SUS COMPONENTES](#)
 - [III-A-5-C. PATRÓN A Y RESPUESTA AL STRES](#)
- [PARTE SEGUNDA: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO. PACIENTES Y MÉTODO](#)
- [I- ÁMBITO GEOGRÁFICO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES](#)
- [II- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO](#)
- [III- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN](#)
- [IV.- CONSIDERACIONES SOBRE LA TÉCNICA DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA DE ENTREVISTA CON EL PACIENTE](#)
- [V.- CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL](#)
- [VI- BREVE DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS](#)
- [PARTE TERCERA: LISTADOS DE DATOS](#)
- [I- LISTADO DE CASOS CON INDICACIÓN DE SITUACIÓN DESENCADENANTE, NIVEL ECONÓMICO Y TIPO DE TRABAJO](#)
- [II- LISTADO DE CASOS CON INDICACIÓN DE EDAD, SEXO, SITUACIÓN DESENCADENANTE Y ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD](#)
- [III- TIPOS DE SITUACIÓN DESENCADENANTE: DESCRIPCIÓN](#)
- [IV- TIPOS DE SITUACIÓN DESENCADENANTE: ÁMBITO](#)
- [V - TIEMPO DE LATENCIA.](#)
- [VI - LISTADO DE CASOS CON INDICACIÓN, EN SU CASO, DE LA PÉRDIDA DE UNO, O AMBOS, PROGENITORES Y EDAD EN QUE SE PRODUCE \(ENTRE 0 Y 15 AÑOS\)](#)
- [VII.- LISTADO DE CASOS CON PÉRDIDA DE PROGENITOR E INDICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD](#)
- [VIII.- LISTADO DE CASOS PERTENECIENTES AL GRUPO CONTROL CON INDICACIÓN DE SU EDAD, SEXO, PROFESIÓN, DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO, ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD Y, EN SU CASO, SITUACIÓN DESENCADENANTE Y PÉRDIDA DE](#)

- PROGENITORES
- IX.- SEGUNDO GRUPO CONTROL (CONSTITUIDO ÚNICAMENTE PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL DE LA PÉRDIDA DE UNO O AMBOS PROGENITORES, ENTRE LOS 0 Y 15 AÑOS DE EDAD)
- PARTE CUARTA: ANÁLISIS PSICODINÁMICO DE LOS DATOS OBTENIDOS
 - I- ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD
 - II- CONSIDERACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD
 - III- DESCRIPCIÓN DE LAS SITUACIONES DESENCADENANTES
 - IV- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DESENCADENANTE
 - V- APRECIACIÓN DE LA SITUACIÓN DESENCADENANTE
 - VI- SITUACIÓN DESENCADENANTE Y TIEMPO DE LATENCIA
 - VII- CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS
 - VIII.- PÉRDIDA DE LOS PADRES
- PARTE QUINTA: CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS
 - I.- CONCLUSIONES:
 - II.- PERSPECTIVAS
- BIBLIOGRAFÍA



Al Profesor Charles DURAND, Caballero de la Legión de Honor, Catedrático de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Ginebra, Médico Director del Sector Psiquiátrico Oeste del Cantón de Vaud y del Hospital Psiquiátrico de Prangins. Su magisterio, en un entorno de amistad y afecto, marcó un hito fundamental en mi evolución como persona, como médico y como psiquiatra.

A los profesores Román SOLA, José Enrique ESQUERDA y Juan VIÑAS, responsables de mi tardía vocación universitaria.

Al Profesor Cristóbal GASTO, que me devolvió la ilusión perdida.

A mi mujer. A mis hijos.

A mis pacientes y a mis alumnos, que pagan por enseñarme.

...Sus experiencias, después de todo, no suponen sino la comprensión de que los factores psicológicos representan un elemento inesperadamente importante también en el origen de las enfermedades orgánicas. Mas ¿son estos factores psicológicos responsables por sí solos de estas dolencias y hacen tambalearse la diferencia entre lo psíquico y lo físico?...

...Sin duda el Inconsciente es el mediador más adecuado entre lo físico y lo mental, y quizás hasta resulte el muy buscado y jamás hallado «eslabón perdido». Mas, ¿acaso el hecho de que nos hayamos percatado de esto nos da base para rehusar todo lo demás?...

(Primera carta de S. Freud a G. Groddeck. 5-6-1917)

Introducción

I- Justificación de la tesis

La enfermedad coronaria ha sido y sigue siendo objeto central de atención y de investigación en medicina interna y en medicina psicosomática considerándose como una de las enfermedades psicosomáticas «clásicas». La frecuencia de esta enfermedad como causa de muerte y de incapacidad laboral en las sociedades occidentales industrializadas (Ver Tabla 1-1) y la convicción de la importancia de los factores psicológicos en la etiología de la misma han justificado un considerable interés en la investigación sobre las personalidades afectadas y sobre las condiciones de aparición de sus manifestaciones agudas. No obstante, todavía en el no lejano 1987, Booth-Kewley y Friedman afirmaban que «después de casi un siglo de especulación y tres décadas de intensa investigación, la naturaleza de la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad coronaria es todavía poco clara».

EDAD		25-44	45-64	65+
M U J	1	Cáncer	Cáncer	Enfermedades cardiovasculares
	2	Accidentes	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer
	3	Enfermedades Cardiovasculares	Accidentes vasculares cerebrales	Accidentes vasculares cerebrales
H O M	1	Accidentes	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares
	2	SIDA	Cáncer	Cáncer
E S	3	Enfermedades Cardiovasculares	Accidentes	Accidentes vasculares cerebrales

Tabla 1-1. ORDEN DE FRECUENCIA DE CAUSAS DE MUERTE (National Center for Health Statistics, U.S.A., 1989)

Numerosos trabajos han estudiado los factores responsables de la arterioesclerosis coronaria y del infarto de miocardio. Varias causas determinantes han sido definidas: la hipertensión, el tabaquismo, las hiperlipidemias, la falta de actividad física, la obesidad y la hiperuricemia.

Friedman y Rosenman describieron ya en los años 50 el tipo A de conducta como una de las causas de la cardiopatía isquémica, siendo sus hipótesis corroboradas por múltiples investigaciones. Si añadimos los estudios dedicados a los factores hereditarios disponemos de una constelación de factores que nos permite conocer mejor el candidato al infarto de miocardio.

Este conjunto de causas determinantes constituye de una cierta manera la base de la enfermedad. Nos permitiría seleccionar en un determinado grupo de población los pacientes con un riesgo elevado. Se trata de

factores predeterminados cuyo desarrollo constante facilita la esclerosis de las coronarias y finalmente la necrosis del miocardio. Nos hemos preguntado si factores exteriores a la persona pueden favorecer la aparición de la enfermedad.

Varios estudios han sido dedicados al análisis de la tensión profesional y de la estructura familiar de estos pacientes.

El infarto de miocardio en cuanto enfermedad profesional de un determinado grupo de trabajadores es desde hace tiempo un hecho social comprendido y asumido.

Investigaciones dedicadas a los acontecimientos vitales («Life Events») han permitido constatar en estos pacientes un índice de cambios existenciales más elevado durante el año que precede la aparición de la enfermedad que en los años anteriores.

Es en este contexto en el que nos preguntamos porqué el infarto de miocardio aparece en la vida de una persona en un momento dado con preferencia a otro; sino podría haber factores, particularmente psicológicos, que favorecerían el desencadenamiento del proceso. La cuestión que nos planteamos y que nos servirá de hipótesis de trabajo es saber si en una afección tan manifiestamente orgánica podrían existir situaciones favorecedoras, determinantes, de origen psicológico. Si nuestra hipótesis se verificara podríamos considerar el infarto como el resultado de un conjunto de elementos interrelacionados constituyendo una etiología multifactorial.

II- Situación psicológica desencadenante en el infarto de miocardio

Definiremos así a una situación conflictiva actual correspondiente a una transferencia del conflicto intrapsíquico del individuo al momento vital presente. Cuando este conflicto es de una intensidad suficiente descompensa los sistemas defensivos estructurados por el paciente y provoca la aparición de la enfermedad.

Valoraremos esta situación desencadenante como próxima pero diferente a los «Life Events» considerando a estos como cambios existenciales, objetivos o subjetivos, deseables o no, predeterminados en un cuestionario que se somete al paciente.

También la diferenciaremos del stress, definido como un conjunto de estímulos nocivos, inespecíficos, de intensidad suficiente para provocar modificaciones psicológicas y fisiológicas influyendo en el eje diencéfalo-hipofisario- suprarrenal, tal como lo definió Selye en 1956.

En nuestra opinión la situación psicológica desencadenante puede ser un acontecimiento aparentemente banal si se le valora objetivamente. Su importancia radica en su repercusión psicológica, en su resonancia afectiva. Se trata de un acontecimiento con una especificidad individual, mientras que el stress afecta al conjunto de la especie que lo sufre. La búsqueda y la valoración de la existencia de una tal situación psicológica desencadenante serán pues mucho más subjetivas que en el caso del stress, reconocible fácilmente, ya que a menudo no se ve acompañado de vivencias emocionales intensas. Durante nuestra investigación observaremos que el paciente no describe nunca el conflicto desencadenante ni con las mismas palabras ni con las mismas vivencias afectivas como lo hace con otros acontecimientos que puedan parecer objetivamente mucho más importantes («Life Events»). Se trata pues de un auténtico traumatismo en el sentido psicoanalítico del término, movilizándolo profundamente los mecanismos de defensa y alterando la estructura psicológica del sujeto. Como verificaremos en nuestro estudio la situación psicológica desencadenante se integra en la dinámica existencial de nuestros pacientes. No aparece nunca por azar, o por lo menos no es vivida nunca como un azar. Para poder identificarla será preciso que el observador se aproxime al paciente, con un determinado nivel de escucha y pueda prestarle aquella calidad de atención particular que Balint tan brillantemente ha descrito en sus trabajos.

La aplicación de las enseñanzas de la comprensión psicoanalítica del psiquismo humano a la relación médico- enfermo nos ha parecido ser un buen instrumento de trabajo para el desarrollo de la presente investigación. Uno de los objetivos de nuestro trabajo era valorar si una aproximación psicoanalítica a pacientes psicósomáticos nos permitía ir más allá en el estudio de los mecanismos originarios y desencadenantes de la enfermedad. Buscábamos también la confirmación de las posibilidades terapéuticas que una tal aproximación podía reportar.

Parte primera: conceptos y revisión bibliográfica

I.- La medicina psicosomática: situación nosográfica

Laín Entralgo (1943) subraya que la práctica médica siempre ha sido psicosomática sencillamente porque no podía ser de otra manera.

La medicina psicosomática, que se remonta al origen de la propia medicina, se incluía en la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) (1952) bajo el epígrafe «trastornos psicosomáticos», y en el DSM-II (1968), como «trastornos psicofisiológicos vegetativos y viscerales». Por ello resulta, a mi juicio, una regresión desafortunada que, en el DSM-III (1980), y en su revisión de 1987 (DSM III - R) estas categorías fueran suprimidas, tras considerable debate, y sustituidas por la denominación de «factores psicológicos que afectan el estado físico». Esta expresión describe la interacción de la mente o «psique» y el cuerpo o «soma» de forma excesivamente vaga.

El criterio del DSM-III y de su revisión para el diagnóstico de factores psicológicos que afecten a las condiciones físicas es que estímulos ambientales psicológicamente significativos estén relacionados directamente con el inicio o la exacerbación de una sintomatología física expresión de una patología orgánica demostrable, como la artritis reumatoide, o de un proceso fisiopatológico conocido, como la migraña o el vómito.

Al suprimir los términos «psicofisiológico» y «psicosomático» de la nosología, se desacentúa la unidad mente-cuerpo. Aunque estos términos no son utilizados en la novena revisión de la International Classification of Diseases (ICD-9) de la OMS, se utilizó en su sistema de clasificación un enfoque mucho más razonado, minucioso y globalizador en la descripción de las enfermedades psicosomáticas.

La ICD-9 describe dos tipos de alteraciones psicosomáticas, dependiendo de que haya o no lesión hística. En la categoría «disfunción fisiológica derivada de factores mentales» engloba diversos síntomas físicos o alteraciones fisiológicas de origen mental, habitualmente mediatizados por el sistema nervioso vegetativo y que no implican lesión hística. Estos trastornos son agrupados según el sistema corporal afectado. En esta categoría se incluyen, por ejemplo, alteraciones respiratorias, como la hiperventilación y la tos psicógena; alteraciones cardiovasculares, como la neurosis cardíaca; y trastornos cutáneos, como el prurito.

Si hay lesión hística y factores psicológicos asociados al proceso patológico se considera que alteraciones mentales o factores psíquicos de cualquier tipo han desempeñado un papel preponderante en la etiología de ciertas condiciones físicas que habitualmente suponen lesión hística. En estos casos, la alteración mental puede ser leve o inespecífica, y los factores psíquicos, como la preocupación, el temor y el conflicto, pueden presentarse sin formar parte de un trastorno psiquiátrico manifiesto. Bajo esta última denominación se incluyen enfermedades, como el asma, la dermatitis, el eczema, la úlcera gástrica, la colitis mucosa, la colitis ulcerosa, la urticaria y el infarto de miocardio.

II- Avatares históricos de la relación mente-cuerpo

II- A. Prehistoria

Para un individuo de la era prehistórica, los malos espíritus constituían la fuerza primigenia, el poder que controlaba los acontecimientos y producía la enfermedad. Como el hombre prehistórico no deseaba morir, sufrir dolor o debilidad, o ser herido, atribuía estos acontecimientos a fuerzas malignas que actuaban contra él: podía tratarse de la malevolencia de un enemigo o rival, del espíritu residente en un lugar sagrado violado, de los dioses dueños del mundo que amenazaban arbitrariamente o de las almas de los muertos, enojadas por no recibir los sacrificios propiciatorios adecuados.

La maldad existía fuera del individuo y entraba en su cuerpo para atacarlo. Incluso la muerte era entendida como una visita que aparecía súbitamente momentos antes de que el cuerpo se volviese rígido. Las formas más graves de enfermedad eran el resultado de la posesión por un espíritu maligno.

La enfermedad correspondía, por tanto, al campo espiritual: tan pronto como los seres humanos dispusieron de los necesarios instrumentos afilados de piedra (aprox. hacia el año 10.000 a. de J.C.), empezaron a practicar trepanaciones en los enfermos para dejar salir el espíritu. Dicha práctica no siempre mataba al paciente; un considerable número de ellos se recuperaban, ayudados -según se suponía- por la fuerza de la personalidad del chamán o curandero actuante. Los sanadores iban desde el hechicero posiblemente esquizofrénico, que exorcizaba al demonio portador de la enfermedad luchando con él durante la noche y derrotándole, al médico más racional, que frotaba al enfermo, extraía un objeto del cuerpo del paciente mediante manipulaciones o le sangraba. Cualquiera que fuese el enfoque del terapeuta, el paciente recibía siempre una renovada voluntad de curación a través de la sugestión, en la mejor tradición de las relaciones médico-paciente. Los pueblos primitivos tenían pues una concepción holística y no dicotómica de la relación entre psique y soma.

II-B. Antiguo Egipto

Los embalsamadores egipcios pertenecían a una casta sacerdotal aislada y hereditaria. Cuando

manipulaban los cadáveres para abrirlos, y lavarlos intentaban por todos los medios preservar el corazón ya que constituía el soporte del alma, de la conciencia y de la memoria (SKERRITT, 1983 y LITVINOFF, 1982) y sería necesario en la otra vida. Los médicos-sacerdotes egipcios pusieron nombres a muchas partes del cuerpo, pero se referían a los nervios, músculos, arterias y venas con una misma palabra y pensaban que estas estructuras funcionaban como canales de un sistema de ramificaciones que conectaba el corazón con las distintas partes del cuerpo: oídos, ojos, dedos, testículos, etc. A través de estos conductos pasaba aire, agua, semen y las restantes sustancias necesarias, incluyendo el aliento inicial de la vida, del cual se dijo que entraba por la oreja derecha, en tanto que el último suspiro saldría por la izquierda. Como el hombre de la antigüedad, los egipcios concebían la muerte y la enfermedad como algo que se incorporaba al cuerpo procedente del exterior. Inicialmente, las enfermedades fueron atribuidas a la misma trinidad de los hombres primitivos: los dioses, los espíritus (sobre todo de los difuntos) y los deseos malignos de los humanos.

Toth, Isis, su hijo Orus y el visir Imhotep (aprox. 2.800 años a. de J.C.), que fue entronizado como dios de la medicina por sus conocimientos médicos, eran invocados para que ayudasen a exorcizar los malos espíritus. Pero los médicos egipcios no confiaban únicamente en los dioses para trabajar. Recopilaron observaciones que les ayudaron a ellos y a sus descendientes a diagnosticar y tratar las enfermedades. En el papiro de Ebers que data de unos 1.600 años a. de J.C., hay 877 secciones que hablan sobre el tratamiento de molestias específicas. En 47, los autores se ocupan del diagnóstico de la enfermedad. El texto se expresa claramente precisando la conveniencia de comunicar el diagnóstico al paciente e indicando muy precisamente la terapéutica preconizada. Los tratamientos sugeridos incluyen conjuros orales, ritos manuales y dosificaciones específicas de sustancias. El médico que elige el empleo de un conjuro debe dirigirse directamente al órgano dañado («Oh, ojos doloridos») o, si elige la aproximación manual, ha de hacer, por ejemplo, de 4 a 7 nudos en la túnica o aplicar saliva o masajes a la parte afectada. Puede optar por aplicar ungüentos o cataplasmas, o elegir el más costoso método de recurrir a drogas capaces o no de provocar un encantamiento. Si el caso parece incurable, el sanador debe limitar su intervención al ritual y no tratar al paciente hasta más adelante, cuando ya lo considere posible. Había mucho donde escoger utilizando métodos racionales o mágicos, más o menos eficaces.

En un papiro más reciente estudiado por Edwin Smith (citado por Kaplan; Freedman y Kaplan, 1982) aparece un abordaje distinto, sobre todo en el manual para el tratamiento de heridas. En los traumatismos es perceptible la relación causa-efecto, y cuando la causa se entiende de un modo racional, es lógico que el tratamiento tienda a serlo también. Por tanto, no es sorprendente que en los 48 casos de heridas descritos en este papiro se sugieran tratamientos más racionales. La cirugía física se desarrolló a partir de observaciones anatómicas, la magia pura cedió el paso a tratamientos de afecciones que antes se consideraban incurables y en el ámbito de la medicina externa o interna se desarrollaron varios métodos tanto para sanar la mente como el cuerpo.

II-C. Civilizaciones Babilonia y Asiria.

Los textos médicos del conglomerado de civilizaciones sumérico-babilónico-asirias (2.500 - 500 a. de J.C.) se caracterizan por la utilización de tratamientos incluyendo también la magia y la razón en forma de ritos orales y manuales y la prescripción de drogas de efectividad variable. Los sofisticados médicos naturistas de estas civilizaciones, que también formaban parte de un sacerdocio hereditario, podían consultar textos sobre cientos de drogas de origen vegetal o mineral. Los cirujanos eran ya lo suficientemente expertos para que las mismas leyes de Hammurabi les advirtieran que los pacientes que muriesen por obra de sus cuchillos de bronce serían vengados con la amputación de la mano del terapeuta. Sus exorcismos incluyen los nombres de 6.000 demonios, en las respectivas lenguas, provocadores de 6.000 molestias diferentes: Idpa ataca a la garganta; Utuq, al cuello, y así sucesivamente. Idpa, Utuq y sus cohortes son invocados nominalmente y se les exige que abandonen el cuerpo, después de lo cual el médico podrá intentar la reparación del daño. Al igual que los médicos prehistóricos, cuando los exorcistas se alejaban de sus pacientes ya liberados del demonio, dejaban a cada uno un amuleto que debían aplicar sobre la parte del cuerpo en que se había alojado el súcubo. Constituye un interesante antecedente del «Buen objeto» psicoanalítico, que a la larga se puede introyectar.

La fuente última de la enfermedad podía encontrarse entre los dioses que enviaban el dolor como castigo por un sacrilegio, el finado olvidado o enojado, la parte de un fantasma escapada de un cuerpo no enterrado, un mal aire, una brujería encargada por una persona malévola o bien el propio paciente si había cometido un pecado o falta moral. Se consideraba a los enfermos como personas desgraciadas y se les instaba a que atendieran a sus almas para examinar sus pecados hasta que los encantamientos del sacerdote les librasen del sufrimiento. La enfermedad podía pues tener su causa en el paciente, en vez de proceder del exterior. El enfermo en ese caso era considerado un pecador, precisando orar, hacer sacrificios y acudir a un exorcista.

II-D. Pueblo judío

Para los hebreos, el enfermar se interpretaba, habitualmente, como el castigo sufrido por el pecado de desobedecer a Dios o sus leyes. «Mato y doy la vida; hiero y puedo sanar», advertía Yahvé (Deuteronomio, 32:39), (Freedman y Kaplan, op cit.) burlándose de paso de los curanderos disfrazados de doctores. Al pecado colectivo correspondía el castigo colectivo (peste o plaga). El desobedecer la ley de Dios tenía como resultado directo el disminuir el grado de salud e higiene de la comunidad, ya que el descanso del sabbat, el abstenerse de comer cerdo (animal vector de enfermedades), el aislamiento de los infectados (particularmente los leprosos) y el enterrar los excrementos eran algunas de las leyes promulgadas por un sacerdocio que podríamos interpretar que constituiría un cuerpo de funcionarios de sanidad que intentaban controlar y atajar las enfermedades parasitarias y epidémicas.

«Si prestas oído a estos mandamientos y guardas todas las normas, te librarás de las enfermedades que padecen los egipcios, porque yo soy el Dios que te curará» (Exodo, 15:26), (Freedman y Kaplan, op. cit.).

Con algunas reminiscencias de las creencias egipcias y asirias en los demonios, los judíos sacaban partido de su respeto a la importancia del contagio.

También Jesucristo concibió el cuerpo y el espíritu como un todo. Cualesquiera que hayan podido ser sus dotes curativas, no solo parece haber considerado la enfermedad como un castigo por la desobediencia a la ley, sino, también, como la expresión de un desequilibrio del paciente, corregible por un acto psíquico de fe. Al localizar en la mayoría de los casos el origen de la enfermedad en el paciente, Jesús no difería fundamentalmente de la civilización griega que le precedió y le rodeaba ni de los cristianos romanos que le sucedieron.

II-E. Grecia y Roma antiguas

Los Griegos consideraban a sus deidades las causantes de la enfermedad y eran ellas las que sanaban, el espíritu y el cuerpo constituyendo una unidad interrelacionada. En los numerosos templos dedicados a Esculapio, el paciente permanecía varios días sometido a un régimen de baños, dieta y paseos, participando en las ceremonias mediante la oración, el sacrificio de un animal y el examen de sus despojos, durmiendo en su piel o en la de un sustituto; ese era el sueño de la incubación, que tenía lugar en el recinto sagrado. Durante él, el sacerdote hablaba al paciente y formulaba sugerencias. Si era precisa una intervención quirúrgica, se practicaba tras la administración de drogas por el oficiante vestido con los ropajes de un dios; podía no celebrarse entrevista, y la llegada del dios sólo tenía lugar en el sueño. Al aislarse durante su estancia en el templo, el paciente se ponía en contacto con sus emociones (introyección) y su espíritu se reequilibraba hasta sanar. Al amanecer, se procedía a la interpretación de los sueños, destacando aquellos elementos que podían ser utilizados como motivación. Igual que en otros pueblos antiguos, los médicos-sacerdotes, denominados esculapios, creían en una relación entre una fuerza vital (el alma) y su morada (el cuerpo) e intentaban curar la enfermedad activando esta fuerza.

Hipócrates. Hijo de médico, Hipócrates (460-370 a. de J.C.) estudió medicina en Cos. Probablemente sólo escribió 6 de los 60 libros a él atribuidos, uno de los cuales empieza con la frecuentemente mal citada frase: «La vida es breve, pero el arte (de la medicina) es largo (de aprender)». El aprendizaje del arte de sanar suponía dedicar toda la vida a la observación, el establecimiento de hipótesis y al estudio de la tradición. Esas eran las bases de la medicina hipocrática griega. Formuló una clasificación de los temperamentos conjugándola con los elementos y describiendo un sistema de enfermedades que muchos seguimos considerando en la actualidad como una enunciación simplificada del funcionamiento del sistema endocrino.

La enfermedad se originaba en el interior del cuerpo y no era debida a la intervención de espíritus, sino a un desequilibrio de los líquidos corporales. Este desequilibrio podía estar influenciado e incluso causado por una falta de armonía en el entorno del paciente. Hipócrates enseñó a los médicos a tener en cuenta la altitud, la dirección del viento, la pureza del agua y la estación del año antes de establecer un diagnóstico. Señaló que los habitantes de las ciudades podían presentar temperamentos flemáticos o sanguíneos como reflejo del clima frío o caluroso de la población. El desequilibrio físico también podía deberse a trastornos emocionales. Indicó que el miedo produce sudor y que la vergüenza acelera los latidos del corazón. Instó a los médicos jóvenes a que viesan a los pacientes con actitud amistosa y nunca con impaciencia, puesto que la frialdad y la tensión dificultan la recuperación de la salud. Se dice que curó a un rey de una lesión intestinal analizando uno de sus sueños. Fue él quien escribió la conocida sentencia: «Para curar al cuerpo humano hay que tener conocimiento de todas las cosas».

La medicina hipocrática tiene como objeto al hombre enfermo en su totalidad, considerando siempre su temperamento y su historia personal. Concibe la enfermedad como una reacción global del individuo a una perturbación interna o externa, implicando a la vez su cuerpo y su espíritu. La intervención terapéutica debe restablecer la armonía alterada del hombre con su entorno y consigo mismo. Se trata de una concepción resueltamente sintética y dinámica que prefigura la aproximación psicosomática moderna.

Galeno. El médico griego Galeno (130-200 d. de J.C.) vivió en Roma, donde asistió al emperador Marco

Aurelio. Consideró a Hipócrates como un precursor, del que aprendió y cuyas técnicas intentó reconciliar con las de los idealistas platónicos y los materialistas atomistas. En su compilación, Galeno reunió una suma ecléctica de la medicina griega que había de convertirse en el fundamento de la medicina europea durante los siguientes mil años.

Galeno indicó que había empezado a tratar un caso de depresión teniendo presentes dos posibilidades causales: la causa física del desequilibrio de bilis negra y la causa psíquica de un deseo desordenado. El pulso errático de una de sus pacientes al mencionar al bailarín Pílates le hizo optar por la segunda alternativa. En ocasiones recetaba hierbas (como la teriaca, que contiene opio) para aliviar las quejas emocionales y físicas. Su concepción de la medicina se basaba en la noción de enfermedad a la que concedía una existencia autónoma y a la que consideraba autenticada por la presencia de una lesión anatomoclínica. La intervención médica consistirá en localizar el mal en el cuerpo y, si es posible, extirparlo. Se trata pues de una concepción positivista y mecanicista que triunfará con Pasteur, buscando una etiología específica generada por un agente patógeno determinado.

Estas concepciones fueron esencialmente ignoradas durante la Edad Media cuando se enfatizaron los agentes irracionales en la etiología de las enfermedades retrocediendo a las creencias existentes antes de la época griega.

II-F. Edad Media

Las tribus europeas que tomaron Roma disponían de una pobre tradición de observaciones médicas. Aunque los trabajos de muchos autores griegos y latinos habían sido transmitidos a través de la Iglesia Católica, la observación cada vez más objetiva de la civilización mediterránea se vio desbordada por la vuelta a la creencia en poderes espirituales, demonios, brujas y el pecado, elementos característicos de la época de las tinieblas. Durante el período comprendido entre los años 500 y 1.500, se acusaba a estos agentes de producir la enfermedad, con lo que la curación pasó a ser de nuevo una cuestión religiosa. El mal estaba dentro y fuera; las personas enfermas debían consultar a un sacerdote o confiarse a las reliquias de un santo, y prometer redimir su pecado, su falta de fe o sus malos impulsos a cambio de recuperar la salud. Decayó así la identidad del médico. La magia volvió bajo formas tales como los amuletos colocados sobre el ojo de la imagen de un santo o de un talismán en forma de ojo ofrecido a un paciente con afección oftalmológica. El culto al Sagrado Corazón fué introducido en la religión católica por una enferma cardíaca, Margarita María de Alacoque (Litvinoff, 1982).

Tan sólo los médicos árabes siguieron considerando la influencia de las emociones sobre el cuerpo. Avicena proponía un método para identificar a la persona amada: mencionaba nombres mientras tomaba el pulso de su paciente. (Del Valle y Aldabalde, 1923, citados por Tuset, 1989).

II-G. Del Renacimiento a los siglos XIX y XX.

Tras mil años de dominación religiosa, resurgió el interés por las causas y remedios racionales de las enfermedades. Durante el Renacimiento (1500-1700) se relanzó el estudio de las ciencias y la materia se situó en un lugar de estudio preeminente con respecto al espíritu. Ese dominio quedó reflejado en el desarrollo del estudio del cuerpo humano, concentrando las investigaciones sobre las estructuras corporales y ocupándose apenas de las emociones.

En esta época, el renovado interés por las matemáticas, la química y la física favoreció el conocimiento objetivo, y se aplicaron nuevas aportaciones de estos ámbitos a la medicina particularmente en los campos de la bioquímica y la bacteriología. Morgagni (1682-1771) estudió el tejido obtenido en autopsias y demostró que un órgano trastornado podía producir la enfermedad y la muerte. Correlacionó los síntomas de enfermedad con alteraciones de los órganos y planteó así que un desequilibrio de los líquidos corporales no podía ser la única causa de la enfermedad. Se multiplicaron los conocimientos relativos al soma, mientras que la psique fue desterrada del estudio científico pasando a manos de filósofos y teólogos e ignorando las emociones. La influencia psíquica sobre el soma fué considerada como no científica primando el tratamiento de la enfermedad sobre el del paciente. En el siglo XIX, el cisma mente-cuerpo llegó a su punto álgido con la obra de Virchow y Pasteur.

La célula. El soma pasó a ser la célula; la célula sana pasó a ser la fuente de la salud corporal, y la enferma, el origen de la enfermedad. Rudolf Virchow (1821-1902) evidenció mediante sus trabajos de laboratorio, que «la enfermedad tenía su origen en la enfermedad celular». Demostró que en la célula enferma tenía lugar un cambio patológico y que podía apreciarse un trastorno fisiológico en las células componentes del tejido de un órgano enfermo.

También Pasteur (1822-1895) estudió la célula aislada en su laboratorio, lugar al que consideraba el templo del futuro. En este contexto no se formularon conclusiones adecuadas a partir del número cada vez mayor de observaciones sobre la relación entre psique y soma por investigadores virtualmente ignorados como Heinroth. Sólo con Freud y el advenimiento del siglo XX se reintrodujo el holismo mente- cuerpo.

II-H. Los precursores: Freud y Groddeck

FREUD

Aunque Heinroth, internista y psiquiatra, utilizó por primera vez en 1818 los términos «Psicosomático» y «Somato- psíquico» (con guión de unión), fue Freud (1856-1939) quien reunificó la psique y el soma, utilizando el recuerdo como laboratorio de la psique y demostrando la importancia de las emociones en la génesis de trastornos somáticos y psíquicos. Sus formulaciones psicoanalíticas iniciales detallaron el papel del determinismo psíquico en las reacciones somáticas de conversión. Su contribución holística iba más allá de la reintroducción de las interrelaciones psicosomáticas, ocupándose también de la relación médico-paciente. Con la transferencia y la contratransferencia, Freud desplazó estas relaciones del campo de la religión y de la fe para analizarlas en función de unos mecanismos intelectualmente comprensibles. Recogiendo ideas abandonadas de griegos y romanos, volvió a dignificar el estudio de las emociones y subrayó sus relaciones con el soma, abriendo un nuevo campo dentro de la psiquiatría.

Encontramos en su obra varias interrogaciones fundamentales a partir del psicoanálisis de las neurosis. Son, de alguna manera, intuiciones que podemos considerar como los preliminares de la psicopatología moderna. Emergen en la discusión de ciertos conceptos: neurosis actual, función de paraexcitación, traumatismo, angustia, complacencia somática e instinto de muerte.

La noción de neurosis actual aparece para distinguir ciertas entidades clínicas de las psiconeurosis (histeria, obsesión, fobia, neurosis narcisista y ciertas psicosis). Corresponderían a la hipocondría, la psicoastenia, las neurosis traumáticas y la neurosis de angustia. Lo que les caracteriza por comparación con las neurosis de transferencia es la inmediatez de los síntomas psíquicos en relación con su origen externo. Ocurriría en las neurosis actuales como si la etapa del conflicto intrapsíquico fuera cortocircuitada. El peso de la realidad sería mayor que en el caso de las neurosis de transferencia, siendo inutilizables la fantasía y la elaboración mental. Veremos que en psicopatología la realidad ocupa un lugar mucho más importante que en las neurosis mentales como si faltara, casi siempre, entre ella y el sujeto, el espesor protector del funcionamiento mental.

Sobre la angustia sabemos que Freud propuso varias teorías y que como es frecuente en su obra, la última no reemplaza enteramente a las precedentes. Ello permite interpretar diferentemente sus observaciones clínicas e incluso avanzar diagnósticos diferentes, lo que explica que encontremos entre los autores contemporáneos preferencias en sus referencias a una teoría más que a otra en función de sus necesidades de demostración. En lo que respecta a la angustia, Freud distinguió entre la angustia señal, la angustia automática, la angustia ante un peligro real y la angustia de castración.

La angustia ante un peligro real es suscitada por una situación exterior que amenaza efectivamente al sujeto y responde pues a una cierta concreción.

La angustia automática hace referencia a un torrente de excitaciones que el sujeto no consigue dominar, es decir transformar a través del proceso secundario. Este tipo de angustia tiene importancia en psicopatología ya que es la consecuencia de la persistencia o de la reactivación de un estado de sufrimiento biológico efectivo, vivido durante los primeros meses de vida. Veremos, en efecto, que la teoría psicopatológica nos conduce a menudo a ese período precoz de inmadurez biológica de las regulaciones fisiológicas.

La angustia señal, al contrario, se caracteriza por su valor utilitario para el yo. Es un residuo de la angustia automática y sirve de advertencia o aviso destinada a poner en guardia las potencialidades mentales frente a las excitaciones endógenas o exógenas. Este tipo de angustia presupone la existencia de un yo ya estructurado, que puede poner al sujeto al abrigo del traumatismo.

Finalmente la angustia de castración corresponde al conflicto intrapsíquico neurótico que actúa muy alejado de la realidad concreta. Más adelante veremos que la teoría de la angustia de castración es insuficiente para dar cuenta de lo que es posible observar en la clínica de las enfermedades somáticas.

La noción de la función de paraexcitación aparece muy pronto en la obra de Freud siendo desarrollada ulteriormente. El déficit de esta función de paraexcitación se acompañaría de una resurgencia de la angustia automática. Correlativamente se planteará la cuestión del traumatismo psíquico cuyo papel considerado inicialmente fundamental en la etiología de las neurosis fue muy rápidamente abandonado por el psicoanálisis prefiriendo la noción de predisposición estructural. Estamos a menudo confrontados en clínica psicopatológica a enfermos en estado de neurosis traumática, es decir con una fragilidad extrema frente a acontecimientos externos e internos y ocurre con ellos como si cualquier excitación fuera capaz de desbordar los débiles mecanismos de defensa mentales, a semejanza del lactante que depende, para protegerse del mundo externo, de la función de paraexcitación materna, en este caso del funcionamiento mental de su madre o del yo auxiliar tal como ha sido descrito por Spitz.

Más problemática es la noción de complacencia somática introducida por Freud a propósito del caso Dora. A menudo discutida está todavía en el centro del debate sobre la medicina psicopatológica. Las anginas, la laringitis, la afonía del histérico son sin lugar a dudas somáticas. Pero lo curioso es que soportan particularmente

bien el darles una interpretación, un simbolismo. Subrayaremos que es un concepto fundamental en la comprensión del sentido del síntoma somático y en la cuestión de la elección del síntoma.

Aunque todas estas nociones han sido forjadas por Freud, no fueron perfectamente articuladas por él de tal manera que no se le puede atribuir una concepción psicósomática estrictamente hablando.

GRODDECK

Lo contrario ocurre con este autor que reivindicaba la paternidad de una nueva concepción de la enfermedad somática. No podemos comprender ni criticar la obra de Groddeck como podremos hacerlo con otros autores. Su técnica y su aproximación a la enfermedad están profundamente intrincadas con su personalidad. Este autor no elaboró una auténtica teoría científica, pero no obstante debemos admitir que a través de sus escritos se individualizan intuiciones fundamentales que con precaución intentaremos abordar.

Su praxis se dirige en principio a enfermos somáticos. Ante todo es la de un médico entusiasta, persuasivo y caluroso y ello no es superfluo ya que las características excepcionales de este personaje tendrán importantes implicaciones técnicas.

Otro punto destacable es la audacia de las interpretaciones que transmite a sus enfermos somáticos: el meteorismo abdominal de un hombre correspondería al deseo de tener un hijo. También autointerpretará su propio bocio tiroideo del que sufrió durante varios años y que desapareció espontáneamente, afirma, cuando comprendió sus deseos inconscientes de embarazo.

La tercera característica de su praxis es la forma de transmitir sus interpretaciones a los pacientes. Les comunica íntegramente sus intuiciones interpretativas sin moderación y sin miramientos.

En cuarto lugar debemos subrayar que sus intervenciones se acompañan de explicaciones circunstanciales de sus concepciones psicoanalíticas en las que no duda, como argumento, en comunicar importantes fragmentos de su propia vida al enfermo. La persuasión, su entusiasmo desempeñan un papel fundamental en la forma como el enfermo puede recibir y eventualmente aceptar esas afirmaciones.

Su aportación teórica reside en su concepto del Ello. El Ello de Groddeck es una especie de fondo común, a la vez biológico y psicológico, una especie de fuerza, de fuente, de cimiento de la vida humana. Su Ello está dotado de una potencia considerable; es astuto, exigente, malicioso. Se concibe siempre como positivo y simpático y no como peligroso o fuente de temor. El Ello de Groddeck es un continuum psíquico y somático que desafía cualquier descripción o limitación, lo que hace concebir la enfermedad somática como vehículo de una voluntad psíquica. La falta de distinción entre psíquico y somático no será retomada por ningún otro autor (ya que es difícil de utilizar técnicamente por quienes no tienen las cualidades excepcionales de Groddeck) y, a pesar de la simpatía de Freud, es difícil de articular con la teoría psicoanalítica. El Ello de Groddeck no es el Ello de Freud. El Ello de Freud es mucho más triste que el Ello de Groddeck. No obstante, las teorías contemporáneas en psicósomática preconizan precisamente una técnica que no está demasiado alejada de la de Groddeck. Los enfermos somáticos sufren porque encuentran enormes dificultades para expresar mentalmente sus vivencias. Las interpretaciones, las explicaciones, la persuasión, la convicción del terapeuta son en muchos casos esenciales para ayudar al enfermo a dar forma a esa ansiedad caótica. Ansiosos pero a menudo también deprimidos. Esta depresión es muy particular y se diferencia netamente de las depresiones de duelo, de la melancolía o de las depresiones neuróticas. Los enfermos aparecen hipotónicos, indiferentes e inconscientes a los peligros reales que les amenazan y no pueden salir del mundo desvitalizado en el que viven más que a condición de ser vigorosamente estimulados y queridos. El interés que se les dedica, el calor que se les prodiga, incluso el «nursing» al que se entregan pasivamente (y no regresivamente como harán los psicóticos y los neuróticos) tendrán valor de «transfusión narcisista». Es lo que Groddeck hacía con su talento excepcional.

A partir de las ideas de Freud, algunos autores de las primeras décadas del siglo XX intentaron desarrollar la comprensión de las interrelaciones entre la psique y el soma.

Aparecieron dos tendencias: una sugería que las emociones, conflictos y constelaciones de personalidad específicas determinaban lesiones celulares e hístias específicas; la segunda suponía que la angustia generalizada creaba las condiciones previas para que se implantasen una serie de enfermedades, no necesariamente predeterminadas.

II-I. Hipótesis de la especificidad: la escuela psicósomática americana

La palabra psicósomático aparece en los trabajos de la psiquiatría americana en los años 30. La elaboración de una teoría psicósomática se asocia a los nombres de F. Alexander, W.S. Meininger, S. A. Portis, T. Benedek, H. T. Carmichael, F. Deutsch, F. Dunbar, G. E. Daniels, J.M. French, C. Alberto Seguin. Podemos esquemáticamente distinguir dos corrientes de pensamiento que se individualizan tras los dos cabezas de lista que son Alexander y Dunbar.

Franz Alexander, con su escuela de Chicago, elaboró un sistema coherente sobre la especificidad de las enfermedades psicósomáticas, estableciendo un paralelo entre conflictos específicos, en el sentido

psicoanalítico del término, y ciertas modificaciones fisiológicas. Estas hipótesis fueron muy influenciadas por los conceptos fisiológicos de la época (la obra principal de Alexander apareció en 1952), por lo que su concepto de especificidad según un modelo causal lineal parece hoy en día demasiado limitado. Sin embargo, las descripciones psicológicas están lejos de ser consideradas como erróneas y merecen replantearse a la luz de una concepción más amplia, por ejemplo como componentes de un «sistema», en el sentido de la teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1979).

Alexander consideraba que la musculatura de inervación voluntaria podía ser asiento de síntomas de conversión de tipo histérico y, como demostró Freud, estos síntomas resolvían de forma patológica un conflicto interior. Por contra, las repercusiones sobre el sistema visceral neurovegetativo serían los concomitantes fisiológicos de ciertas emociones crónicas y no tendrían el valor de los síntomas de conversión (resolver los conflictos). Las enfermedades psicósomáticas originarían inervaciones erróneas crónicas en el sistema neurovegetativo que, según las teorías fisiológicas de Alexander, prepara a la lucha o a la fuga en situaciones conflictivas difíciles (ergotropía de W. R. Hess, citado por Savary, 1976). Así, en actitudes crónicas de rivalidad, agresividad y hostilidad, se excitaría también crónicamente el sistema simpático y adrenérgico; por ejemplo, el sujeto que sufre hipertensión esencial sería un hombre bien controlado a nivel de la musculatura voluntaria, en tanto que a nivel neurovegetativo visceral estaría constantemente bajo la presión de emociones reprimidas como la agresividad y la rabia generadas por la competición. Por el contrario, el ulceroso se obliga a ser activo y no se permite expresar sus necesidades de dependencia, sea porque no puede aceptarlas interiormente, sea porque su petición se ve rechazada por el entorno. Según Alexander, si las dos tendencias de base (a la lucha o a la retirada) son bloqueadas, se desencadenará un trastorno neurovegetativo interno que correrá el riesgo de volverse crónico.

La búsqueda de un conflicto nodal dinámico se justifica por la perspectiva de un tratamiento psicoterapéutico breve consistente en circunscribir una zona nodal conflictiva e intentar resolverla. Así, las investigaciones de Alexander y de su escuela tienen al mismo tiempo una finalidad científica (intentar definir a nivel psicológico rasgos específicos en la etiopatogenia de las enfermedades) y práctica (identificar el conflicto psicológico sobre el que debe actuar el terapeuta).

Sin embargo, la noción de especificidad ha sido estadísticamente difícil de sostener a pesar de contar con la simpatía de numerosos psicoanalistas.

Angel Garma, siguiendo concepciones kleinianas, estudiará las cefaleas y las úlceras gástricas. Según él la úlcera sería la expresión de una «mala madre» internalizada a nivel del estómago. De hecho la teoría kleiniana se presta admirablemente a la interpretación de cualquier lesión somática por la utilización sistemática de conceptos como introyección-proyección y bueno o mal objeto. Representaciones mentales inconscientes pueden inscribirse en la carne del sujeto. Hay que ser precavidos, no obstante, ante la generalización como teorías patogénicas de situaciones reales, pero limitadas, en curas psicoanalíticas donde se ha podido interpretar adecuadamente el simbolismo de determinada sintomatología. Se puede favorecer en algunas casos una «desomatización» de los afectos análoga al proceso fisiológico que en el transcurso del desarrollo infantil libera progresivamente al funcionamiento psicológico de sus lazos corporales (tema por otra parte objeto de modernas investigaciones en psicósomática infantil, Kreisler, 1974) por oposición a una «resomatización», regresión del pensamiento a modos de funcionamiento más arcaicos (Schur, 1955).

Estas investigaciones han quedado limitadas a nivel de la clínica psicopatológica, lo mismo que las de la especificidad de las neurosis. Estudios de casos han demostrado que los diagnósticos nosográficos aportan sólo una orientación aproximativa y de validez superficial, mientras que una investigación más profunda de estos mismos casos (por ejemplo, en la cura psicoanalítica) nos enseñaría que la mayoría de ellos presentan rasgos más o menos importantes de todas las estructuras psicopatológicas de las neurosis.

Para Alexander existen «grosso modo» dos tipos de enfermedades psicósomáticas: una es la expresión de tendencias hostiles agresivas bloqueadas (lucha y fuga) que no se traducen en el comportamiento manifiesto mientras que la otra es la expresión de tendencias inhibidas a la dependencia y a la búsqueda de apoyo. Las respuestas viscerales crónicas tendrán como resultado trastornos de las funciones viscerales que constituirán las enfermedades psicósomáticas.

En el estudio del asma bronquial, de la artritis reumatoide, de la colitis ulcerosa, de la hipertensión esencial, de la neurodermitis, de la tirotoxicosis y de la úlcera gástrica y duodenal, Alexander no solamente ha aclarado un conflicto específico, sino también una situación vital que reactiva los viejos conflictos y un factor que ha designado como «factor X», y que estaría constituido por una vulnerabilidad constitucional del tejido, del órgano o del sistema específico. La enfermedad sólo se manifiesta cuando estos tres factores actúan a la vez. El esfuerzo científico de Alexander y de sus colaboradores se ha centrado sobre el problema de la especificidad de estos conflictos, tema tratado de nuevo por Alexander, French y Pollock entre 1951 y 1965 (publicado en 1968).

En resumen, desde el punto de vista de Alexander y French, la hipótesis de la especificidad puede concretarse de la forma siguiente:

1.- Una teoría única no puede resumir todos los trastornos psicósomáticos ya que algunos son de naturaleza histérica, mientras que otros parecen concomitantes vegetativos de una tensión emocional crónica.

2.- No obstante, la mayoría de los síndromes que forman parte del grupo que llamamos enfermedades psicósomáticas o neurosis vegetativas parecen asociarse bastante a menudo a ciertos tipos caracterológicos o constelaciones emocionales.

3.- En todos los casos se debe tener en cuenta un factor constitucional.

4.- Las constelaciones emocionales mencionadas más arriba desempeñan un papel etiológico junto con otros factores complejos.

La hipótesis general del trabajo se establece así: un paciente con un órgano o con un sistema somático específico vulnerable y una constelación psicodinámica característica, presentará la enfermedad correspondiente si se encuentra frente a una situación que movilice sus conflictos primitivos y altere las defensas que ha elaborado contra ellos. Si no se produce esta circunstancia externa, es posible que a pesar de sus características emocionales y de la vulnerabilidad del órgano, la enfermedad no se desarrolle. Puesto que ciertos datos psicológicos específicos son característicos de ciertas enfermedades, tendría que ser posible diagnosticar la enfermedad en cuestión a partir de esos datos psicológicos.

Las teorías de Alexander, incluido su modelo psicológico parecen estar hoy superadas. Su énfasis sobre la especificidad debe ser matizado: no se puede considerar (en el sentido de «lenguaje de órganos») más que para un periodo limitado y no fijado indefinidamente. Sin embargo, se puede defender aún hoy la especificidad de ciertos rasgos predominantes de los conflictos intrapsíquicos y del tipo de relación interpersonal (relación de objeto en el sentido psicoanalítico del término). Los hechos clínicos confirman la existencia de ciertos rasgos de personalidad y de un estilo de relación particular en los ulcerosos y en los asmáticos, por ejemplo, pero la psicopatología del asmático puede presentarse en personas que no sufran asma. Viceversa, ciertas características somáticas (hipersensibilidad a la histamina o a los parasimpaticomiméticos) se encuentran igualmente en los no asmáticos. Parece, pues, que existe una constelación psicológica particular en ciertas enfermedades psicósomáticas, pero que estas enfermedades son polietiológicas o que, para mantenerse dentro de un modelo científico coherente, deban abordarse a través de una teoría sistémica que subraye la existencia de varios factores: por ejemplo en la crisis asmática, factores hereditarios, alérgicos e infecciosos, u otros factores somáticos; pero también de una constelación psicológica más o menos específica. Es verdad, también, que las mismas personas pueden presentar diversas enfermedades psicósomáticas sucesivas a lo largo de su vida, como si existiera una predisposición psicósomática.

A Flanders Dunbar (1943, 1947) debemos los principales trabajos sobre los perfiles de personalidad. Propone un proceso de somatización muy próximo al de Alexander. La diferencia esencial consiste en la apreciación del «primum movens» de la somatosis. Para Alexander era la descarga imposible de la energía por vías motoras y mentales; para Dunbar es la personalidad premórbida la que condiciona a la vez la aparición de una somatosis y su punto de impacto en el organismo. No es tanto la naturaleza de la emoción la que determina la localización de la enfermedad (Alexander) sino la calidad de esa personalidad (Dunbar). Así Dunbar describirá una personalidad diabética, una personalidad hipertensa, una personalidad coronaria, una personalidad reumática etc. Pero el punto más interesante, aunque menos conocido, de Dunbar es su referencia teórica al funcionamiento mental. Sin sistematizarlo insistirá mucho en la situación de las vivencias emocionales en relación al sistema inconsciente-consciente. Según ella es la exclusión del conflicto fuera de la conciencia la que creará una especie de cortocircuito por mecanismos subcorticales. Intuye pues las bases de la psicósomática contemporánea que considera el proceso de somatización originado por un déficit en el funcionamiento mental.

Un último punto opone las dos concepciones de Alexander y de Dunbar. Para el primero el papel que desempeña la energía que no puede ser descargada autoriza una concepción psicógena de las enfermedades somáticas. Para Dunbar la enfermedad puede también ser de origen exógeno; es la estructura de la personalidad la que fragiliza una parte determinada del organismo a las agresiones externas y prepara el terreno a la somatización.

II-J. Teorías de la escuela psicósomática de París

Un grupo de psicoanalistas parisinos (David, Fain, Marty y M'Uzan), tienen el mérito de haber elaborado una teoría unitaria de la organización psicósomática. La reflexión teórica de estos autores se ve estimulada en su inicio por una constatación deducida de su experiencia clínica: Un cierto tipo de sus pacientes, afectos de enfermedades somáticas, mantienen ante el terapeuta una actitud muy particular con respecto a su enfermedad durante la entrevista clínica. Describen exclusivamente sus síntomas y eventualmente ciertos datos biográficos o profesionales, de una manera muy impersonal con referencias casi únicamente temporoespaciales. Todo lo que concierne a la materialidad de los hechos, a los aspectos concretos de la vida se ve privilegiado en detrimento de cualquier connotación afectiva.

El discurso de estos pacientes se desarrolla según un orden racional eliminando cuidadosamente todo lo

que pueda alterar su lógica secuencial. Una vez expuesta su situación dejan de hablar. Las sollicitaciones de que continuen, las eventuales preguntas del entrevistador, no consiguen modificar su actitud, sin que ninguna aportación subjetiva altere el sentido. Este comportamiento contrasta con el de los neuróticos en situaciones similares de entrevista, que tienen tendencia a asociar libremente recuerdos, emociones, deseos, temores, a partir de fragmentos de su discurso o del examinador, dirigiéndose frecuentemente a éste, mostrándose interesados por el efecto que producen en él, pidiéndole su opinión sobre los síntomas descritos lo que les hace ser percibidos como molestos por sus digresiones o por sus comentarios afectivos al ser interrogados por internistas mientras que los pacientes psicósomáticos parecen perfectamente adaptados a la situación de examen. Este sistema de comunicación con el interlocutor, fuera de toda afectividad, ha sido denominada por estos autores «**relación blanca**», caracterizada por parecer ignorar al interlocutor.

Como máximo no se le considera más que como un testigo al que su neutralidad predestina a una comprensión objetiva de los hechos y no como otra persona, con la que un intercambio libidinal podría establecerse. El silencio del observador no favorece en modo alguno la transferencia del paciente y si se prolonga, confirmando así la heterogeneidad entre entrevistador y entrevistado, puede conducir a este último a interrumpir la entrevista o a que aparezcan manifestaciones de tipo somático (por ejemplo un ataque hipertensivo durante la consulta) que traducen una perturbación del sistema de seguridad del individuo y la emergencia de afectos que no pueden ya ser controlados. Estas particularidades de la comunicación médico-enfermo y la dificultad de la instauración de una auténtica transferencia han conducido a desarrollar una técnica de entrevista denominada «anamnesis asociativa», basada en reavivar la entrevista repitiendo las últimas palabras que el paciente ha pronunciado o el último tema que ha abordado y fué ya preconizada por F. Deutch (citado por Jeammet, 1980).

Las peculiaridades del discurso han sido objeto de investigación y han conducido a la creación de la noción de «**pensamiento operatorio**». Este tipo de pensamiento sería un doble, un calco de la acción que describe sin distanciamiento subjetivo alguna. Es una forma de aprehender la realidad que favorece una acción eficaz sobre las cosas y constituirá un funcionamiento que puede ser fructuoso en aquellos campos en los que la capacidad de abstracción sea importante: tecnología, ciencias, algunas artes. Hay que subrayar que este funcionamiento es muy valorizado por la cultura occidental contemporánea imbuída del espíritu cartesiano y orientada hacia la rentabilidad.

Esta organización mental puede confundirse con el pensamiento obsesivo sobre todo si además tenemos en cuenta que una coraza neurótica obsesiva de fragilidad variable puede superponerse a una estructura de base del tipo del pensamiento operatorio. Pero aunque el obsesivo tiende también a un control de los afectos se diferencia del enfermo psicósomático en su erotización del pensamiento: el obsesivo desgrana su material verbal, se pierde en correcciones, aproximaciones, hipótesis, conjeturas; la omnipotencia de su pensamiento, el temor supersticioso de ver su deseo realizarse, subrayan la importancia del espacio imaginario en esos pacientes.

El pensamiento operatorio se complementa con una limitación de las capacidades de identificación en los pacientes psicósomáticos. Estos se muestran a menudo inaptos para imaginar las diferencias que existen entre ellos y los otros o aceptar lo que puede constituir la originalidad de su interlocutor. Esta «**reduplicación proyectiva**» les hace percibir la humanidad entera como forjada en un mismo molde y hace al paciente particularmente sensible a los estereotipos culturales y a las ideas convencionales. El tipo de sus comidas, la organización del ocio, sus actitudes ante ciertos acontecimientos y eventualmente sus conflictos cuando reconocen tenerlos son según ellos los de todo el mundo constituyendo lo que podríamos denominar una sumisión a un ideal del yo colectivo en detrimento de un superyo personalizado, justificando también la presencia de importantes sentimientos de vergüenza y de humillación en relación con vivencias de culpabilidad en situaciones de fracaso.

Esta dificultad para asumir la diferencia formaría parte de un bloqueo más amplio de las capacidades de elaboración fantasmática: estos pacientes fantasean poco, difícilmente imaginan el futuro; sus sueños se limitan frecuentemente a reproducir restos diurnos sin el trabajo de desplazamiento, condensación y simbolización propios de la figuración onírica. Consecuentemente observamos entre los más «operatorios» de entre ellos la inexistencia de síntomas específicamente neuróticos (conversiones histéricas, fobias, obsesiones).

El síntoma psicósomático, por oposición a los síntomas histéricos, no es portador de ningún sentido que se pueda descifrar gracias a un abordaje psicoanalítico. Es lo que ha hecho decir que el síntoma psicósomático era «estúpido», al no poderse atribuir ningún simbolismo.

Este último punto ha sido discutido aunque seguramente por una confusión de conceptos. Señalemos, por ejemplo, que la ausencia de sentido inicial del síntoma no quiere decir que no pueda ser investido secundariamente de algún significado en función de los conflictos inconscientes del paciente y favorecido por un cierto dinamismo de la organización fantasmática. Además la limitación o la rigidez de la vida imaginaria no implican obligatoriamente la ausencia de representaciones mentales sino más bien su carácter más o menos oculto y la dificultad a relacionarlas entre ellas, con situaciones reales y con los afectos.

Recapitulando diremos que los pacientes descritos por la Escuela de París se caracterizan por un tipo de organización mental que favorece su adaptación social y su productividad pero les convierte en más sensibles que otros a los traumatismos ya consistan en pérdidas objetales o en heridas narcisistas. Si nos situamos en la perspectiva de la economía psíquica comprenderemos mejor esta fragilidad. El déficit se sitúa en la posibilidad de que la energía libidinal desencadenada por el traumatismo circule y se metabolice a través de la conflictividad fantasmática o de los mecanismos de defensa de los que el sujeto disponga, particularmente a través de movimientos de introyección y proyección que permitan al paciente deprimirse y comprometerse en un auténtico trabajo de duelo o bien, sintiéndose amenazado por el entorno, tomar medidas de evitamiento o distanciamiento. Impulsos agresivos y sexuales no pueden encontrar una satisfacción derivada en una fantasía de venganza, de acto masoquista o en un fantasma masturbatorio. Tampoco habrá en ellos una posibilidad de exutorio de las tensiones psíquicas a través del comportamiento impulsivo, es decir, pasando al acto como respuesta inmediata a la ansiedad, cortocircuitando las posibilidades que ofrece el fantasma de diferir la satisfacción deseada. Les falta pues una capa protectora regresiva suficiente que les permita un matizado movimiento de retirada ante la adversidad o ante un sentimiento de impotencia con la finalidad de organizar diferentemente sus reservas energéticas y sus relaciones de objeto: el traumatismo psíquico puede en consecuencia someterles desde un principio a una desorganización profunda implicando reorganizaciones somáticas y solicitando mecanismos de defensa muy arcaicos de tipo biológico.

Marty ve en la amplitud de estas alteraciones somáticas la expresión de un instinto de muerte siempre presente en el individuo aunque sea a nivel potencial, en el contexto de una concepción dualista de la organización instintiva en términos de pulsión de vida y de pulsión de muerte. La primera estaría en el origen de un proceso de relación, de síntesis y de construcción; la segunda expresaría una tendencia permanente a la repetición, al desorden y a la disgregación. Esta concepción metafísica del funcionamiento psicológico tiene un gran interés práctico ya que permite describir la personalidad del individuo en términos de organizaciones defensivas más o menos elaboradas y a la enfermedad ya sea física o psíquica como expresión de una desorganización global o parcial, comportando también implicaciones de prevención y profilaxis.

La visión económica del aparato psíquico así descrita no se limita a una teoría estructural: no pretende que un determinado tipo de organización cristalice de una vez por todas fijando al individuo en sus capacidades evolutivas haciéndole una víctima de su propia estructura. Al contrario tiene el interés de integrarse en una concepción dinámica de la historia de la persona. De hecho todo individuo puede oscilar entre un abanico más o menos amplio de tipos diferentes de organización vital en función de determinismos personales innatos o adquiridos, de los avatares de su historia y de la capacidad creadora que le sea propia. La aparición de distintas formas de organización en el transcurso de ciertos periodos de la vida puede ser considerada como el índice de un movimiento evolutivo o contraevolutivo que se está realizando y tener por consecuencia un valor pronóstico.

Así veremos como la desaparición momentánea de las defensas mentales de una persona (por ejemplo sus manifestaciones neuróticas, o sus rasgos de carácter neurótico que se expresen a través de formaciones reactivas) o un empobrecimiento de su vida fantasmática pueden constituir una señal de alarma. También podemos observar el masivo desinvertimiento de actividades sublimatorias ofreciendo una satisfacción socializada a los impulsos sexuales, la aparición de un pensamiento operatorio o de un empobrecimiento en los intereses del sujeto con reducción a preocupaciones factuales pueden ser los indicios de este estado de crisis que Marty designa con el término de **«depresión esencial»** para distinguirla del trabajo de duelo y de la elaboración introyectiva que caracteriza habitualmente a los movimientos depresivos. El peligro es entonces grave de que el proceso desorganizador continúe y que aparezcan sus manifestaciones somáticas. Esta situación, sobre todo si aparece como resultado de una regresión en un individuo que hasta entonces funcionaba mucho más ágilmente representa de hecho un estado de fragilidad máxima y de vulnerabilidad acrecentada frente a las agresiones biológicas que habitualmente se mantienen a distancia gracias a la existencia eficaz de un complejo sistema de defensa.

Creemos que esta concepción de funcionamiento psíquico remodela originalmente las clasificaciones psicológicas clásicas. Si por un lado retira a las enfermedades tal como clásicamente se las imagina su tranquilizador estatuto ontológico de entidades con una vida y con una evolución propias, restituye al enfermo y mejor aún al sujeto el papel de polo organizador de su propia historia. Según las capacidades que tenga en cada momento, este sujeto reaccionará de una manera variable a todo tipo de agentes que puedan tener un papel patógeno: unas veces será insensible, otras se defenderá de una manera adaptada, y otras fracasará en la organización de sus defensas siendo sumergido por el desmoronamiento de un sistema defensivo arcaico como será el caso en las enfermedades autoinmunes.

II-K. La alexitimia

La «falta de palabras para expresar los sentimientos» típica en los pacientes psicósomáticos ha sido estudiada por Nemiah y Sifneos (1973). Sifneos la ha denominado alexitimia. Estos autores sugirieron que los

pacientes alexitímicos, que tienen una inadecuada implicación con sus objetos de amor, así como problemas para hallar palabras para describir sus sentimientos, tienden a desarrollar trastornos físicos psicosomáticos en razón de sus limitaciones verbales.

Este punto en común con las aportaciones de la escuela de París se ve complementada con una perspectiva neurofisiológica. Sifneos plantea que podría existir un sustrato neurofisiológico a las dificultades de simbolización de las vivencias afectivas incriminando una disgenesia de las conexiones neuronales entre el sistema límbico (donde se procesarían las emociones) y el neocórtex (en el que se encontraría el sustrato de las percepciones, de la capacidad de juicio y de la previsión de las acciones). Si ese fuera el caso, aún no tenemos argumentos para saber si ese déficit de conexiones estaría presente ya en el momento del nacimiento o si sería la consecuencia de un fallo en el funcionamiento de determinados circuitos neuronales en respuesta a particularidades del desarrollo de la personalidad.

II-L. Hipótesis inespecíficas: el stress

Debemos a Cannon (1929) el mérito de ser el primero, junto con sus colaboradores, en evidenciar ciertas lesiones como la úlcera, en animales expuestos a estímulos del mundo exterior. Los estudios experimentales de Selye (1956) demostraron que los estímulos emocionales crónicos, así como los de naturaleza infecciosa, tóxica o traumática, pueden ocasionar trastornos funcionales reproducibles y lesiones orgánicas tales como la hipertensión o la úlcera. A estas teorías, en particular la de Selye, no les han faltado detractores, pero han constituido un primer modelo que ha permitido, junto con la exploración de las regulaciones diencefálicas, del sistema nervioso autónomo y del sistema neuro-endocrino y de la inmunología trazar una base fisiológica y neurofisiológica para el estudio de la medicina psicosomática.

Recordemos la teoría corticovisceral de la escuela pauloviana que, gracias al método de condicionamiento clásico intentó examinar las respuestas viscerales a señales que llegan al córtex. El reflejo condicionado es una de las formas elementales de reactividad individual adquirida a partir de reflejos innatos no condicionados. Bykov y sus discípulos consiguieron crear reflejos condicionados prácticamente en todos los órganos del cuerpo (Haynal y Pasini, 1980).

En las neurosis llamadas experimentales de los animales, se provocan trastornos de la conducta, pero también trastornos neurovegetativos y lesiones somáticas (hipertonía, infarto de miocardio, úlcera). Es evidente que estos experimentos aportan un modelo de comprensión elemental para la patología del hombre, pero no puede decirse que puedan trasponerse sin más.

Las teorías del aprendizaje (learning) han demostrado que, en el campo de los trastornos psicosomáticos, también tienen un papel los reflejos llamados instrumentales («condicionamiento operante»), es decir, las reacciones reforzadas por éxitos fortuitos. El condicionamiento explicaría la coincidencia entre emoción y alergia y la noción de generalización explicaría el paso de la alergia circunscrita a una alergia polivalente.

El stress puede estar relacionado con un «esfuerzo súbito», un «exceso de trabajo» (surmenage), una «estimulación violenta» procedente del exterior y de diversa naturaleza, física (frío, calor, cambio meteorológico, etc.), traumática (accidente, estado de shock), tóxica, infecciosa o psíquica. El «síndrome de adaptación» que provocaría el stress evolucionaría, según Selye, en tres fases:

- 1) reacción aguda de alarma, (estado de shock y de contrashock);
- 2) reacción de adaptación, prolongada, llamada también fase de resistencia o de defensa (o de compensación);
- 3) fase de agotamiento (descompensación) en el curso de la cual ceden los mecanismos de adaptación.

La fase aguda depende del eje adrenérgico, la fase de adaptación del eje antehipófisis-ACTH-glucocorticoide y hormona somatotrópica-mineralocorticoide: el síndrome de adaptación depende del equilibrio entre el ACTH y los glucocorticoides por una parte, y la hormona somatotrópica (STH) y los mineralocorticoides, por otra.

Los trabajos de Selye y de los autores que han seguido sus pasos, así como los emprendidos independientemente sobre el diencefalo, el sistema inmunológico, etc., han abierto camino para la mejor comprensión de estos problemas; además han revalorizado la importancia del stress, sobre todo en la experimentación animal. En la patología humana han demostrado la influencia de diferentes estímulos, comprendidos los psicosociales, en el sistema de resistencia, por ejemplo inmunológico, e incluso en algunos casos, en la resistencia al trasplante de células neoplásicas (que actúan en la reacción inmunológica de sensibilidad de los tejidos a las histaminas y sobre los anticuerpos circulantes). Desde esta perspectiva, antiguas observaciones clínicas (por ejemplo en la tuberculosis, la influencia que tiene el equilibrio psíquico en la resistencia contra el bacilo de Koch) encuentran una explicación posible.

II-M. Situación actual

En la actualidad, el modelo capaz de englobar lo esencial de los conocimientos que poseemos sobre el campo de la psicopatología es, sin duda alguna, un modelo complejo en el que el síntoma psicopatológico se considera resultado de múltiples factores:

1/**Factores inespecíficos**, que alteran el sistema de seguridad del individuo (también denominados «heridas narcisistas») debidos a menudo a la pérdida de una persona significativa para el sujeto o de una situación que aporta seguridad;

2/**Condicionamiento a nivel de los órganos**, probablemente por mediación del sistema neuroendocrino, en un sentido tanto inespecífico como específico (sobre ello tenemos información a nivel de las regulaciones pero no sabemos nada concreto);

3/ el síntoma psicopatológico puede recibir **sobredeterminaciones** mucho más específicas,

a/ que parten probablemente de condicionamientos precoces concernientes al órgano en cuestión,

b/ que adquieren una significación más específica, sea como portador y forma de expresión de los conflictos intrapsíquicos (por ejemplo, los llamados síntomas de conversión expresan el conflicto y la prohibición), sea a través del lenguaje del cuerpo (Groddeck y los autores adheridos al análisis existencial, «daseins-analisis»), o incluso como expresiones de actitudes de base (Grace y Graham), o actitudes típicas de base (Boss, 1969).

Sea como fuere, parece que el síntoma psicopatológico procedería de un encadenamiento multifactorial con interrelaciones (feedback) múltiples. Predominará un nivel u otro según el individuo, la enfermedad y el caso. De ahí el valor de las teorías explicativas basadas en distintas entidades nosológicas. Por razones prácticas puede ser útil referirse a una u otra de las significaciones del síntoma, lo que explica que un conocimiento general de este campo ayuda al médico enfrentado a los síntomas psicopatológicos.

III- Psicopatología y patología cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los campos de la patología que ha sido más explorado desde el punto de vista psicopatológico. Este terreno, fértil en la elaboración de modelos teóricos sobre las condiciones y mecanismos de la somatización, es también un terreno propicio a la instauración de medidas preventivas incluyendo el importante papel que desempeñan los factores psicosociales.

Tres grandes grupos de trabajos han sido dedicados a la aproximación psicopatológica de la fisiología y de la patología cardiovascular:

1/ Numerosas investigaciones han estudiado las características psicológicas, comportamentales y psicodinámicas de los pacientes afectados de una enfermedad cardiovascular crónica tal como la hipertensión vascular esencial o la insuficiencia coronaria. Este grupo incluye las investigaciones sobre las respuestas al stress o las actitudes adaptativas (estrategias de «coping») de estos pacientes. Aunque las condiciones de observación no permiten una interpretación causal del proceso de somatización, algunas características observadas pueden tener un valor predictivo favorable o desfavorable en cuanto a la evolución de la enfermedad y así informarnos sobre los mecanismos de mantenimiento o agravación de la «desorganización somática».

2/ Otras investigaciones tienen por objeto el individuo en buena salud y abordan los efectos del stress sobre las variables hemodinámicas (frecuencia cardíaca, presión arterial, resistencia vascular), así como sobre la hemostasia o el metabolismo de lípidos, con experiencias animales e incluso humanas. Con metodologías apropiadas se pueden definir las condiciones experimentales, el terreno de base, los rasgos psicológicos, ligados a una reactividad cardiovascular acentuada. Tales trabajos son muy valiosos para mejor comprender los mecanismos psicofisiológicos que influyen en la somatización cardiovascular.

3/ Finalmente otras investigaciones de tipo prospectivo tienen como objeto el estudio del valor predictivo que ciertos tipos de comportamiento o ciertas características psicológicas constatadas en personas sanas pueden tener. La definición de grupos de riesgo podrá ser el punto de partida de medidas profilácticas apropiadas de las que de todas maneras habrá que verificar la eficacia.

III-A. Factores de riesgo en el infarto de miocardio.

La probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular varía enormemente en función del sexo y de la edad. Estos son dos factores indiscutibles. El Framingham Study (Kannel et al., 1976), da los datos recogidos en la siguiente tabla.

Edad	Hombres	Mujeres
35	18	5
40	41	12
45	75	25
50	115	48
55	159	80
60	193	119
65	212	160
70	229	199

Tabla 1-2. Probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular (incidencia por 1.000).

La mayor incidencia entre hombres (entre dos y cuatro veces) ha sido ampliamente verificada. El proceso arterioesclerótico parece influido posiblemente por la acción de los andrógenos e inhibido por los estrógenos, lo que explicaría la mayor incidencia en mujeres de más de 50 años (Jacobs, 1951) y la baja incidencia de enfermedades coronarias en hombres castrados (White, 1955).

Por otra parte la incidencia entre mujeres tiende a aumentar, lo que se justifica con la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral y la consecuente exposición a los factores de riesgo ligados al mismo.

Además del sexo y la edad, los factores sobre los que existe consenso entre los investigadores son, según Price (1982), los siguientes:

- . hipercolesterolemia
- . hipertensión arterial.
- . tabaquismo.
- . obesidad y diabetes.
- . falta de ejercicio.
- . historia familiar.

Estos factores, según la misma autora, sólo explican menos de la mitad de la varianza en las enfermedades cardiovasculares. Price se refiere únicamente a la población de hombres de clase media americana, objeto de numerosos estudios de los que se han sacado conclusiones no siempre extrapolables a otros grupos.

Según Williams (1981) los factores de riesgo claramente establecidos en estudios prospectivos como el Framingham Heart Study (Kannel et al., 1976) y el Western Collaborative Group Study (Rosenman et al., 1975) son tres:

- . altos niveles de colesterol, en particular el asociado con baja densidad de lipoproteínas.
- . hipertensión
- . tabaquismo

Estos factores de riesgo, coincide en señalar con Price, solamente explican el 50% de varianza de los casos de enfermedad coronaria, lo que evidenciaría la necesidad de proseguir en la búsqueda de otros factores de riesgo. En esta búsqueda parece demostrado en la actualidad el rol desempeñado por las características psicosociales del individuo. Siempre siguiendo a este autor, la mayor evidencia de relación entre factores conductuales y enfermedad coronaria es la proporcionada por el Patrón A de conducta, descrito originariamente por Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959).

Según Theorell (1979) los factores psicosociales contribuyen al desarrollo de la enfermedad coronaria de varias formas:

- 1.- Acelerando la arterioesclerosis por dos vías:
 - a) Actos voluntarios como fumar, dieta, actividad física.
 - b) Por vía neurohormonal afectando la presión sanguínea, el metabolismo de los lípidos y los mecanismos de coagulación.
- 2.- Influyendo de forma acusada en el equilibrio del sistema cardiovascular, precipitando a veces

episodios agudos.

III-A-I. Factores socioculturales en la cardiopatía isquémica

Numerosos estudios han demostrado que determinadas características socioculturales se asocian a la aparición de la cardiopatía isquémica. Un menor apoyo social y cambios bruscos en los patrones socioculturales parece ser la constante en los grupos que tienen una mayor incidencia de enfermedad.

Bruhn, Chandler, Miller, Wolf y Lynn (1966) compararon dos ciudades norteamericanas, muy próximas geográficamente, en las que los índices de cardiopatía isquémica eran sorprendentemente diferentes. Una de ellas, estaba constituida mayoritariamente por emigrantes de un pueblecito del sur de Italia, que conservaban las costumbres de su país de origen, entre ellas una dieta muy rica en grasas, pero que tenían una tasa muy baja de cardiopatía isquémica. Los habitantes de la segunda ciudad, no tenían un origen común y su tasa de cardiopatía isquémica era muy elevada. Se llegó a la conclusión de que es la pérdida de la estabilidad y seguridad de los valores tradicionales del lugar de origen lo que condiciona las diferencias.

Keys (1971, 1972) al estudiar la incidencia de cardiopatía isquémica en 7 países, halló índices más elevados en E.E.U.U. y Finlandia y más bajos en Japón, Grecia y Yugoslavia. El caso más interesante es el de Finlandia, con la mayor incidencia mundial de cardiopatía isquémica. Esta incidencia es atribuible en parte a las tasas de colesterolemia, pero el hecho de que sea mayor en el este del país, únicamente es explicable por las condiciones sociopolíticas de la zona tras la Segunda Guerra Mundial, que ha condicionado mayor movilidad social, inestabilidad de los patrones de vida, incertidumbre, etc.

Marmot y Syme (1976) estudiaron a un grupo de 3800 japoneses emigrados a E.E.U.U. que vivían en la Bahía de S. Francisco. El grupo menos americanizado presentaba una incidencia comparable a la observada en Japón (1,8 0/00 muertes por cardiopatía isquémica) y el más culturizado se aproximaba a los valores elevados observados en blancos de E.E.U.U. (8,9 0/00), diferencias no explicables por otros factores de riesgo. Las conclusiones de este trabajo son que las diferencias en hábitos dietéticos no justifican la variación de incidencia de enfermedad entre los dos países. Esta variación se explicaría por diferencias culturales, siendo la principal la de la efectividad del sistema de apoyo social. El sistema japonés estaría caracterizado por menor competitividad individual en favor de la de grupo, carácter protector y paternalista de las empresas, estructuración jerárquica bien definida, estabilidad familiar y valoración de la ancianidad. El modelo de E.E.U.U. presentaría, en cambio, movilidad social, inestabilidad, tensión, cambio, competitividad y ruptura del modelo familiar.

Estos mismos autores, al comparar la frecuencia de cardiopatía isquémica en los años cincuenta y sesenta en Hiroshima (Japón) y Framingham (E.E.U.U.), hallan diferencias muy acusadas. En una población de 30 a 59 años de hombres y mujeres, era del 6% y 3% respectivamente en Hiroshima y del 22% y 11% en Framingham.

III-A-2. Factores socioeconómicos y cardiopatía isquémica

También al estatus socioeconómico se ha relacionado con la cardiopatía isquémica, aunque los estudios señalan un cambio en los grupos de más alto riesgo. Al inicio de la industrialización eran las clases socioeconómicamente más elevadas las de mayor riesgo, mientras en los últimos tiempos se observa un aumento en los sujetos de situación socioeconómica más baja.

Christenson y Hinkle (1961) (citados por Tuset) observaron que no es tanto la clase social como el cambio de clase social lo que incide en la cardiopatía isquémica. Las personas en vías de ascenso social, tienen una incidencia del doble de cardiopatía isquémica que las que permanecen en su mismo nivel.

Según Cassell, Heyden y Bartel (1971) en 1960 el grupo de mayor riesgo en E.E.U.U. eran los hombres de clase media y alta, pero a principios de los setenta pasaron a ser los de clase baja. Marmot, Adelstein, Robinson y Rose (1978), también observan que es a principios de los sesenta cuando se produce un cambio en cuanto al grupo social más afectado por la cardiopatía isquémica: entre 1930 y 1950 era más frecuente entre hombres de clase social elevada y pasó a ser más frecuente en clases sociales medias a partir de esa fecha. Estos cambios no eran explicables por variaciones en la dieta.

Martinez Pina (1983) coincide en que, al final de los años sesenta, son las clases sociales bajas las que se constituyen en la población de riesgo, porque accedían a la tensión y al cambio, mientras la clase media estaba más estabilizada.

Maschewsky (1982) señala que las causas del infarto estarían en un déficit más o menos específico de la clase social baja. Según Jenkins y Zyzanski (1979) los estudios realizados los últimos quince años indican una estrecha relación entre bajo nivel de educación, nivel socioeconómico bajo y la enfermedad isquémica coronaria.

III-A-3. Actividad profesional y cardiopatía isquémica

Se han señalado diversas características de la actividad profesional y la forma en que la realizan estos pacientes. Quizás la más relevante sea su grado de implicación, interés y responsabilidad en el trabajo, lo que ha

llevado a algunos autores a denominarlos «laboradictos» (Van der Valk y Groen, 1967).

La sobrecarga cuantitativa, expresada en número de horas trabajadas, ha sido señalada frecuentemente. Russek (1958) observó que el 91% de pacientes trabajaban más de 60 horas a la semana o desarrollaban dos o más empleos en el momento del ataque, en comparación con solo un 20% del grupo control de sujetos sanos.

Esta sobrecarga cuantitativa no es sólo nociva por el cansancio físico que acarrea, ya que otros estudios como el de Paffenbarger y Hale (1975) (en Tuset, 1989) con estibadores, confirman que el mayor ejercicio físico es incluso un factor de prevención de la cardiopatía isquémica. Es probablemente la tensión, asociada al trabajo realizada, el principal factor.

Además de esta sobrecarga cuantitativa se ha señalado que los trabajos realizados por estos sujetos comportan a menudo una sobrecarga cualitativa: trabajan más o mejor o con mayor tensión que otros. Syme (1964) observó que sujetos que cambiaron de un medio rural a urbano, si se incorporaban a un trabajo administrativo, presentaban una incidencia mayor de cardiopatía isquémica que los que desarrollaron un trabajo manual. Russek (1960) observa diferencias notables de cardiopatía isquémica entre médicos estadounidenses de diferentes especialidades. Los más afectados por cardiopatía isquémica son los médicos generales (11,9%) seguidos por los anestesiólogos, mientras los dermatólogos se sitúan en último lugar (3,2%).

Cafferey (1970) estudió la incidencia de cardiopatía isquémica entre diferentes grupos de monjes: hermanos y padres benedictinos y monjes trapenses. Los resultados muestran diferencias significativas entre los monjes socialmente activos (padres benedictinos con un 7,3% de incidencia) y los que llevan una vida de mayor aislamiento (hermanos benedictinos 5,7% y monjes trapenses, 1,7%) a pesar de que los primeros comen exactamente lo mismo que sus compañeros de orden.

Theorell (1979) al estudiar las presiones psicosociales que se asocian a la cardiopatía isquémica en muestras suecas, concluye que son las presiones laborales y especialmente la responsabilidad excesiva las más significativas, siendo menos relevantes las familiares y financieras. En las muestras americanas, por el contrario, parecen ser más relevantes las presiones familiares que las laborales. Ello explicaría que parte de las discrepancias en este campo son debidas a diferencias culturales.

Casscells, Evans y Silva (1980) comprueban que las situaciones de paro laboral o jubilación son muy nocivas para las personas predispuestas a la cardiopatía isquémica.

Parece ser pues, que determinadas características de la profesión y puesto de trabajo predisponen a la cardiopatía isquémica. En este caso, como en el de otros factores de riesgo, cabe siempre preguntarse si la misma elección de la profesión y puesto de trabajo no está determinada por características personales que condicionan la elección y que serían los factores de riesgo primarios. Entre las características señaladas estarían:

- . «laboradicción».
 - . mayor número de horas de trabajo
 - . trabajos más estresantes
 - . responsabilidad excesiva
 - . control del tiempo
 - . monotonía
- . cambios bruscos de tipo de actividad laboral (rural-urbano, paro, jubilación).

III-A-4. «Life events» y cardiopatía isquémica

La hipótesis de una relación entre los estímulos procedentes del entorno y el fenómeno de la enfermedad se formuló ya en el inicio de nuestro siglo. Jaspers, en 1923, describe en su Tratado de Psicopatología General la noción de reacción. Esta sería la respuesta afectiva a un acontecimiento, respuesta que dependería de la homeóstasis individual. Para Jaspers, esta interrelación entre factor desencadenante y enfermedad corresponde a las que él llama relaciones psicopatológicas comprensibles, relacionadas con el desarrollo, en oposición a las relaciones de causa a efecto, ligadas a los procesos, que permiten explicar los fenómenos patológicos.

Aproximadamente en la misma época, Adolf Meyer (1934) formula claramente la hipótesis de una relación directa entre estímulos bien precisos, procedentes del entorno, y la aparición de la enfermedad. Numerosos investigadores estudiarán a continuación esta relación acontecimiento-enfermedad. A partir de los años 50, Wolff (1950) iniciará sus investigaciones sobre el stress originado por acontecimientos externos. Su trabajo se fundará sobre la hipótesis de que los acontecimientos estresantes, es decir aquellos que serán percibidos como tales por el sujeto, comportan reacciones fisiológicas de protección que, si devienen exageradas o no pertinentes, pueden provocar lesiones fisiológicas.

Wolff estudiará con Hinckle (1949, 1950), los cambios culturales y sociales y deducirá en sus trabajos que determinados cambios externos pueden provocar modificaciones en el estado de salud a condición de que estén reunidas dos circunstancias: que el acontecimiento tenga un impacto importante sobre el sujeto y

que exista una predisposición del sujeto a una enfermedad específica. Deducirá así que los efectos de un acontecimiento externo no podrán estar determinados únicamente por las particularidades de éste sino por las características fisiológicas y psicológicas del sujeto.

Siguiendo esta línea de investigación, el interés de los autores se centró primero sobre las enfermedades corporales de las que el origen podía ser psicósomático: diabetes (Hinkle y colaboradores, 1950), tuberculosis; (Holmes y colaboradores, 1957; Hawkins y colaboradores, 1957); enfermedades coronarias (Syme y colaboradores 1965; Theorell y Rahe, 1971), glaucoma (Cohen y Hajioff, 1972), eczema (Brown, 1967,1972), y posteriormente sobre las enfermedades mentales en general (Parkes, 1964; Morrison 1968; Birtchnell, 1970; Schless, 1977).

Más que interesarse por las enfermedades mentales globalmente, varios investigadores han centrado su interés en conjuntos nosográficos particulares. Particularmente han sido las esquizofrenias (Steinberg y Durell, 1968; Birley, 1970; Serban, 1975, Harder, 1980); los estados depresivos (Paykel, 1969,1981; Brown, 1974, 1977; Harder, 1980; Leff, 1970; Thomson y Hendrie, 1972; Cadoret y Winokur, 1979; Amiel-Lebigre, 1984; Perris, 1984)) y los intentos de suicidio (Paykel, 1975; Cochrane y Robertson, 1975) los que han sido más abundantemente estudiados.

A pesar de la disparidad en el uso de metodología, podemos resumir la literatura concerniente a la relación entre acontecimientos vitales y enfermedades mentales y psicósomáticas diciendo que la mayoría de los autores coinciden en encontrar una relación causal de importancia variable entre acontecimiento externo y enfermedad.

Paralelamente la metodología se precisa y evoluciona hacia una estandarización de la recogida de datos. Se diseñan listas de acontecimientos vitales que se someten a los pacientes en régimen de autoadministración o son rellenadas por un profesional en el transcurso de una entrevista. Estas listas se inspiran todas en la establecida por Holmes y Rahe (Hawkins, 1957; Holmes y Rahe, 1967). Los investigadores han introducido modificaciones en la lista original por variación de elementos socioculturales y/o de objetivos específicos de investigación (Paykel, 1971; Cochrane y Robertson, 1973; Brown y Harris, 1977; Amiel-Lebigre, 1984). Estas listas al estar presentadas de una manera homogénea a los sujetos permiten una estandarización de las entrevistas y se pueden valorar de una manera comparable los acontecimientos vividos por diferentes tipos y grupos de sujetos.

III-A-4-a. Conceptualización de los acontecimientos vitales

Esta conceptualización va a desempeñar un papel importante en la construcción y utilización de las listas de acontecimientos. Los primeros autores Holmes y Rahe (1967) así como Dohrenwend (1974), insisten en el aspecto cuantitativo del cambio que produce un acontecimiento en la vida de una persona, valorizan y cuantifican la adaptación social que implica la aparición de ese acontecimiento. Sus sucesores estudiarán más bien el aspecto cualitativo del acontecimiento como es su impacto o su repercusión afectiva sobre el sujeto en el momento de su aparición (Lundberg y Theorell, 1976). Ese impacto puede ser estudiado de diferentes maneras. Los acontecimientos serán clasificados según representen una ganancia o una pérdida para el sujeto (Dohrenwend, 1973; Paykel, 1974; Grant, 1978) o en la medida en que el acontecimiento constituye una «entrada», un «haber» (nacimiento, encuentro, promoción...) o una «salida», un «debe» (fallecimiento, separación, paro...) (Paykel, 1968; Jacobs, Prusoff y Paykel, 1974). También estudiarán el grado de control que los sujetos puedan ejercer sobre los acontecimientos externos (Dohrenwend, 1973; Cochrane y Robertson, 1975).

Tan solo Brown y Harris (1978) se han orientado hacia la evaluación de la significación de los acontecimientos para cada sujeto. La importancia simbólica del acontecimiento se valora en el transcurso de una entrevista clínica y el evaluador no utiliza ninguna clasificación para el tratamiento de sus datos.

III-A-4-b. Evaluación del impacto de los acontecimientos

Podemos considerar que existen tres tipos de evaluación del impacto de los acontecimientos.

Muy rápidamente después de la elaboración de su escala de experiencias recientes («Schedule of recent experience»), Holmes y Rahe no se contentan con notabilizar los acontecimientos sino que establecen medidas del nivel de reequilibrio que implica la aparición de esos acontecimientos. La importancia de la cantidad del cambio ligado a los acontecimientos se expresaba en unidades de cambio de vida. (LCU, LIFE CHANGE UNIT).

Seguramente para economizarse grupos testigo y para simplificar la recogida de datos (ellos trabajaban con listas autoadministradas por los pacientes), estos autores establecen una medida de cada acontecimiento pidiendo a 394 sujetos de calificar, en función de sus experiencias y de su forma de ser, el grado de reequilibrio social que exigiría cada acontecimiento mencionado si llegara a ocurrir en su vida.

Por oposición Thomson (1972) y Schless (1974) fueron los primeros en pedir a sus pacientes,

siempre en autoadministración, efectuar estimaciones personales del stress, de su repercusión afectiva, todo ello originado por los acontecimientos que habían experimentado recientemente. Esta técnica ha sido perfeccionada últimamente por Amiel-Lebigre (1984) que pide además a sus pacientes el evaluar retrospectivamente las repercusiones afectivas de los acontecimientos acaecidos recientemente (en los dos últimos años) en el transcurso de una entrevista clínica dirigida en función de una lista de acontecimientos.

La tercera aproximación de los acontecimientos vitales es el puesto a punto por Brown y Harris (1979). Estos dos investigadores son los únicos en haber buscado clara y abiertamente identificar y medir el sentido del acontecimiento en cada uno de sus pacientes. Esta operación se realiza como consecuencia de una entrevista clínica guiada por una lista de acontecimientos extraordinariamente detallada. El entrevistador decide la importancia simbólica de cada acontecimiento para el paciente que está investigando en función del contexto en el que aparece el acontecimiento, de la historia y biografía del paciente y de sus experiencias previas.

Cada uno de estos tipos de evaluación tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Confundir representación de la cantidad del cambio o del desequilibrio afectivo ligado al acontecimiento y al impacto de éste en la vida del sujeto no es excesivamente criticable, pero fabricar una lista de valores a partir de las representaciones mentales de una gran cantidad de pacientes parece un sin sentido. Los investigadores que han estudiado de preferencia las diferencias entre los pacientes más que las concordancias han demostrado que la representación mental del acontecimiento variaba considerablemente en función del nivel social, la cultura, la raza, la edad (Komaroff (1968), Paykel (1976), Askenasy (1977), Janney (1970), Dohrenwend (1978), Monroe (1982), e incluso del estado mental del paciente (Cochrane y Robertson (1972), Schless (1974).

La autoevaluación retrospectiva de la repercusión afectiva ligada a un acontecimiento, efectuada en el transcurso de una entrevista está muy influenciada por los mecanismos de defensa y por la reorganización de la vida afectiva con el trascurso del tiempo. La aparición de la noción de alexitimia (dificultad a experimentar y a verbalizar los afectos) limita bastante el valor de esta autoevaluación en las enfermedades psicósomáticas. Esta autoevaluación depende también del estado de ánimo del sujeto y de su tendencia a querer contentar al investigador que le entrevista (Edwards, 1970). Lo que los investigadores miden es múltiple y variado y eso que se sitúan tan sólo a nivel de lo consciente y no de lo inconsciente. Los resultados de los trabajos más recientes nos demuestran que la relación acontecimiento-repercusión somática o psíquica se sitúa más a nivel del impacto del acontecimiento personal en cada paciente que en función de la cantidad o del tipo de acontecimientos.

Particularmente interesante es el trabajo de Theorell (1976) que demuestra que la discordancia de la situación actual del paciente y sus aspiraciones en la vida es una variable predictiva del infarto de miocardio, mucho más que el valor objetivo de los acontecimientos. En cuanto a la estimación de la importancia simbólica de un conjunto de acontecimientos vividos por el sujeto es importante observar que los diferentes investigadores se aproximan cada vez más a la visión que un terapeuta podría tener que a la de un simple entrevistador. Dos riesgos aparecen en este tipo de metodología: los de sub-evaluación y los de sobre-evaluación de la importancia de los impactos exteriores por conocer insuficientemente al paciente, por déficit de formación del entrevistador en este tipo de trabajo y sobre todo por la tendencia aunque sea inconsciente a manipular las evaluaciones en función de los objetivos de la investigación. La importancia de la intuición, de la subjetividad en todo proceso de medida del stress social invita a una lectura extraordinariamente prudente de los resultados (Tennant, 1981).

Según Holmes y Rahe (1967), la medida de los cambios vitales se ha probado que es ineficiente en la predicción del infarto de miocardio. Al comparar dos grupos de sujetos, uno afectado de infarto y otro remitido a una unidad coronaria por equivocación, Byrne y Whyte (1980) concluyen que no existen diferencias entre los dos grupos en el número de acontecimientos vitales, ni en su carácter más o menos estresante. La única diferencia es que los pacientes de infarto, al pedirles que juzgaran el impacto que estos acontecimientos tuvieron, declaraban estar más tristes, deprimidos e impotentes frente a ellos, que el grupo control. Lo importante sería pues la interpretación subjetiva del impacto emocional.

«Aún cuando las escalas de medición de life events pueden constituir un instrumento epidemiológico interesante, se ha podido demostrar que la mayor susceptibilidad a enfermar o el empeoramiento del pronóstico de una cardiopatía isquémica no están tan relacionados con el número o intensidad de acontecimientos ocurridos en la vida del sujeto, como con su percepción e interpretación subjetiva y las consiguientes respuestas individuales de estrés» (García Sanchez, 1984, citado por Tuset, 1989).

III-A-4-c. Cualidades psicométricas de las listas de acontecimientos

El cálculo empírico de la validez de un instrumento de psicometría puede ser realizado a partir de la

relación que existe entre los elementos que aporta dicho instrumento, en cada caso, y un criterio externo. El único criterio externo que permite el cálculo de la validez de una lista de acontecimientos está constituido por las manifestaciones de una persona próxima al paciente. En el caso que nos ocupa los autores han establecido coeficientes de validez extraordinariamente diferentes, lo que se justifica por las siguientes razones:

-Contra más largo sea el período explorado retrospectivamente peor es la validez de la medida (Rahe, 1974).

- La subjetividad con la que se viven ciertos acontecimientos disminuye la concordancia del paciente y su familiar mientras que la objetividad la aumenta (Neugebauer, 1983).

- La falta de precisión del acontecimiento contribuye a disminuir la concordancia (Yager, 1981). El aspecto dramático de los acontecimientos disminuye también la validez de la medida (Jenkins, 1979).

- Sobre todo la metodología desempeña un papel esencial en la validez del conjunto de los datos. Brown y Birley (1968) que emplean una metodología muy próxima de la clínica obtienen la mayor concordancia entre los acontecimientos descritos por esquizofrénicos y por sus padres en un período de 13 semanas.

Constatamos pues que no siempre se evalúa la realidad objetiva con las listas de acontecimientos y tampoco la realidad subjetiva del paciente con la metodología empleada.

La fidelidad de las medidas respecto a la cantidad de acontecimientos estudiados y a la valoración de los impactos se calcula a partir de dos medidas de esos parámetros en dos momentos diferentes (tests-retests) en los mismos pacientes.

La fidelidad de estos acontecimientos varía también en función de numerosos factores:

- El factor tiempo (intervalo entre el test y el retest) es sin duda el más importante ya que el paso del tiempo afecta al recuerdo de los acontecimientos. Uhlenhuth (1977) valora en un cinco por ciento mensual la pérdida del recuerdo de los acontecimientos descritos por los pacientes lo que conduce a una pérdida del 45% en los últimos 9 meses, proporción confirmada por Jenkins (1979) que evalúa el olvido entre 34 y 46% en un intervalo de 9 meses entre el test y el retest. Es evidentemente para los períodos más breves (entre 7 y 14 días) que la fidelidad es la mayor (Steele, 1980).

- La naturaleza del acontecimiento desempeña un papel en su recuerdo. Los acontecimientos desagradables se olvidan más rápidamente que los agradables (Monroe, 1982). Son los acontecimientos neutros los que se recuerdan con más constancia. Uhlenhuth (1977) y Jenkins (1979) demuestran que los acontecimientos fatales como por ejemplo la muerte de uno de los padres, se olvidaban más rápidamente que otros acontecimientos.

- La fidelidad varía también en función del nivel de educación de los pacientes que responden a las listas de acontecimientos (Rahe, 1973). Los niveles más bajos de educación se asocian con los más débiles coeficientes de fidelidad e inversamente.

- La brevedad de la lista afecta a la fidelidad del instrumento mientras que un número óptimo de ítems aumenta esa cualidad. La escala de Jenkins (1979) que tiene 103 ítems tiene la mejor fidelidad de todas las listas.

III-A-5. Definición del «pattern a» coronariogeno

Descrito en 1959 por Friedman y Rosenman, el perfil de comportamiento del tipo A o «pattern A» consiste en un conjunto de actitudes y reacciones emocionales que, cuando se encuentran agrupadas, constituyen un factor de riesgo coronariógeno. Se trata, en la mayor parte de los casos, de comportamientos que aparecen en contextos estresantes o que fuerzan a la competición y a los que ciertos individuos reaccionan más intensamente que otros, en función de presiones socioculturales a las que se encuentran sometidos, pero también en razón de predisposiciones personales.

Las personalidades del tipo A se ven obligados a hacer cada vez más cosas en un tiempo cada vez más corto. Son competitivos, trabajan y juegan para ganar y buscan siempre batir sus propios records. Son muy activos, manifiestan frecuentemente signos de impaciencia y soportan mal la inacción, los tiempos muertos o cualquier obstáculo que haga diferir la consecución de sus objetivos. Son particularmente estimulados por los plazos a cumplir y expresan esta disposición hacia el actuar y esta combatividad en potencia tanto a través de una tensión permanente de su musculatura facial como a través de ciertas características prosódicas de su lenguaje (ritmo rápido de elocución, voz explosiva, anticipación al interlocutor cuando este último busca sus palabras). Se ha dicho que tales rasgos de comportamiento son estimulados por la civilización industrial occidental ya que ésta promueve entre sus miembros a aquellos que son capaces de reflexionar y actuar rápidamente, son competitivos y luchan por aumentar su productividad.

Las afirmaciones muy categóricas sobre el valor predictivo del patrón A de conducta durante los años 70 han sido reevaluadas por una serie de trabajos más recientes; últimamente han aparecido varias revisiones de bibliografía para hacer el balance de una noción que cada día es más controvertida.

III-A-5-a. Métodos de evaluación del patrón A.

Una parte de las discordancias entre los resultados de las diversas publicaciones se origina en la multiplicidad de los métodos utilizados para evaluar este patrón de conducta. Fundamentalmente encontramos dos tipos: o bien la valoración la hace el investigador, en el transcurso de una entrevista estructurada (Structured Interview de Rosenman y Friedman, - S.I.-) o bien es el sujeto examinado el que responde él mismo a un cuestionario (JAS o Jenkins Activity Survey con 52 items, escala de Framingham con 10 items; cuestionario de Bortner constituido por 14 parejas de adjetivos). (Matthews y Haynes, 1986).

La valoración del S.I. se basa en las respuestas del sujeto a las cuestiones del investigador, pero sobre todo en el estilo verbal y en las manifestaciones psicomotrices que aparecen a lo largo de la entrevista. La reproducibilidad entre examinadores se estima entre el 75 y el 90 %. Este instrumento de medida permite clasificar a todo individuo en un grupo de 5 denominados A1, A2, X, B3 y B4 yendo del tipo A al tipo B «no A», es decir, el que no posee ninguna de las características del tipo A. La reproducibilidad de una clasificación a dos años de intervalo es del orden del 80%. Hay que subrayar que el S.I. está concebido para estimular muy particularmente las reacciones de impaciencia, de irritación, de combatividad o de orgullo en los sujetos examinados. Ha sido desarrollado para las necesidades de un estudio cuyo objetivo era una población en buena salud de nivel económico medio y de sexo masculino lo que plantea el problema de su generalización en otros contextos (por ejemplo evaluación de sujetos enfermos, particularmente coronarios, o de nivel económico bajo, o de sexo femenino). Estudios comparativos en función del sexo manifiestan por ejemplo que el nivel elevado de voz relacionado con el tipo A en el hombre correspondería en la mujer al aumento de la rapidez de elocución.

Friedman y sus colaboradores han desarrollado recientemente una técnica de puntuación que se basa en una entrevista estructurada grabada en magnetoscopio. Es una entrevista menos solicitante y es vivida por el paciente en menor medida como un desafío por oposición al SI en su forma original.

La puntuación del J.A.S. se ha calculado ponderando cada una de las respuestas posibles a las 52 preguntas del cuestionario por medio de coeficientes elaborados a partir de análisis factoriales de manera que la puntuación final concuerde con la clasificación que emana del S.I. Son igualmente análisis factoriales del J.A.S. los que han permitido individualizar tres componentes principales independientes entre sí: el componente S («Speed and impatience», rapidez e impaciencia que corresponde a la noción de sensación de urgencia en el tiempo), el componente J («Job involvement» o compromiso con el trabajo que corresponde a la noción de la imagen del buen trabajador), y finalmente el componente H («Hard driving-competitiveness», o combatividad - competitividad, que corresponderá a la noción de exigencia de sí mismo y de una agresividad socializada). (Jenkins y cols. 1974)

El mayor inconveniente de los instrumentos de automedida del patrón A (J.A.S., Escalas de Framingham y de Bortner) es el poder ser falseados por el grado más o menos elevado de deseabilidad social que sienta el sujeto sometido al test (tendencia a querer dar una buena imagen, en función de las normas sociales valorizadas). Sobre todo, estos cuestionarios se dan a rellenar sin limitación de tiempo, al ritmo de cada sujeto, sin presión particular lo que no permite observar las características psicomotrices de impaciencia e irritabilidad que parecen ser los mejores índices del patrón A de personalidad. Finalmente, la concordancia de estos instrumentos entre ellos es particularmente débil (60 a 70 % entre el S.I. y el J.A.S., por ejemplo, lo que quiere decir apenas entre un 10 y 20 % por encima del azar). Esto indica claramente que cada uno de estos instrumentos no evalúa los mismos aspectos del patrón A (se trataría, ante todo, de la tendencia a reaccionar a un desafío y a querer ejercer un control sobre los otros para el S.I., mientras que en el J.A.S. sería primordialmente el valorar el conjunto de conductas sociales ejecutadas bajo presión ya sea del tiempo o del imperativo de éxito). (Levy-Leboyer, 1987). Algunos estudios incluso han demostrado que la concordancia entre el S.I. y los instrumentos de autoevaluación aún era más débil en las mujeres que en los hombres lo que se justificaría por el carácter socialmente menos valorizante de la expresión de la agresividad y del espíritu de competitividad entre las mujeres comparativamente a los hombres.

III-A-5-b. Valor predictivo del patrón A y de sus componentes

En el transcurso del «Western Collaborative Group Study», (grupo de 3.154 empleados de sexo masculino, de edad comprendida entre 39 y 59 años y seguidos durante 8 años y medio), los individuos del tipo A (según el S.I.) han presentado una morbilidad coronaria 2,24 veces superior a los individuos del tipo B.. El riesgo relativo ligado al tipo A., después de corrección de otros factores de riesgo clásicos seguía siendo del orden de 2 (Rosenman y cols., 1976). En el «Framingham Heart Study» (949 mujeres trabajadoras o amas de casa y 725 hombres, empleados u obreros; seguidos durante 8 a 10 años), se han encontrado valores comparables, apareciendo el patrón A mucho más frecuentemente entre los empleados que entre los obreros (Haynes y cols., 1980). Inversamente el «Honolulu Heart Program» (2187 hombres seguidos durante 8 años utilizando el JAS) no ha encontrado incidencia superior de cardiopatías isquémicas entre los sujetos tipo A pero

hay que subrayar la débil morbilidad coronaria en esta muestra. Por oposición, el estudio del Grupo Cooperativo Franco-Belga (1836 hombres, utilización del Bortner) y del «Belgian Heart Disease Prevention trial» (1958 hombres, utilización del J.A.S.) confirman el valor predictivo del patrón A.

Los trabajos longitudinales con subgrupos de riesgo (sujetos que ya han presentado un infarto de miocardio o que presentan lesiones en la coronariografía) son mucho menos demostrativos (Western Collaborative Group Study, Multicenter Post-Infarction Program, Multiple Risk Factor Intervention Trial). Como máximo la presencia de un patrón A parece predecir la aparición de una recidiva no fatal de infarto pero no la mortalidad ulterior. En la interpretación de estos estudios hay que tener en cuenta además el interés estadístico más limitado que tiene un rasgo de comportamiento cuando éste se encuentra en la mayoría de una población estudiada (en los estudios transversales sobre muestreos de enfermos coronarios, la prevalencia del patrón A se sitúa, en efecto, entre el 70 y el 75 %, mientras que la prevalencia en una población general es de alrededor del 50%).

Si el patrón A ha sido progresivamente discutido, la determinación de otros rasgos psicológicos, ligados a ese patrón o complementarios del mismo, han aportado elementos de reflexión particularmente interesantes: es el caso notablemente de los niveles de hostilidad extraídos del S.I. o establecidos gracias a escalas específicas (por ejemplo el «Cook-Medley Inventory» derivado del M.M.P.I. o el «Buss and Durkey»), de cólera y más particularmente de cólera reprimida («Anger-in»): estos parámetros parecen por otra parte mucho más determinantes que el patrón A en la predicción de la gravedad y de la amplitud de las lesiones coronarias. (Barefoot y cols. 1983, Williams y cols. 1980).

En una encuesta de amplia envergadura que estudia 2.320 pacientes coronarios de sexo masculino, seguidos durante tres años a partir de la aparición de un infarto de miocardio, Ruberman y colaboradores (1984) no han encontrado tampoco relación entre la mortalidad ulterior y la presencia poco después del infarto de rasgos del patrón A y tampoco relación con la presencia inicial de síntomas depresivos. Por contra, «el nivel de stress» y el «grado de aislamiento social» evaluados durante el periodo del infarto tienen un valor predictivo extraordinariamente claro, ya que la acumulación de estos dos factores de riesgo psicológico anuncia una mortalidad a los tres años cuatro veces superior a la del grupo sin esos riesgos. El nivel de instrucción, medido en función del número de años de escolaridad, está relacionado negativamente con la mortalidad ulterior así como con los dos factores de riesgo anteriormente citados. (Ruberman, 1984).

Sabemos también que las personas que sufren «ataques de pánico» presentan, en comparación a la población en general, y muy particularmente con los sujetos presentando alteraciones distímicas, una sobremortalidad ligada a causas cardiovasculares. Un interesante estudio sugiere que existe una correlación, por lo menos en el caso de los hombres, entre la presencia de manifestaciones de ansiedad justificando una demanda de ayuda psiquiátrica (esencialmente del tipo del ataque de pánico, pero también manifestaciones ansiosas generalizadas, obsesivas o fóbicas) y la presencia de un patrón A. Parecería pues que el patrón A de conducta significaría además de una función adaptativa un cierto valor de autoprotección (Lee y Cameron, 1986-87).

Otro estudio longitudinal de gran envergadura (Northwick Park Heart Study sobre 1.457 pacientes masculinos, revisitados al cabo de 6,7 años por término medio) demuestra el valor altamente predictivo de la ansiedad fóbica en cuanto a la mortalidad ulterior por causas cardíacas. Los niveles de ansiedad fóbica son más elevados entre los fumadores, pero ese rasgo psicológico mantiene su valor pronóstico independientemente de los factores biológicos clásicos de riesgo coronario (Haines y cols. 1987).

El conjunto de variables psicológicas que tienen un valor pronóstico las resumen en una revisión detallada de la bibliografía Booth-Kewley y Friedman que moderan el entusiasmo inicial hacia el patrón A y subrayan el interés de desarrollar instrumentos de medida psicológicos más precisos y diversificados. Estos autores advierten contra un efecto «moda» en la naturaleza de los trabajos publicados sobre este tema: la mayor parte de los trabajos publicados antes de 1.977 hablaban a favor del patrón A mientras que las publicaciones ulteriores dejan entrever una tendencia opuesta. Suponen que, en un primer tiempo, los trabajos que llegaban a conclusiones positivas tenían más posibilidades de ser publicados mientras que los que aportan contradicciones han tomado el relevo posteriormente.

Otros argumentos merecen reflexión para interpretar el cambio de perspectivas en este campo:

1.- El hecho de que las costumbres sociales y también el contexto económico han cambiado en 30 años. No se puede comparar la movilidad profesional en un período de expansión económica y en un período de crisis.

2.- Podemos también pensar que la divulgación de las opiniones científicas sobre el patrón A y su valor pronóstico han tenido efectos sobre los hechos observados en sí mismos (ya se trate de una apreciación del comportamiento por el investigador o de una autoevaluación).

3.- La pertenencia al tipo A puede igualmente interferir en la petición de ayuda: los sujetos con este tipo de personalidad tienen tendencia a despreciar la fatiga y a banalizar los signos y síntomas anunciadores de un infarto, de donde un aumento del lapso de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el momento

en que acaban por plantearse ese diagnóstico. Pero los sujetos del tipo B, menos duros y más asustadizos que los del tipo A, tendrán más dificultades en tomar decisiones concretas lo que también influenciará sobre el tiempo entre el instante en el que se sospecha el diagnóstico y la intervención de los servicios médicos de urgencia. Aunque los hombres de patrón A no se quejen más a menudo que los de patrón B de una angina de pecho quizá lo hagan de una manera más convincente, justificando que el médico se muestre más vigilante con sus síntomas.

4.- En un estudio reciente de Friedman y colaboradores (1985) se llega a la conclusión de que la presencia de rasgos del patrón A de conducta no es un índice de pronóstico peyorativo más que en los sujetos que tienen pocas capacidades de expresión no verbal y que aparecen, en consecuencia, tensos, inhibidos e hipercontrolados. El funcionamiento contrareloj y la hostilidad, característicos del patrón A, constituirían en sí mismos un comportamiento esencialmente defensivo que tendría como objeto una salvaguardia del narcisismo. La asociación del patrón A de conducta con una expresividad fácil sería el testimonio de un dinamismo pulsional natural sobreañadido a un apetito de relación y a una apertura hacia los otros (los autores denominan a estas personalidades «carismáticas»). En cuanto al patrón B de conducta su presencia no sería tranquilizadora más que en aquellos sujetos que manifestarían una débil expresividad emotiva, aptos a la relajación y a «tomar las cosas tranquilamente» por oposición a los sujetos con fuerte expresividad que serían más bien sumisos, fatalistas, hipersensibles a los acontecimientos de la vida, sin tener auténtica influencia sobre estos últimos.

5.- Finalmente hay que subrayar la disminución importante de la morbilidad coronaria en ciertos países, como es el caso de los EEUU, que habría que poner en relación con un mejor dominio de los factores tradicionales de riesgo biológico, lo que comporta una prevención más eficaz.

B III-A-5-c. Patrón A y respuesta al stress

Se ha demostrado que los sujetos con patrón A de conducta tienen tendencia a la acumulación de cambios vitales, más frecuentemente que los sujetos con patrón B, incluyendo situaciones difíciles cotidianas que necesitan un esfuerzo de adaptación: Es como si, de alguna manera, estas personas buscaran el stress y, por un fenómeno de retroacción, el acúmulo de stress reforzara su patrón A. Este último puede pues ser considerado a la vez como el resultado de un condicionamiento ligado a la adaptación a las necesidades y condiciones de la vida moderna y como la expresión de necesidades psicológicas más profundas (Byrne y Rosenman, 1986).

Sabemos también que los sujetos con patrón A de conducta tienen tendencia a fijarse objetivos más elevados que la población en general, sin aprovechar las enseñanzas de sus fracasos eventuales, ya que estos últimos, más que facilitar una revisión de los objetivos, conducen a menudo a esas personas a una negación de las dificultades que han encontrado y a actitudes de sobrecompensación (fijan nuevos objetivos todavía más elevados) (Rimé y Bonami, 1976). El efecto pernicioso del patrón A de conducta no parece pues basarse en la multiplicación de los stress y por mantener al organismo en un estado de alerta permanente o por lo menos repetitivo. Las modificaciones hemodinámicas y humorales ligadas al stress son diferentes en los sujetos del tipo A que en los del tipo B. Efectivamente, aunque la elevación del ritmo cardíaco y de la tensión arterial (sistólica y/o diastólica) en situaciones de stress no discrimina a las dos categorías de sujetos, la secreción de adrenalina, de noradrenalina, la disminución de la resistencia arterial muscular (y el aumento proporcional del flujo vascular muscular) son, en las mismas condiciones, más aparentes en los A que en los B (Williams y cols. 1982). Si los sujetos del tipo A son diferentes de los sujetos del tipo B en las modalidades fisiológicas de reactividad al stress, se diferencian igualmente por los estilos de acomodación («Coping mechanisms») que aparecen frente al stress: los sujetos del tipo A utilizan más frecuentemente que los del tipo B una represión de las emociones penosas y la negación (llamamos así al no reconocimiento de los sentimientos experimentados o la negación del peligro que representan ciertas situaciones fuertemente contrariadoras). Tienen, más que los otros, tendencia a rechazar la ayuda que puede proponérseles cuando se encuentran frente a una dificultad y adoptar actitudes que testimonian su voluntad de transformar activamente la situación frustrante. Ya hemos descrito su intolerancia e incluso su insumisión frente al fracaso. Finalmente existe en los sujetos del tipo A, una tendencia a la responsabilización en caso de fracaso, que va hasta la autoacusación, el fracaso siendo relacionado más con una causa interna (incompetencia, falta de preparación, falta de combatividad) que a causas externas (dificultades de la tarea, mala suerte, etc) (Dantchev, 1989; Vingerhoets y Flohr, 1984).

Este último punto nos hace reflexionar sobre la tendencia de los sujetos del tipo A a considerar el «lugar de control» como interno. Este concepto de «lugar de control» permite clasificar a las personas según atribuyan el determinismo de los acontecimientos felices o desgraciados de su existencia a causas internas o externas (Rotter, 1986).

Parte segunda: objetivos e hipótesis de trabajo. Pacientes y método

I- Ámbito geográfico y características de los pacientes

El Hospital Psiquiátrico de Prangins constituye la sede del Sector Psiquiátrico Oeste del cantón de Vaud. Dicho cantón, uno de los veinticinco en que está dividida la Confederación Helvética tiene por capital a Lausanne y su población (unos 500.000 habitantes) se reparte de una manera bastante equilibrada entre el medio urbano y el rural. Doscientos cincuenta mil aproximadamente residen en Lausanne y su área metropolitana, el resto repartiéndose en los diferentes distritos cantonales. Los que constituyen el Sector Psiquiátrico Oeste son los de Nyon, Rolle, Aubonne, Morges y Cossonay. Ocupan, grosso modo, la zona ribereña del lago Lemán que se extiende entre Lausanne y Ginebra. El total aproximado de 120.000 habitantes residentes en dichos distritos tienen a su disposición tres hospitales generales de nivel 2 (Nyon, Morges y Cossonay) y otros dos (Rolle y Aubonne) de nivel 1. Los hospitales de referencia de nivel 3 son los cantonales universitarios de Ginebra y de Lausanne. El Hospital Psiquiátrico de Prangins se encuentra excéntricamente situado respecto al sector, enclavado en el distrito de Nyon distando tres Km. en línea recta de su hospital general.

La política de sector en la asistencia psiquiátrica aplicada en el cantón de Vaud a partir de las indicaciones efectuadas por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud en el año 1.966 atribuían al equipo psiquiátrico de sector la responsabilidad de asumir la asistencia psiquiátrica global de un conjunto de población predeterminada. Aparte de los servicios psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios, los psiquiatras del servicio actuaban como consultores de los hospitales generales del sector efectuando labores continuas de interconsulta. Las relaciones privilegiadas entre el Hospital Psiquiátrico de Prangins y el General de Nyon se veían institucionalizadas por la asunción por parte de los servicios del Hospital General del diagnóstico y tratamiento de la eventual patología orgánica entre los hospitalizados en los servicios psiquiátricos y el psiquiatra Jefe de clínica del subsector de Nyon asumía la responsabilidad psiquiátrica de los pacientes hospitalizados en el Hospital General. Es en este contexto en el que en un programa de prevención auspiciado por el Fondo Nacional Suizo para la Investigación Científica se planteó la conveniencia de estudiar los factores de riesgo susceptibles de representar una sobrecarga para determinados tipos de pacientes. Se escogieron dos líneas de investigación, una en la esfera de trastornos de la conducta y del comportamiento y otra en la esfera psicósomática. Así, durante dos años consecutivos, el psiquiatra consultor tuvo ocasión de examinar y valorar psiquiátricamente todos los intentos de suicidio hospitalizados por causas médicas así como todos los pacientes ingresados en el Hospital General a causa de un infarto de miocardio. Dadas las peculiaridades de la estructura asistencial del cantón se puede considerar que la totalidad de los casos de ambas patologías en una población de 45.000 habitantes fueron examinadas.

La labor de investigación no siendo primordial y, en todo caso, supeditada al aspecto asistencial, se buscaba valorar también las posibilidades de facilitar el acceso a una ayuda psiquiátrica en personas que acababan de atravesar un serio compromiso vital. Como se verá los resultados en los dos grupos fueron muy dispares.

II.- Objetivos e hipótesis de trabajo

La orientación teórica predominante, aunque no única, en los Servicios Psiquiátricos en los que se llevó a cabo la presente investigación siendo la psicodinámica nos planteamos los siguientes objetivos:

- 1.- Investigar la validez de la aproximación psicodinámica a la patología psicósomática.
- 2.- Verificar la utilidad de las técnicas de entrevista no directivas fundamentadas en concepciones psicodinámicas, particularmente las basadas en las investigaciones llevadas a cabo por la Escuela Psicósomática de París, en el abordaje de situaciones clínicas susceptibles de ser objeto de investigación.
- 3.- Comprobar la existencia de una situación desencadenante de carácter psicológico en el origen de una afección tan manifiestamente somática como es el infarto de miocardio.
- 4.- Estudiar las condiciones en que una tal situación desencadenante aparece y a que ámbitos existenciales pertenece.
- 5.- Aprovechar la aproximación psicodinámica a la problemática cardiovascular aguda para confirmar o desmentir la existencia del patrón «A» de conducta como factor de riesgo preeminente en las cardiopatías isquémicas.
- 6.- Valorar las posibilidades de que una tal aproximación enriquezca nuestros conocimientos respecto a la etiopatogenia del infarto de miocardio y obtener informaciones útiles en la prevención y tratamiento de tan grave patología.

Estos objetivos los plasmamos en nuestra Hipótesis Central que será demostrar la existencia con una frecuencia significativa en un grupo de pacientes afectos de infarto de miocardio de una estructura previa de personalidad (Patrón «A» de conducta), así como de una situación psicológica desencadenante que se ha producido en los meses precediendo la instauración de la enfermedad aguda, analizando y valorando tal situación a las luces de una orientación psicodinámica con fines preventivos y curativos.

Estableceremos para ello las siguientes HIPÓTESIS DE TRABAJO:

1.- Los pacientes afectos de infarto de miocardio presentan en los meses que preceden a la instauración de la fase aguda de la enfermedad una situación psicológica que podemos calificar de desencadenante.

2.- Los pacientes afectos de infarto de miocardio presentan con mayor frecuencia estructuras de personalidad previas de tipo «A».

3.- Las situaciones desencadenantes corresponderán con mayor frecuencia a ámbitos del funcionamiento psicológico reputados «sensibles» en este tipo de estructuras como son la esfera profesional y familiar.

4.- Una aproximación psicodinámica a este tipo de pacientes debería enriquecer nuestros conocimientos sobre los mecanismos tanto del terreno psicológico previo como de las situaciones desencadenantes con innegables repercusiones preventivas y terapéuticas. Podrán aparecer factores poco estudiados o inexistentes en la bibliografía preexistente debido a la peculiaridad de nuestra aproximación.

5.- Una aproximación psicodinámica como la nuestra, sin fines exclusivamente investigadores debería favorecer, gracias al establecimiento de una relación terapéutica un ulterior cuestionamiento del modo de vida de nuestros pacientes, eventualmente a través de la aceptación del ofrecimiento de ayuda psiquiátrica y/o psicológica.

III.- Método de investigación

El diagnóstico de infarto de miocardio era establecido por el servicio de medicina interna en base a los tres criterios comunmente reconocidos:

- dolor y clínica típicos.
- alteraciones electrocardiográficas.
- alteraciones enzimáticas.

(creatinafosfoquinasa, CPK; lácticodeshidrogenasa, LDH y transaminasas).

Por dos tipos de razones, nuestra cohorte se extendía sólo hasta los 65 años de edad.

En primer lugar es comunmente admitido en cardiología el aumento considerable de fragilidad cardíaca a partir del sexto decenio de la vida y en segundo lugar razones administrativas y de organización hacían a los pacientes mayores de 65 años tributarios de los servicios ambulatorios de psicogeriatría que aunque pertenecientes a nuestro mismo equipo de sector psiquiátrico, contaban con una identidad y autonomía que hubieran hecho muy difícil un eventual seguimiento por nosotros de los casos observados.

Los 50 pacientes que hemos examinado lo han sido en los 4 o 5 días posteriores a la aparición del infarto, normalmente en el momento en que abandonaban el servicio de reanimación y de cuidados intensivos para ocupar su lugar en el servicio habitual de medicina interna. Una precaución elemental nos ha aconsejado escoger ese momento y es el temor a originar una agravación en la situación cardíaca del paciente como consecuencia de la evocación de situaciones traumáticas. Si nuestra hipótesis se verificara podría ser arriesgada la manipulación de los conflictos intrapsíquicos del individuo ya que se conocen todavía muy mal los procesos que conducen a la expresión corporal de tales conflictos. La presencia de un psiquiatra en un Servicio de medicina interna no siendo siempre de fácil aceptación (Eaton, 1965), nos presentábamos a los pacientes como miembros consultores del equipo médico y definíamos el objetivo de nuestra entrevista como un intento de valoración psicológica de la situación traumática debida a la enfermedad y por otra parte, en el contexto de un trabajo de investigación, intentar aclarar ciertos aspectos de la enfermedad que les había afectado. Considerando la colaboración del paciente como un factor decisivo, siempre ofrecíamos la posibilidad de rehusar la entrevista. Ningún paciente lo hizo; las reticencias fueron frecuentes pero el interés, el deseo de ser útil, la curiosidad o la esperanza de encontrar una solución a las vivencias extraordinariamente angustiosas de esos momentos condujeron siempre a los pacientes a aceptar la propuesta que se les hacía.

La cantidad y la duración de las entrevistas son variables. Normalmente una única entrevista de una duración aproximada de 60 minutos ha sido suficiente. En caso necesario hemos propuesto una segunda o una tercera entrevista pero ello ha ocurrido muy pocas veces.

En general hemos basado nuestra técnica de entrevista en los principios básicos de la clínica psicoanalítica con referencias teóricas de la escuela psicosomática francesa.

Tan sólo en los casos indispensables ha sido necesaria una investigación anamnésica destinada a ayudar al paciente a precisar determinados hechos. En todos los casos hemos ofrecido nuestra disponibilidad y colaboración por si el paciente quisiera ir más allá en la investigación o en la elaboración de sus conflictos intrapsíquicos.

IV.- Consideraciones sobre la técnica de orientación psicodinámica de entrevista con el paciente

Nos parece indispensable bien diferenciar las situaciones y el contexto en el que la primera entrevista

tiene lugar y definir lo que se espera de ella, sus objetivos.

En general dos situaciones principales se presentan: el hospital por una parte o el consultorio del médico generalista o especialista o bien el domicilio del paciente, por otra.

En el hospital el paciente pasa habitualmente por numerosas manos y tiene múltiples contactos con el personal administrativo y de enfermería antes de que el médico no se dirija a él. La situación de la primera entrevista es pues peculiar siéndolo aún más cuando el paciente se encuentra encamado y si la entrevista tiene lugar en presencia de otros enfermos. Además, en la práctica hospitalaria asistimos a la consulta médica de una manera muy diferente a la que tiene lugar en la consulta del generalista, pudiéndola definir más bien como la toma de anamnesis. Habitualmente se desarrolla según un esquema preestablecido con preguntas relativamente estereotipadas que cubren un campo informativo suficiente para las necesidades del servicio en el que se encuentra el paciente. Los servicios hospitalarios estando generalmente estructurados en especialidades, la anamnesis es también especializada y consiste, a través de un conjunto de cuestiones precisas que determinan respuestas igualmente precisas, a intentar obtener información sobre la enfermedad que pueda sufrir el paciente.

En este contexto el estilo de la entrevista ya está predeterminado. Es el de un cuestionario lo más económico posible que además es dirigido. Muy raros son los servicios en los que otro tipo de entrevista se enseña a los estudiantes o a los residentes. Es suficiente consultar un cierto número de historias clínicas para darse cuenta de que un paciente es abordado según una perspectiva en el servicio de cirugía, según otra en el de medicina interna y finalmente según un tercer esquema en el servicio de ginecología aunque se trate de la misma enfermedad. Particularmente la lectura de la historia clínica no da casi nunca la menor identidad psicosocial del paciente. Este parece no tener ni carácter, ni personalidad, ni incluso una realidad social. La anamnesis está centrada sobre el órgano o el sistema de órganos y no sobre el hombre enfermo. Ello es fácilmente observable en el argot hospitalario en el que son frecuentes expresiones como «el hígado de la habitación 306, la diabetes del 517 o la fractura abierta del 135». En el transcurso de esta primera entrevista en el hospital no es necesario ni indispensable el tomar una decisión como no sea la de someter al paciente a un conjunto de exámenes complementarios, iniciándolos por el examen físico que también puede verse limitado al sistema del que se ocupa la especialidad.

Como el joven estudiante en medicina entra en contacto con el enfermo en el hospital éste es el tipo de primera entrevista que aprenderá a conocer y del que se impregnará. Ocurre lo mismo con la anamnesis médica relativamente trunca y parcial que estructurará. Una tal actitud puede ser económica y válida cuando el paciente presenta realmente una afección orgánica bien localizada manifestándose por signos característicos «patognomónicos» para los que un tal proceso puede justificarse o también cuando se trata de una enfermedad aguda. ¿Qué ocurrirá cuando un paciente presenta alteraciones emocionales que son el síntoma de un sufrimiento personal como consecuencia, por ejemplo, de una mala adaptación psicosocial?. La primera entrevista dará índices que podrían poner al médico en la buena pista. Efectivamente, si solo se hacen preguntas no se obtienen más que respuestas, y a preguntas muy precisas corresponden respuestas igualmente precisas. Se limita el campo de la búsqueda de información de una manera a veces definitiva, el paciente aprendiendo muy rápidamente que para satisfacer al médico no se trata de hablar de otras cosas más que de aquello sobre lo que se le interroga muy precisamente.

El generalista e incluso el especialista instalado en su despacho se encuentran en una situación muy diferente ya sea en su consultorio o en una visita domiciliaria. La primera consulta sea con un paciente que no conoce en absoluto o con uno de sus clientes que visita después de un cierto tiempo por una nueva enfermedad, tiene dos objetivos bien precisos que a veces pueden ser contradictorios, pero que también pueden converger. Igual que en el hospital debe obtener las informaciones que le permitirán el hacerse una opinión para dirigir el examen físico y precisar los exámenes complementarios habituales, pero esta entrevista es también la ocasión de una toma de contacto humana que abre un campo mucho más vasto y que habitualmente se minusvalora en el hospital. Centrando en un principio toda su atención sobre el sufrimiento del paciente, sobre los síntomas de los que se queja, sobre las causas de la visita, el médico percibe, gracias a los conocimientos técnicos que posee, en qué dirección y cómo va a dirigir la entrevista. Lo hará también con economía pero sin cerrar las puertas a una aproximación mucho más global a su paciente. La manera como será conducida esta entrevista depende por otra parte de la valoración de la urgencia de la intervención médica. Para las enfermedades agudas en las que una decisión debe ser tomada rápidamente, el sistema que hemos descrito para el hospital es evidentemente el mejor. Emitiendo cuestiones precisas a las que se espera respuestas igualmente precisas el médico reducirá el campo de investigación para intentar llegar lo más rápidamente posible a un diagnóstico seguro, probable o eventual, que le permitirá una acción rápida.

Aparte de esta situación de urgencia, el médico debe saber que la primera entrevista debe dejarle en su inicio el campo abierto para que pueda escoger a continuación la técnica adecuada. Si un enfermo se queja de cefaleas y que el carácter de éstas hace muy rápidamente pensar en una sinusitis etmoidal, sus preguntas deben centrarse sobre ese diagnóstico probable y la entrevista pasa a ser muy directiva. Si, por el contrario, en otro

paciente el carácter de las cefaleas deja todas las posibilidades diagnósticas abiertas, incluidas las de una cefalea psicógena, la técnica utilizada será la que describiremos a continuación bajo el título de método no directivo de entrevista. Se tratará entonces de considerar ya desde un principio que estamos ante un ser humano enfermo y no solamente ante un órgano al que se va a tratar. Por otra parte esta oposición, en una buena práctica médica, debería ser inexistente aunque las diferentes formas de la primera entrevista que hemos descrito existan.

La primera entrevista sirve para la toma de contacto con un ser humano. Puede ser muy útil cuando se aborda al enfermo y no únicamente a la enfermedad dejar al paciente en libertad de establecer ese contacto a su manera, según su estilo, intentando comprenderle en tanto que hombre enfermo. Cuando el médico interviene lo menos posible y de una manera neutra y no sugestiva, el enfermo se desvela de una forma muy viva, pudiendo mostrar sus debilidades psicológicas, su manera de superarlas y activa muy rápidamente los mecanismos de defensa del yo. El futuro de una relación terapéutica puede depender de esos primeros minutos de entrevista. (Crisp, 1970).

La consulta tiene un inicio y un final mientras que la toma de anamnesis, incluso si no tiene lugar más que una vez en el hospital no tiene final ya que el paciente continuará en su lecho a veces durante largas semanas. Al contrario, ya sea en el consultorio o en el domicilio del paciente el tiempo es limitado y la consulta que comprende la toma de contacto, la recogida de informaciones, el examen físico y a veces ciertos exámenes complementarios, debe acabar. El médico deberá intervenir en un momento dado para que este final se produzca. Hemos observado que los médicos habituados ante todo a un trabajo hospitalario tienen mucha dificultad en asumir esa autoridad al despedirse del paciente o al separarse de él cuando está encamado en su domicilio. Ello es debido a que en el hospital las condiciones son muy diferentes y como ya hemos indicado permiten difícilmente el auténtico aprendizaje de la secuencia estructurada que constituye la consulta médica.

El médico debe hacerse una idea incluso provisional, tomando decisiones que son de alguna manera el objetivo final habitual de la consulta. Toma también una decisión cuando explica al paciente que debe volver para efectuar un examen complementario, decidiendo entonces aumentar sus informaciones o dejar pasar el tiempo posponiendo su respuesta a la petición que el paciente le reclama. Cuando se debe acabar la consulta a veces de una manera autoritaria, esta nueva decisión puede plantear graves dificultades a ciertos médicos que se dejan entonces manipular por el enfermo dentro de una perspectiva que puede ser el origen de una relación médica de tipo sadomasoquista.

Retomaremos el concepto de primera entrevista y de anamnesis distinguiendo con Schneider (1984) dos técnicas principales:

A/ La anamnesis metódica.

Inmediatamente después de que el paciente haya descrito los síntomas de los que sufre, el médico emite una hipótesis patogénica que utiliza para abordar las informaciones que le serán necesarias. Dirige pues la entrevista interrogando al enfermo, teniendo en cuenta esta hipótesis de trabajo sobre su enfermedad actual, sus antecedentes, incluso sobre aspectos hereditarios si ello parece necesario. Si completa según el esquema que ha aprendido estas informaciones es siempre en función de la hipótesis de partida. El examen físico le permitirá entonces confirmar o no su hipótesis y formular en ese caso otra diferente que elaborará con nuevas preguntas. Por ejemplo, si un paciente se queja de fatiga, de adelgazamiento y de una sed exagerada, la hipótesis del médico puede ser de que sufra de una diabetes y completará su anamnesis y su examen en esa dirección. No esperará demasiado del examen físico pero sí del análisis de orina y de sangre. Si esos análisis dan resultados normales el médico abandonará su primera hipótesis pensando en alguna otra enfermedad haciendo entonces un complemento de anamnesis.

Cuando la descripción por parte del paciente de su enfermedad no permite al médico el construir inmediatamente una hipótesis inicial, habitualmente procede por tanteos cubriendo el campo de diferentes tipos de afecciones según una aproximación generalmente personal que ha ido estableciendo a medida que ha ido completando su formación.

Constatamos muy rápidamente que un tal método es excelente cuando se trata de diagnosticar una «enfermedad» pero que excluye de entrada al hombre enfermo. Ya hemos indicado que debe ser obligatoria en caso de enfermedades agudas. En numerosos casos el médico no puede dirigir la anamnesis de esta manera ya que los síntomas de los que el paciente se queja no son realmente característicos de ninguna enfermedad orgánica. El médico tiene entonces muy rápidamente la impresión de que toda la personalidad del enfermo es la que se encuentra afectada y es preferible utilizar otro tipo de intervención.

B/ La entrevista no directiva.

Su objetivo es ampliar lo más que se pueda el campo informativo aprendiendo a conocer al mismo tiempo al hombre y a su enfermedad. Este tipo de entrevista exige una mayor disponibilidad por parte del médico y puede reclamar una mayor cantidad de tiempo pues se trata de una entrevista que no consiste en interrogar ya de entrada. El médico, aún así, puede hacerlo dirigiendo la anamnesis pero procurando no limitarla. Tiene todas las facilidades para retomar el camino de la anamnesis clásica en el caso de que eso

parezca indispensable.

El estilo que aparece en la primera entrevista puede dar indicaciones muy valiosas sobre la personalidad del paciente y sobre su estructura. Eso será muy importante cuando nos encontremos ante síntomas funcionales, psicósomáticos o neuróticos. La primera entrevista es entonces auténticamente un diálogo y el método utilizado es dialéctico. El médico recibe menos informaciones directas y precisas que cuando utiliza la técnica más metódica. Puede, en un segundo tiempo, completar las informaciones recibidas sobre la enfermedad utilizando al final una anamnesis clásica. Las informaciones obtenidas en un primer tiempo conciernen la existencia del sujeto, su manera de ser con nosotros, su integración social, la forma como ha vivido las diferentes etapas de su infancia, de su adolescencia y de su vida, así como su forma de entrar en contacto con el médico lo que es un punto muy importante. La anamnesis, no se limita a la historia de las enfermedades, particularmente de las somáticas, sino que pasa a ser un conjunto informativo de la existencia pasada y actual, permitiendo penetrar en el mundo del paciente. No se funda sobre la hipótesis de que la enfermedad tiene una sola causa y que es suficiente con encontrarla para poder tratarla.

Si el médico procura preguntar muy poco, limitando sus intervenciones y sin provocar distorsiones, permite al enfermo describir sus males de la forma como los vive. El conocimiento de como la enfermedad es vivida por el paciente es indispensable cuando se quiere comprender al hombre enfermo. El médico por su parte establece su idea anamnésica de la afección y será importante verificar si los dos puntos de vista concuerdan o no. Cuando se deja a un paciente libre para hablar de sí mismo, sectores importantes de su vida que pueden tener relación directa con su enfermedad pueden no aparecer y de ello no hablará. Estas informaciones negativas son tan importantes como las informaciones positivas. Si un paciente no habla en absoluto de su padre, como si no hubiera nunca existido, ello constituirá una información de primera importancia.

Utilizando una tal aproximación tratamos de abordar los problemas emocionales del paciente y determinar sus conflictos y las soluciones que ha intentado encontrar para solventarlos, soluciones habitualmente erróneas ya que no ha conseguido tener éxito y la enfermedad ha aparecido. Se puede también constatar que el paciente ha sido incapaz de encontrar cualquier tipo de solución. Viene pues al médico pidiéndole que corrija la mala solución o encontrar otra.

¿Cuándo habrá que utilizar uno u otro tipo de entrevista? Las informaciones iniciales que da el paciente sobre el aspecto agudo o crónico de su afección permiten una primera orientación. En caso de duda, la entrevista no directiva es más útil que la anamnesis metódica ya que el médico puede siempre que lo desee utilizar esta última en el caso de que sea necesario. Si empieza por la anamnesis metódica le es prácticamente imposible en el transcurso de la misma entrevista pasar a ser no directivo.

En la entrevista no directiva se produce una toma de contacto con las emociones y una relación afectiva, situaciones que el interrogatorio clásico impide. La anamnesis que se obtiene a través de la entrevista no directiva queda siempre incompleta y deberá continuarse. Tratándose de la historia de una vida podríamos añadir que nunca terminará.

Sea cual fuere el método utilizado hay que desconfiar de los formularios impresos que se deben rellenar para obtener una anamnesis llamada completa. Estos formularios pueden ser útiles en un segundo tiempo pero a no ser en caso de investigaciones centradas en problemas muy particulares no pueden servir en el transcurso de una primera entrevista.

Claro está que ésta debe estar centrada sobre la enfermedad, pero aunque muchos pacientes empiezan hablando de sus síntomas no siempre es el caso. Conviene entonces tener la flexibilidad de dejar al paciente perder aparentemente un cierto tiempo en consideraciones que parecen muy lejanas de las razones por las que ha venido a consultarnos. El diálogo que representa la toma de contacto no debe ser un interrogatorio seco. En el transcurso de la primera consulta fenómenos emocionales pueden manifestarse muy rápidamente, sobretudo en las entrevistas no directivas. Se puede observar lo que se ha llamado una «abreacción» o «catarsis» que provoca una descarga afectiva pudiendo comportar por sí sola un efecto que ya sea terapéutico. (Balint, 1961).

Añadiremos que esta primera entrevista permite observar al paciente en su manera de ser, de presentarse, de hablar y de reaccionar. Al mismo tiempo el médico puede observar y apreciar lo que está haciendo. En un contacto humano auténtico, modificará su actitud, su lenguaje, incluso su manera de ser teniendo en cuenta a su interlocutor. Actuará naturalmente sin forzarse para que éste se sienta más cómodo y para que una atmósfera de confianza pueda crearse.

Desde el inicio de este diálogo el médico debe apreciar las resistencias de su paciente que le suministrarán indicaciones sobre su estructura psicológica. El enfermo abordará al médico según su psicología personal y se construirá una figura, una imagen, que puede ir desde el personaje benevolente, de la madre afectuosa, al padre estricto y severo. Si abordamos a un tipo de pacientes que consideran al médico como una figura autoritaria a la que temen tendrán muchas dificultades para hablar de ciertos temas de los que pueden sentir vergüenza. El médico deberá ser consciente de ello al investigar esos temas, particularmente aquellos correspondientes a la esfera sexual. La respuesta puede ser evasiva, negativa o inexacta. La sexualidad no es el

único tema difícil ya que se pueden observar las mismas reticencias al abordar demasiado precozmente aspectos de enfermedades que pueden ser familiares o hereditarias. Si el médico está realmente disponible todos estos problemas pueden no obstante ser estudiados en una atmósfera que puede favorecer la descarga emocional.

La manera como el médico trate estos temas muy personales, relacionados con los sentimientos y la sexualidad pero también las cuestiones de dinero dependerán en gran manera de como él mismo haya obtenido una solución satisfactoria a esas cuestiones. Dicho de otra manera no hay ni preguntas molestas ni palabras peligrosas. Si la entrevista se desarrolla adecuadamente los problemas se abordan en el momento preciso en el que deben serlo. Precisemos que la sexualidad no se limita a las enfermedades venéreas o a la sobrecarga sexual. En numerosas anamnesis médicas esas son las únicas informaciones que se poseen sobre un aspecto tan importante de la existencia. El paciente se ve de alguna manera «castrado» por el médico, como si no tuviera sexualidad. Incluso observamos que el médico se esfuerza en presentarse como un ser asexual que teme hablar de la sexualidad. No obstante cuando las resistencias son muy fuertes y que ese tema es incómodo es conveniente que el médico pueda dejar de satisfacer una cierta curiosidad, aunque sea muy adecuada, que obligaría a ir demasiado deprisa.

Plantearemos formalmente la cuestión del tiempo. El modelo de entrevista psiquiátrica y aún menos el de la entrevista psicoanalítica no debe ser imitado por el generalista. Este debe tener una gran flexibilidad y no comenzar una entrevista, que puede desarrollarse a lo largo de más de los 10 o 15 minutos que concede habitualmente a sus enfermos, más que en el caso en que se sienta auténticamente disponible. Es preferible el fijar una nueva cita con su paciente indicándole que tiene necesidad de más tiempo para discutir con él antes que intentar efectuar una investigación completa en situaciones en las que pueda estar preocupado por los cuidados que debe prodigar a otros pacientes que le están esperando (Schneider, 1984,1986).

V.- Características del grupo control

Fué constituido por 20 pacientes del mismo grupo de edad (entre 39 y 64 años), hospitalizados durante el mismo período de tiempo, en el mismo servicio de medicina interna, por afecciones cardiológicas, diferentes del infarto de miocardio. Se procedió con ellos a la misma aproximación psicodinámica con utilización de la técnica de entrevista no directiva aplicada en el grupo de estudio.

La constatación de un hecho, no previsto inicialmente, como fué la elevada frecuencia de pérdida de los progenitores en el grupo objeto de estudio justificó la creación de un segundo grupo de control, más amplio (50 sujetos), constituido por pacientes del mismo grupo de edad, hospitalizados por todo tipo de afecciones (excluidas las cardiológicas), con el único fin de determinar la incidencia de una tal situación en la población general.

VI- Breve descripción clínica de los casos estudiados

Caso 1.

53 años.

Director de sucursal bancaria.

Perfeccionista y escrupuloso, con gran experiencia en su trabajo que le hace adivinar y subrayar las dificultades prácticas que en su aplicación cotidiana tendrán las directivas emanadas de las altas esferas de su institución crediticia, lo que le da una cierta reputación de anunciador de desgracias. A pesar de ello es muy valorado y apreciado por la justeza de sus opiniones profesionales.

En los dos últimos años presenta varias crisis anginosas que le han dificultado mantener sus actividades profesionales y se ha sentido muy preocupado por el temor de no poder recuperar su fuerza física, idea que le deprime considerablemente. Tres meses antes de su infarto le anuncian bruscamente que su hija menor ha sido hospitalizada como consecuencia de un accidente de tráfico con traumatismo craneoencefálico. Esa hija hacía poco que había interrumpido sus estudios y se había separado de su novio frecuentando compañías que el paciente consideraba negativas. Éste se había sentido muy decepcionado por la evolución de esta hija que era su preferida y a la que gustaba dar en ejemplo a su hija mayor. Poco después también su hijo necesita ser hospitalizado por una sospecha de meningitis. De hecho se tratará de una meningitis benigna viral, pero antes de precisarse ese diagnóstico ya había aparecido el infarto. Evocando este cúmulo de cosas nuestro paciente aparece como paralizado por la emoción, completamente bloqueado, pero sin que ninguna lágrima aparezca.

Caso 2.

Propietario agrícola.

64 años.

Durante muchos años alcalde de su población. Ha conducido siempre los asuntos municipales con mano de hierro, lo que le ha valido algunas enemistades, pero en general su gestión ha sido muy valorada por haber conseguido para su pueblo mejoras de las que ninguna otra población de la comarca se ha beneficiado.

Debido a cambios políticos a nivel supramunicipal pierde la alcaldía hace dos años retirándose de los asuntos públicos y dedicándose a sus propiedades. Siempre ha sospechado de su mujer que casó con él por interés y no por amor lo que ha dado una tonalidad peculiar a su vida conyugal. Después de su retirada de los asuntos municipales aparecen celos que desembocan en un episodio conflictivo. A su juicio, el practicante del pueblo, visita más a menudo de lo necesario a su esposa, diabética, y le lanza varias indirectas. El practicante que trabaja en esa población desde hace pocas semanas y no está al corriente de todos los hechos precedentes, reacciona críticamente a las insinuaciones de nuestro paciente y éste se siente humillado y desvalorizado. Pocas semanas después aparece el infarto.

Caso 3.

51 años.

Empresario metalúrgico.

A los pocos meses de su primer matrimonio enviudó y pocas semanas después casó con la hermana de su esposa, manifestando así su imposibilidad total para elaborar cualquier tipo de duelo. Su único hijo sufre un proceso esquizofrénico que le inhabilita para tomar la sucesión al frente de la empresa, como habría sido su deseo. Ese hijo, dice, le ha producido muchas decepciones pero finalmente empezaba a aceptar la realidad y a plantearse, más bien a nivel teórico, el liquidar su empresa y dedicarse a otros negocios de tipo financiero.

Desde hace un par de años se ha volcado en la construcción de una residencia secundaria a la que ha dedicado muchos esfuerzos y dinero. Cuando finalmente está acabada, un serio conflicto urbanístico le opone a sus vecinos y al ayuntamiento de la localidad en cuestión por la construcción, sin licencia, de un pequeño depósito para herramientas en el jardín. A pesar de que el paciente reconoce la futilidad objetiva de ese conflicto («las herramientas las podría poner en cualquier parte») se toma la cuestión a nivel muy personal y pocas semanas después de que el ayuntamiento le comunique la orden de derribo aparece el infarto.

Caso 4.

57 años.

Encargado de una fábrica textil.

Huérfano de padre y madre a los 5 años a causa de un accidente de tráfico. Su hermana 10 años mayor que él ocupa el lugar de sus padres y durante toda su vida tendrán una relación muy próxima. Recientemente la empresa, en la que entró como aprendiz y de la que ha llegado a ser encargado, ha presentado numerosas dificultades debido a la competencia procedente de países de Extremo Oriente. Despidos y reducción de horario han sido frecuentes estos últimos tiempos. Nuestro paciente presenta durante esa época sucesivas úlceras de estómago de las que se recupera.

En los últimos seis meses se producen dos acontecimientos importantes: la empresa cierra definitivamente sus puertas, y su hermana muere de un cáncer de mama. Al evocar su futuro, sin trabajo y con pocas perspectivas de encontrarlo debido a su edad y la falta de su hermana que siempre ha representado un apoyo importante para él, el paciente con una tonalidad depresiva se exclama «qué va a ser de mí».

Caso 5.

51 años.

Representante de comercio.

No llegó a conocer a su madre que murió como consecuencia de su nacimiento cuando él tenía pocos días. Muy activo, ha desempeñado diferentes trabajos pero al final prefiere la independencia que le da su profesión actual. Brillante en sus negocios, hasta el punto de que las empresas se lo disputan para que represente sus productos. Hace tres años murió su padre («ahora pienso mucho en él»). Tiene una hija única con la que ha desarrollado una intensa relación y de la que dice sentirse muy próximo, existiendo una gran complicidad hasta el punto de comentar que ello iba en detrimento de la relación con su propia esposa. Hace tres meses su hija le comunica su intención de casarse y de establecer su domicilio junto a su marido en E.E.U.U.. Aunque ella le dice que todo seguirá igual, al evocar el próximo alejamiento de su hija, las lágrimas se le suben a los ojos.

Caso n. 6

59 años.

Contramaestre en una fábrica de cerillas.

Se describe como el eje alrededor del que gira el funcionamiento de la fábrica («controlaba yo mejor los horarios de mis obreros que ahora que han puesto un reloj cronometrador a la entrada»). A pesar de que la situación de su empresa es delicada dice no preocuparse por ello ya que próximo a la edad de jubilación de todas maneras en los próximos años tendría que replantearse su situación vital («y además ahora con esto del corazón...»). Ha perdido hace dos meses a su hermano gemelo (¡de un ataque cardíaco!) con el que siempre ha estado extraordinariamente relacionado hasta el punto de haber casado ambos con dos hermanas y pasar juntos siempre los días festivos y las vacaciones.

Caso 7.

46 años.

Constructor.

Su progresión en los negocios coincide con una época de boom inmobiliario y describe su actividad profesional como una auténtica carrera hacia adelante en la que si se para puede caer. No obstante señala que hay numerosos momentos difíciles pero con los que hay que contar («es como subir las escaleras de un inmueble, no todo son tramos de escalera, también hay rellanos y a veces, incluso, tramos descendentes»). Parece bastante bien adaptado a las condiciones aleatorias de su oficio. No encontramos situación desencadenante.

Caso 8.

49 años.

Jefe de ventas en un concesionario de automóviles.

Originario de un ambiente social muy desfavorecido entra a trabajar muy joven en un taller de reparación. El propietario del taller, muy ambicioso, consigue su desarrollo hasta llegar a ser uno de los principales concesionarios de automóviles de la región. Nuestro paciente sigue la progresión ocupando puestos de cada vez mayor responsabilidad y al final casando con la hija del propietario de la empresa. Tienen dos hijas. Tanto él como su esposa son jugadores empedernidos y al regreso de un viaje a los casinos de la Riviera la esposa muere en accidente de circulación, atropellada. Nuestro paciente intenta trasladar por todos los medios (helicópteros y reactores sanitarios) a su mujer malherida a los mejores hospitales traumatológicos, sin resultado. Al enviudar se muda con sus hijas al domicilio de sus suegros. En la empresa desempeña con sus cuñados diferentes labores de dirección. En el momento en que la menor de las hijas accede a la mayoría de edad la familia de su mujer le comunica el deseo de reestructurar el organigrama de la empresa: nuestro paciente pasará de asociado a asalariado.

Las condiciones financieras propuestas son satisfactorias pero desde ese momento aparece un malestar inespecífico que es diagnosticado como funcional en un chequeo, ingresando tres meses después con un infarto.

Caso 9.

46 años.

Propietario de una empresa farmacéutica.

Su padre a partir de una humilde botica de pueblo consiguió el crear un pequeño imperio industrial que su hijo ha retomado y desarrollado considerablemente. A pesar de acceder a un status económico muy elevado nunca olvida los modestos orígenes de su fortuna y vive con una cierta moderación y sencillez. Viajero impenitente acostumbra recorrer Europa en todos los sentidos a bordo de su potente automóvil, prefiriéndolo a otros medios de transporte como el ferrocarril o el avión. De hecho ese es su único lujo. Siempre ha acariciado la idea de la posesión de un modelo extraordinario de automóvil, pero su elevado coste siempre le había hecho posponer la decisión de su adquisición, hasta que dos años atrás puede realizar su sueño dorado. Hace dos meses a la salida de su fábrica un banal accidente de circulación, del que por otra parte él no es responsable, causa ligeros daños a su vehículo. Aparecen ideas casi delirantes de culpabilidad, experimenta una gran ansiedad y sobreviene el infarto.

Caso 10.

63 años.

Empleado de ferrocarril.

Tan estricto y puntual como los trenes sobre los que trabaja. Es capaz de hacer pagar la tarifa completa y la sanción por no llevar billete al vecino que ha olvidado su abono en casa y del que sabe pertinentemente que está al corriente de pago. Desde la muerte de sus padres cuando él era muy niño, su vida es una serie ininterrumpida de separaciones: colocado en varias familias de adopción durante su infancia, su labor profesional le ha obligado a múltiples cambios de domicilio, viudo y vuelto a casar, hace cinco años pierde a su única hija en accidente de circulación. No encontramos situación desencadenante en el sentido del presente estudio.

Caso 11.

Mujer de 60 años.

No acertamos a valorar si se trata de una mujer con pocas luces intelectuales o bien se trata del gravísimo estado depresivo con gran inhibición intelectual en el que nos aparece inmersa.

Viuda desde hace 10 años ha vivido las bodas sucesivas de sus siete hijos como una pérdida progresiva de los puntos de referencia en su vida. La gravísima depresión aparece inmediatamente después de la boda de su último hijo con su consecuente alejamiento del domicilio familiar y cuando el resto de sus hijos le plantean la conveniencia de ingresar en una residencia asistida. Es en este contexto cuando aparece el infarto.

Su estado psicológico es tan preocupante que nos planteamos su traslado a un servicio especializado de psiquiatría, pero una de las hijas decide recogerla en su domicilio.

Caso 12.

Mujer de 40 años.

Propietaria de un casino ilegal.

Narra su vida como una constante lucha por adoptar actitudes viriles para satisfacer a su padre que siempre había deseado tener un hijo varón (ella es hija única). La imagen de este padre estará omnipresente en la entrevista.

Describe a su marido como un inútil que vive a su sombra y que lo único bueno que ha hecho es fecundarla para permitirle tener a su única hija con la que mantiene relaciones muy conflictivas desde el momento en que ésta entra en la adolescencia planteando necesidades cada vez más importantes de independencia. Nuestra paciente se propone entonces el tener otro hijo pero desaconsejada por su ginecólogo que no acaba de ver las cosas claras se orienta hacia la adopción. Los encargados de la administración competente le hacen saber, con medias palabras, que con sus antecedentes es difícil que se le conceda la custodia de un niño. Se toma entonces la cuestión muy a pecho y se convence de que la solución a todos sus problemas sería esa adopción por lo que se dirige a una organización internacional especializada en repatriar y adoptar niños necesitados procedentes de la hecatombe bélica de Extremo Oriente.

Su infarto sobreviene pocas horas después de ser informada, en el momento de dirigirse al aeropuerto a recoger a su nuevo hijo, de que la organización en cuestión ha sido desarticulada por la Interpol, ya que se trataba poco menos que de un sistema de compraventa de niños.

Contacto muy peculiar durante la entrevista como aparece en esta viñeta:

Observador:

Parece como si hubiera estado sentada en una mesa de juego y convencida de tener una mano llena de triunfos, extendiera sus brazos para recoger las ganancias y entonces su rival descubriera un mejor juego que usted y se sintiera no sólo arruinada sino también humillada.

Paciente:

(sonriendo) A pesar de que no le he visto nunca en mi casino, parece usted un buen jugador... Eso es, efectivamente, lo que sentí.

Caso 13.

Mujer de 52 años.

Cajera en unos grandes almacenes.

Hija póstuma de un padre que se suicida en circunstancias particularmente atroces (en un ataque de celotipia degolla a su amante disparándose él después). Su madre, encinta de nuestra paciente en el momento de esos hechos, ejerce una auténtica retirada del mundo, replegándose sobre sí misma y su hija recién nacida. Transmite a ésta una gran desconfianza hacia cualquier persona que no sea ella lo que no dejará de repercutir en su vida de relación extraordinariamente pobre y que apenas se modificará tras la muerte de esa madre acaecida hace siete años. Muy concisa en su trabajo no tiene ninguna dificultad en sustraer, durante largos años y ya en vida de su madre, pequeñas cantidades de la caja de la que es responsable, que gasta en chucherías de las que por otra parte no tiene ninguna necesidad o que se podría permitir ampliamente con su salario. Parece que simbólicamente corresponda a una venganza contra su empresa y a través de ella, contra la sociedad entera. El infarto aparece dos meses después de que en una verificación rutinaria se descubra su actuación. Su empresa, consciente de la poca importancia de los hurtos, le ofrece un acuerdo amistoso pero ella rechaza la evidencia y les fuerza a presentar una demanda judicial. El juez pide un peritaje psiquiátrico, que previsiblemente va a declararla irresponsable, y la empresa la despide basándose en el no respeto de la buena fe contractual.

Caso 14.

53 años.

Restaurador.

Hombre muy ambicioso, no ha cesado de trabajar toda su vida desde que empezó en un restaurante como pinche de cocina hasta ser propietario de su propio establecimiento. Deseoso, por cualquier medio, de ver aparecer su nombre en las más prestigiosas guías gastronómicas. Con gran capacidad manipuladora consigue una cierta reputación entre aquellos críticos gastronómicos que son fácilmente comprables.

El infarto aparece pocas semanas después de la visita a su restaurante del crítico de la guía gastronómica que él considera más prestigiosa y que ante sus habituales formas de actuar, le responde, secamente y con desprecio que eso no funcionará con él.

Caso 15.

57 años.

Propietario viticultor.

Extraordinariamente religioso convierte su vida en una especie de cruzada contra el pecado contribuyendo a la creación y sostén de todo tipo de asociaciones religiosas. Se ve seriamente traumatizado hace unos años al descubrir que el párroco de su localidad tiene aproximaciones equívocas hacia su hijo preadolescente. Aparece entonces una sintomatología anginosa que entre otras medidas terapéuticas justifica que deje de fumar. Se repliega sobre su familia, y su mujer, bastante más joven que él, fumadora empedernida le promete que ella también dejará de fumar para facilitarle su labor. El paciente evoca su enorme decepción, subrayando su futilidad, cuando hace unos meses descubre que su mujer ha vuelto a empezar a fumar a escondidas. Dice, con lágrimas en los ojos, que ya no va a poder fiarse de nadie.

Caso 16.

49 años.

Empleado de banca.

A los 10 años pierde a su padre y toda su adolescencia y su primera juventud la pasará a la búsqueda de una imagen que le reemplace. El director de la sucursal bancaria en la que empieza a trabajar reúne todas las condiciones para desempeñar ese papel y nuestro paciente le sigue con los ojos cerrados cuando hace unos años cambia de entidad crediticia apostando por una joven empresa que ofrece mejor remuneración. En un momento dado el espejismo deja paso a la cruda realidad y el banco en cuestión es amenazado de liquidación con la consecuente pérdida de empleo por parte de nuestros dos protagonistas. Cuando él se dirige a su superior, en búsqueda de protección y consejo, este se desentiende de él. «Me dijo que me tenía que espabilar».

Caso 17.

60 años.

Propietario de una empresa de recambios de automóvil.

Hombre respetado y admirado en el campo de los negocios, dice ser en casa una marioneta en manos de su mujer y de su suegra. De hecho, parece ser que proyecta en ellas, las decisiones de tipo personal que a él le cuestan tomar. Pierde a su hijo único de una esclerosis en placas cuando éste tiene 25 años. Demasiado tarde para reemplazarle de forma natural, su mujer y su suegra, dice, insisten para que adopten otro que colme el vacío dejado por la muerte del joven. Al final nuestro paciente cede a las presiones y adoptan a un preadolescente, muy carenciado y con graves problemas de carácter, que muy prontamente planteará dificultades de adaptación social. Durante mucho tiempo la familia intentará hacer la vista gorda pero un día la policía les demuestra sin lugar a dudas que un robo importante que se ha producido en su empresa no habría sido posible sin la complicidad del joven adoptado. Nuestro empresario se siente acorralado y hundido y a las tres semanas es hospitalizado con un infarto grave.

Caso 18.

55 años.

Asistente Social.

Dice de él que ha dedicado toda su vida al prójimo («lo mío es ayudar a los otros»). Vive solo, no tiene tiempo para fundar una familia, «mi familia son los que me necesitan». En un momento dado adquiere responsabilidades sindicales y es elegido diputado en el parlamento local. Muy decepcionado en su primer contacto con la política profesional, «para ser político hay que tener los dientes muy afilados», rompe con el partido bajo cuya bandera ha sido elegido y se presenta a las siguientes elecciones como independiente, confiando en que su reputación y sus desvelos profesionales sean sus mejores cartas de presentación.

La situación desencadenante de su infarto es su fracaso electoral tras resultar elegido en su circunscripción un político profesional que él considera corrupto y venal.

Caso 19.

51 años.

Dentista.

De la minuciosidad y perfeccionismo de su trabajo dan fe las deslumbrantes sonrisas que exhiben las bellezas locales. Su reputación profesional desborda ampliamente la pequeña ciudad, capital de comarca, donde ejerce. Numerosos pacientes acuden a su consulta procedentes del resto de la nación e incluso del extranjero.

Durante su juventud fué un buen deportista, abandonando el atletismo que practicaba «por no poder ser el primero». Dice haber mal soportado la crisis de los cuarenta por lo que comporta de pérdida de vitalidad. Ha intentado compensarlo reanudando sus actividades atléticas pero esta vez corriendo la maratón. Durante estos últimos años no se ha perdido ninguna, no dudando en atravesar el océano varias veces durante el año para correr las más prestigiosas.

Siempre ha considerado la sexualidad como una actividad en la que tenía que verificar su potencia y su juventud. Se dice muy afectado por su primer fracaso sexual que se ha producido hace pocos meses y por más que su esposa ha actuado muy comprensivamente él se siente obsesionado por lo que considera el inicio de su declive.

Caso 20.

63 años.

Propietario de una empresa de cerámica.

Desde tiempo inmemorial las muñecas de porcelana fabricadas artesanalmente en el taller familiar son los típicos regalos de lujo en la región: hay por lo menos una en cada casa de la burguesía media y alta. El propietario se describe como autoritario y tiránico con sus hijos y empleados. Ha soportado muy mal la progresiva independencia que los sucesivos matrimonios de sus tres hijos ha comportado al alejarles del domicilio familiar ya que ninguno ha querido quedarse a trabajar con él y él no ha podido crear escuela. De todas maneras se considera un artista y «el arte no se transmite». En los últimos años ha notado una pérdida de su agilidad manual con algunos dolores en las articulaciones y algún otro síntoma que han configurado el diagnóstico de artritis reumatoide que le ha sido comunicado hace tres meses estando nuestro paciente al corriente del sombrío pronóstico funcional que esa enfermedad comporta. Aunque desde hace años está en negociaciones con una multinacional del juguete para traspasarles la marca y la reputación de sus muñecas a cambio de sustanciosas ventajas económicas se dice muy deprimido y «se ciernen nubarrones sobre mi futuro».

Caso 21.

57 años.

Cirujano militar.

Ha solicitado en numerosas ocasiones su excedencia temporal del ejército para integrarse en diversos equipos médicos que algunas instituciones humanitarias envían a los lugares en conflicto bélico para socorrer a las poblaciones civiles. Entonces puede practicar una auténtica cirugía de campaña ya que la neutralidad de su país de origen le impide cualquier tipo de cirugía de guerra. Enfatiza sobre las condiciones en las que en diversas ocasiones ha tenido que intervenir: «Cada intervención era un cara a cara con la muerte y el campo operatorio el tablero donde se jugaba la partida».

Hace 5 años sufre un accidente de tráfico en la jungla del que queda malherido y tras una larga convalecencia se recupera bastante quedando como secuelas dolores crónicos y una cierta incapacidad funcional. Intenta continuar actuando como si nada hubiera ocurrido pero un día sorprende en los pasillos del hospital alguien que emite un comentario referente a él (en todo caso así lo interpreta): «al pájaro le han cortado las alas». Esta frase se repite obsesivamente en su mente hasta que le sobreviene el infarto.

Caso 22.

48 años.

Cocinero industrial.

La destacada profesionalidad y capacidad de gestión de este paciente hace que diversas instituciones (hospitales, fábricas, universidades, cárceles) se lo disputen para ponerle al frente de sus comedores. Al no tener familia se permite una gran movilidad pasando grandes temporadas en países lejanos sabiendo que siempre a su regreso encontrará un puesto de trabajo muy bien remunerado. Se lamenta discretamente de que quizás ahora, tras el infarto, ya no le será posible mantener esta forma de vida. No encontramos situación desencadenante en el sentido del presente estudio.

Caso 23.

51 años.

Empleado en una empresa de cristalería y loza sanitaria.

Minucioso y perfeccionista en su labor, es considerado el operario más experto hasta el punto de que en ausencia del patrón era él quien asumía la responsabilidad de la empresa.

Al jubilarse el propietario, traspasa su empresa y el nuevo dueño trae consigo un gerente. Nuestro paciente vivirá como una profunda humillación el hecho de que un antiguo cliente de la casa al dirigirse a él pidiéndole consejo se vea interpelado por el nuevo gerente informándole de que es él el nuevo organizador de las labores de la empresa. Nuestro paciente calla y a pesar de que el cliente en cuestión le comentará más tarde en privado la confianza que tiene en él y lo incómodo de la situación vivida, rumiará durante largas semanas este episodio hasta que se establece el infarto.

Caso 24.

60 años.

Abogado.

Conocido por su oratoria brillante en la Audiencia de la pequeña ciudad donde reside. Reconoce sentir en el pretorio un «placer casi sexual» al enfrentarse, en los procedimientos judiciales, a los fiscales y abogados contrarios. No desaprovecha la ocasión, basándose en su extraordinaria elocuencia, para ridiculizar a sus rivales cuando las circunstancias lo permiten.

De siempre ha sido muy celoso de su intimidad y del respeto de las apariencias sociales. Soporta con enorme dificultad que su apellido aparezca en los periódicos locales a causa de la detención por posesión de drogas de una de sus hijas, aunque al no tratarse de tráfico de estupefacientes, sus relaciones le permiten mitigar el escándalo. No obstante, cuando le entrevistamos, con ocasión de su infarto, varios meses después, dice no

haber podido soportar las sonrisitas y sobreentendidos de sus colegas en los pasillos del tribunal que, cree él, le hacían pagar de esta manera, su fogosidad y eficiencia profesionales.

Caso 25.

50 años.

Arquitecto.

Obsesivo de la seguridad y de la fiabilidad en la construcción, hasta el punto de que los edificios que él proyecta asemejan auténticos bunkers. Su estricta profesionalidad le ha hecho especializarse en diagnóstico de edificios enfermos (mal construídos) lo que le ha valido no pocos conflictos con sus colegas a los que a menudo recrimina en privado, por lo que él considera dejadez y falta de conciencia profesional («fabrican pacotilla»).

Gana un concurso internacional de arquitectura para la construcción de un enorme bloque de apartamentos sociales y a pocos días de la inauguración recibe el resultado de los análisis de los materiales utilizados segun los que se habrían producido errores considerables en el fraguado de determinados cementos. Extraordinariamente angustiado por esa eventualidad («me sentí como un cazador cazado») aparece el infarto pocas horas antes de que los contraanálisis demuestren que se trataba de un error de laboratorio.

Caso 26.

61 años.

Profesor de Educación General básica.

Aparece en la entrevista como muy bondadoso, orgulloso de su labor, expresando una profunda satisfacción por los logros de sus alumnos. Dice que una de sus grandes alegrías es recibir la visita de algunos de ellos que le vienen a agradecer sus desvelos profesionales. Parece aceptar bastante bien su próxima jubilación por razones de salud: una diabetes de larga evolución le ha hecho perder mucha agudeza visual y las autoridades escolares consideran, y él está de acuerdo, que ya no puede asumir las mismas responsabilidades académicas. No obstante se le ha ofrecido y él ha aceptado una labor de supervisión de colegas más jóvenes. Comenta con una sonrisa conformada que «siempre hay dificultades en la vida».

No encontramos situación desencadenante.

Caso 27.

47 años.

Cantante en un coro de ópera.

Parece haber aceptado bien el hecho de que su voz no le permitirá ir mucho más allá del papel secundario que tiene actualmente en los coros de la ópera local. No obstante, un deje de envidia parece apuntar cuando comenta algunas de las rencillas existentes en su ambiente («he visto de todos los colores») así como su malsana alegría (en todo caso así lo afirma él) cuando alguna primera figura falla en algún solo o su actuación se ve acogida con mitigado entusiasmo por el público o la crítica.

No encontramos situación desencadenante.

Caso 28.

63 años.

Notario.

Auténtico cacique local, hace y deshace durante muchos años en el mundillo inmobiliario. Políticos y constructores están en deuda con él por deberle muchos favores. Demasiado confiado en su poderío y en sus influencias subestima la presentación de una demanda de procesamiento contra él por maquinación para alterar el precio de las cosas. En la base de esa querrela se halla un conflicto político al que nuestro protagonista es ajeno. A pesar de que se ve absuelto con todos los pronunciamientos favorables (el caso es archivado) se siente maltratado por el celo del joven juez de instrucción del que éste es el primer caso importante y después de un primer momento de rabia en el que llega a «maquinar» para trasladar al ofensor entra en una fase depresiva y a las pocas semanas es hospitalizado con un infarto. «Sentí que en ese proceso se iniciaba mi decadencia».

Caso 29.

54 años.

Comisario de policía.

Aparece tan rígido y estricto en sus principios que no le parece extraño al observador el que haya dedicado su vida a la lucha contra el crimen. Ha sido a menudo citado como modelo por sus dotes de organización y gestión del trabajo. Algunos de sus subordinados se ven envueltos en un turbio asunto de connivencia y protección de malhechores y aunque el expediente administrativo elude cualquier reproche hacia nuestro paciente y, por otra parte, el buen nombre de la policía aconseja el enterrar el asunto, él se siente traicionado, inseguro, hasta que se instaura el infarto pocos meses después. «Ya no podré confiar en nadie, y después del infarto ni en mí mismo».

Caso 30.

62 años.

Anticuuario.

Sin ser cazador utilizará durante la entrevista no menos de 17 términos correspondientes al vocabulario cinegético. Conocido por la exquisitez de sus piezas, su tienda es casi un museo y su stand es admirado en todas las ferias y exposiciones especializadas. Vive la consecución de las antigüedades como una competición con sus colegas, lamentando después el tener que desprenderse de las piezas «cobradas», frustración que intenta compensar por los elevados precios que fija a sus «trofeos». Se dice muy herido en su narcisismo porque su principal rival ha conseguido el contrato de decoración de la mansión de un emir recientemente trasladado a la región, contrato al que él también aspiraba. No tiene reparo en admitir que esa fue la causa desencadenante de su infarto. «Como Aníbal, había ganado todas las batallas pero he perdido la última».

Caso 31.

51 años.

Comerciante.

De dependiente de un comercio de ultramarinos ha pasado, gracias a su esfuerzo personal, a propietario de unos grandes almacenes. Presume de haber luchado toda su vida y no deber nada a nadie. Muy crítico con los que él llama conformistas y derrotistas («el que vale, vale y el que no, al paro»). El infarto le sobreviene pocas horas después de una violenta discusión con un inspector de hacienda en la que casi llegan a las manos, al notificarle el funcionario la elevada cantidad que se le reclama en concepto de impuestos no declarados. «Y ahora qué, ¿serán ellos los que me devuelvan la salud?».

Con graves dificultades para contener su violencia y agresividad el paciente sufrirá un síncope durante la entrevista seguramente por su incapacidad de metabolizar la rabia que siente en lo más hondo de él. Rechaza categóricamente el ofrecimiento de ayuda psiquiátrica y reclama con insistencia su alta del hospital comarcal en el que se encuentra ingresado.

Contra el parecer de los cardiólogos que le atienden retoma, después de su alta voluntaria, la dirección de sus negocios. Reingresa a las pocas semanas con un infarto masivo del que fallece a las pocas horas.

Caso 32.

59 Años.

Vendedor ambulante.

Desde hace muchos años instala su puesto de frutas y verduras en todas las ferias y mercados de la región. Su aspecto físico (gran cabellera leonina, poblados mostachos y luengas barbas, todo ello de un blanco de nieve) le hacen ser fácilmente identificable. Además su carácter servicial le hace ser muy respetado por sus clientes y colegas de los que en más de una ocasión se ha erigido en portavoz defendiéndoles de los abusos de las autoridades locales. De hecho ha conseguido, formando parte con otros compañeros de una coordinadora, el hacer aprobar una ley que equipara su profesión a un artesanado, protegiéndoles contra las maniobras represivas de los comerciantes sedentarios.

Ingresa en el Hospital pocas horas después de haber mantenido una fuerte discusión, en una cruda mañana de invierno, al ir a instalarse en el mercado local, y observar ocupado su lugar habitual por unos «hippies mercachifles» que vendían baratijas. Reconoce que lo que le ha molestado no es tanto la discusión con los rivales (que parece ser moneda corriente en su ambiente) sino el observar que la mayoría de sus colegas no le apoyaban y le dejaban solo defendiendo su parcela.

Caso 33.

56 años.

Funcionario internacional.

Siempre muy aislado dice no tener a nadie ni en su país de origen ni en su país de domicilio. Muy obsesivo y perfeccionista en su trabajo hasta el punto de ser un perfecto subordinado pero al que no se le pueden confiar labores que exijan una cierta autonomía y capacidad de decisión, lo que hace que no haya sido promocionado a puestos de más responsabilidad como por su antigüedad, dice, le habría correspondido.

Su carácter obsesivo se pone de manifiesto cuando inicia gestiones encaminadas a aclarar con el gobierno de su país de origen cual será la fiscalidad de su pensión de jubilación, que se aproxima. Parece ser que hasta ahora nadie se había ocupado de ese extremo y esos ingresos quedaban libres de impuestos. Algunos de sus compañeros y compatriotas, inquietos por sus gestiones, (de las que temen que no salga nada bueno) se lo recriminan desagradablemente en la cafetería de la Organización Internacional donde trabaja. El paciente se queja amargamente de que le tratan como a un apestado cuando él, llevado de su afán perfeccionista intentaba concretizar y oficializar su situación.

Caso 34.

50 Años.

Empleado de una compañía de electricidad.

En un primer tiempo se niega en redondo a ser entrevistado por un psiquiatra diciendo que «los psiquiatras son los causantes de todos sus males». La enfermera le persuade «dígame a ese doctor lo que piensa

de ellos y eso le hará bien». Acoge en su familia a la hija de su hermana que muere durante el parto. Su cuñado muy deprimido se dice incapaz de educar a la hija, responsable, según él, de la pérdida de su esposa. Nuestro paciente educará a esta niña con la idea de que sea para él un sostén en su vejez. Su hijo único, ha presentado graves problemas de drogodependencia y actualmente vive en una comunidad terapéutica. La niña, en la actualidad ya adolescente, presenta ciertos problemas de personalidad y un continuo fracaso escolar, justificando que se inicie una psicoterapia. Parece ser que dicho tratamiento contribuye a que la adolescente se libere de un sentimiento de culpa y de débito con respecto a su tío y que se plantee para el próximo curso escolar el alejamiento del domicilio familiar.

Nuestro paciente se siente traicionado y critica a los psicoterapeutas que destruyen familias.

Caso 35.

37 años.

Electricista en una fábrica.

Explica haber dedicado una buena parte de su existencia a la elaboración de toda suerte de martingalas y sistemas para llevarse el primer premio en loterías, quinielas, juegos de azar, etc, sin conseguirlo, según él, porque en el momento en que su sistema estaba a punto se asustaba ya que de llevarlo a la práctica pasaría a ser millonario y susceptible, entonces, de despertar el interés de alguna banda de malhechores que le pudieran amenazar a él o a su familia. Lleva por ello una existencia modesta y siempre se sabotea cuando tiene la oportunidad de mejorar su situación.

Le ha sido muy difícil el relacionarse con la gente en general y con las mujeres en particular. En este contexto después de cosechar repetidos fracasos decide inscribirse en una agencia matrimonial y al final se casa con una filipina. Satisfecho por lo que él considera romper un maleficio acepta una promoción dentro de su empresa y pasa a ser jefe del servicio de mantenimiento eléctrico. Dos semanas antes de su infarto se produce en su labor un grave accidente en el que su subordinado (que ocupa el lugar que era el suyo) muere electrocutado al lado de nuestro paciente. Este no sufre ningún daño pero siente una ansiedad creciente que desemboca en el infarto.

Caso 36.

47 años.

Empleado de correos.

Muy responsable y perfeccionista se dice orgulloso de la forma como regenta la oficina de correos de la que es director. Un accidente de caza le deja secuelas en un miembro inferior y tras varias intervenciones de cirugía plástica y reparadora queda como secuela una impotencia funcional.

El infarto se produce a los dos meses de que se le notifique que no podrá retornar a su puesto habitual de trabajo ya que al ser una oficina con muy poco personal hay, a veces, que efectuar esfuerzos físicos. Se le ofrece una alternativa burocrática en la central regional de correos pero el paciente se exclama que no será lo mismo.

VIÑETA CLINICA:

Paciente: (Evasivo) «¿A Vd. qué le parece?» (Refiriéndose a la evolución que tendrá su estado de salud).

Entrevistador: «Es difícil de decir... como si yo le preguntara cuándo llegará una carta entre dos poblaciones».

Paciente: (Con gran sorpresa del entrevistador): «Escoge Vd. un mal ejemplo». (Divide el día en tres zonas horarias y según esas zonas describe las combinaciones postales posibles y la hora previsible de reparto del envío en la localidad destinataria)

Caso 37.

57 años.

Obrero en una fábrica de instrumentos de precisión.

Muy carenciado en su infancia dice llevar una existencia solitaria y frustrante. La empresa en la que trabaja y en la que entró como aprendiz ha tenido muchas dificultades estos últimos años en la consecución de nuevos pedidos. No obstante la profesionalidad y el espíritu de sacrificio de nuestro paciente han justificado que su puesto de trabajo estuviera siempre preservado. Su horario estos últimos años ha sido en sus palabras como un acordeón ya que durante temporadas debía trabajar muchas horas diarias y en otras épocas casi no hacía falta ni que se acercara a la fábrica. Paradójicamente esos eran los días en los que se encontraba peor.

No encontramos situación desencadenante en el sentido del presente estudio.

Caso 38.

49 años.

Propietario y conductor de un camión de gran tonelaje.

A bordo de su rutilante y potente camión (que ha merecido en una ocasión un reportaje en la televisión por su semejanza con los monstruos americanos del transporte) cuadricula el mapa de Europa y del Próximo Oriente ya que se ha especializado en largas distancias y en conducir mercancías a lejanos países. Muy celoso de su libertad vive con gran tensión e inquietud las pocas semanas al año que pasa en casa con su familia

prefiriendo, de lejos, su vida a bordo del camión que ha acondicionado como un segundo (¿primero?) domicilio. Está acostumbrado a penalidades, bloqueos y dificultades administrativas de todo tipo pero soporta muy mal, como una afrenta personal, los actos de vandalismo e intento de incendio de su camión en un altercado con obreros en huelga que bloquean la carretera. Los obreros en cuestión han escogido el suyo precisamente por ser el más llamativo y aparatoso. Aunque le han prometido la indemnización total de los daños producidos dice que ya no será lo mismo y que ya no podrá sentirse seguro en su «fortaleza».

Caso 39.

48 años.

Conductor de autobús urbano.

Toda su vida ha tenido un sueño que es poseer un chalet propio. Cuando después de largos años de penurias y sacrificios consigue construir el suyo en una parcela asequible (al lado de una vía férrea), la empresa de ferrocarriles decide, ante el horror de nuestro propietario, el reemplazar por un paso subterráneo un paso a nivel próximo al domicilio de nuestro paciente. Aunque el proyecto solo afectará a unos pocos metros del jardín de su propiedad por los que por otra parte será indemnizado opíparamente, encabezará un activo movimiento de oposición vecinal que juzga innecesaria la construcción de dicho pasaje.

El infarto aparece a los cinco días de que el recurso presentado por la asociación de vecinos que nuestro paciente preside sea rechazado por las autoridades competentes.

Caso 40.

65 años.

Mozo de cuerda en una estación de ferrocarril.

Auténtico personaje local, muy solitario, pero extraordinariamente cariñoso con los niños a los que accedía gustoso a pasear en su carretilla por los andenes de la estación donde trabajaba. Algunos de los miembros del personal del hospital donde se encuentra internado evocarán con emoción recuerdos de infancia. No obstante, añadirán, que a veces nuestro paciente explotaba en crisis coléricas que duraban poco pero durante las cuales más valía no acercarse a la carretilla en cuestión.

Su vida siempre ha girado alrededor de temas relacionados con el tren y ha conseguido de la administración ferroviaria que con ocasión de su jubilación le concedan, en propiedad, la famosa carretilla, inútil, por otra parte, ya que su puesto de trabajo no será ocupado por nadie más. (Ya no hay mozos de cuerda en las estaciones).

Al vivir nuestro paciente sólo, una enfermera de salud pública se desplaza a su domicilio para asegurarse de que no haya ningún problema durante su hospitalización. A su regreso nos comenta su sorpresa al descubrir que en el pequeño estudio de 20 metros cuadrados donde vive nuestro paciente el 80% de la superficie libre está ocupada por una enorme maqueta en la que se entrecruzan trazados ferroviarios y trenes en miniatura.

Nos parece que la situación desencadenante es la jubilación que se ha producido cuatro meses antes del infarto.

Caso 41.

Mujer de 61 años.

Ama de casa.

Muy obesa, parece de un nivel intelectual bastante bajo. Ha tenido cuatro hijos de los que el segundo padece de esquizofrenia, enfermedad que cursa en su caso con frecuentes crisis destructivas y agresivas lo que justifica a menudo la intervención de servicios sociales, psiquiátricos y policiales. De hecho toda la vida de nuestra paciente ha sido marcada por la necesidad de ocuparse de ese hijo que en la actualidad tiene 35 años.

Calificamos de situación desencadenante la separación conyugal de su cuarto hijo que se ha producido hace escasos meses y que ella vive paradójicamente como un profundo fracaso personal suyo al no haber sabido transmitir a ese hijo las cualidades suficientes para ser feliz en su matrimonio, relativizando y minusvalorando la enorme problemática familiar ligada a la enfermedad del segundo hijo.

Caso 42.

48 años.

Jefe de la sección de discos en unos grandes almacenes.

Su aspecto y su elocución amanerada traducen bastante claramente su identidad sexual poco definida. Se trata de un homosexual notorio al cual su afabilidad y simpatía le han permitido una cierta integración entre su vecindario. Siempre muy discreto en sus relaciones ha tenido especial cuidado en no molestar con la exhibición de las mismas a su entorno habitual. Dice soportar particularmente mal el paso de los años y sentirse muy preocupado por lo que será de él en su vejez.

El conflicto se desencadena cuando al iniciar su convivencia con su último compañero que él cree definitivo y que no pasa fácilmente desapercibido (se trata de una persona de color, de dos metros de altura y 20 años más joven que él) el vecindario hasta entonces muy permisivo se retorna no contra él sino contra el intruso dando así a entender el rechazo de la nueva pareja. Los comentarios sarcásticos y los insultos de los vecinos así

como la situación conflictiva en general hacen que la relación entre nuestros dos compinches no sea tan duradera como nuestro paciente había previsto sintiéndose solo y abandonado, viviendo además como previsible que esa soledad aderezada con marginación sea la tónica de los próximos tiempos.

Caso 43.

59 años.

Propietario y director de un gimnasio.

Apóstol de la creencia de que el ejercicio físico lo solventa todo y de la divisa «mens sana in corpore sano», hace del deporte una religión.

Vestido con prendas deportivas de llamativos colores y al frente de sus acólitos es bien conocido en los alrededores de la pequeña ciudad en la que regenta su gimnasio. Próximo a posiciones políticas ecologistas acariciaba la idea de presentarse a las próximas elecciones. Ha sentido siempre horror de la enfermedad y ha sido un cruzado de la vida sana y natural. Soportará pues particularmente mal las primeras manifestaciones de insuficiencia cardíaca. Obligado a consultar un especialista asume los consejos de éste que cree aceptables pero es ingresado de urgencia en el hospital afecto de un infarto a los pocos días, tras haber estado remando en un aparato de gimnasia durante tres horas a un ritmo infernal. Interrogado sobre las razones de una tal actividad contesta que no se le había prohibido explícitamente.

Caso 44.

56 años.

Sin profesión.

Se trata bastante claramente de la evolución de un proceso psicótico que ha justificado desde hace varios años la jubilación por invalidez de origen psíquico. El paciente vive solo en una pensión junto con otras personas necesitadas de asistencia. Durante toda la entrevista parece al borde del delirio, repitiendo incesantemente «la culpa de todo la tiene la muerte de mi sobrino». De hecho parece que ese sobrino era la única persona con la que tenía una cierta relación y es cierto que murió hace casi un año en el mismo hospital como consecuencia de las heridas sufridas en un accidente de automóvil. No obstante no consideramos esa situación como desencadenante en el sentido del presente estudio.

Caso 45.

47 años.

Asesor fiscal.

Hombre muy activo, habilidoso y de una gran profesionalidad, desarrolla una trepidante actividad pero dice valorar mucho la vida doméstica y la presencia constante a su lado de su mujer.

Matrimonio sin hijos, nuestro paciente lleva el principal peso de su despacho profesional y su mujer le es de una inestimable ayuda tanto en lo que respecta a su vida afectiva como laboral. De hecho la describe como si fuera una especie de mano derecha.

Interpretamos como situación desencadenante el hecho de que a su esposa que había sido operada hace cuatro años como consecuencia de un cáncer de mama, operación y posterior evolución que nuestro paciente había vivido con una gran inquietud, le acaban de comunicar que se ha producido una recidiva, hay numerosas metástasis, la actual situación no es operable y el pronóstico vital comprometido a medio plazo.

Caso 46.

39 años.

Profesor de Instituto de Bachillerato.

Narra su vida como una continua sucesión de sufrimientos.

Siempre se ha sentido despreciado por su padre, que según él, prefería a su hermano mayor. Este heredó el negocio familiar (un pequeño taller de electricidad) pero no demasiado hábil en los negocios necesitó del apoyo económico de nuestro paciente por problemas de falta de pago a determinados proveedores. El salvar a su hermano y el buen nombre de la familia (nuestro paciente se levantaba cada mañana de madrugada ya que la angustia por conocer si los periódicos locales daban alguna noticia sobre el negocio familiar no le dejaba dormir) no mejoró ni el trato ni el aprecio de su padre y hermano hacia él y parece haberse producido un fuerte altercado en el momento del entierro del padre cuya muerte acaeció hace dos años.

Ultimamente su hijo mayor ha presentado problemas psicológicos que el paciente describe como los típicos en un adolescente reprimido. Seguramente será preciso un tratamiento psicoterapéutico y la comunicación de una tal eventualidad hace pocos días le precipitan en un estado de gran ansiedad que degenera en el actual infarto.

Caso 47.

61 años.

Propietario de una fábrica de cerámica.

Afecto de una enfermedad de Parkinson pero bastante bien conservado psíquicamente. Siempre ha regido su empresa de una manera muy personalista a pesar de que en numerosas ocasiones se le ha aconsejado

trabajar en sociedad o por lo menos aproximar a sus hijos a la gestión del negocio. Ello hará que en el momento de una situación económica difícil se vea precisado a solicitar una suspensión de pagos, situación que degenerará rápidamente a momentos extraordinariamente conflictivos con sus trabajadores y proveedores.

El infarto acaece pocas horas después de tener que ser liberado por la policía de sus obreros que le retenían en los despachos de su empresa.

Caso 48.

42 años.

Camarero.

Este italiano, teatral y aparatoso como buen siciliano, trabaja desde hace 22 años en la misma empresa. Ya se había hecho a la idea de quedarse e incluso de adquirir una nueva nacionalidad. Su empresa va a cerrar próximamente y ante la eventualidad de tener que regresar a su Italia natal intenta disimular la preocupación que siente con palabras de desprecio hacia el país de adopción. El hecho de que haya caído enfermo mientras todavía estaba trabajando seguramente hará que explote a fondo los beneficios primarios y secundarios de su enfermedad («ahora no podrán echarme y por otra parte ya no me voy a recuperar»).

Parece el típico caso en el que la enfermedad es la única salida a un conflicto intrapsíquico importante.

Caso 49.

43 años.

Actuario de seguros.

Es el arquetipo del ejecutivo agresivo. Ha ido cambiando en estos últimos años varias veces de empresa buscando siempre una mejor renumeración por sus servicios y consiguiéndolo ya que era el que obtenía mejores «scores» en sus actividades, hasta el punto de recibir siempre los mejores premios en las competiciones internas que entre sus trabajadores organizan las empresas.

Arrastrado por el vértigo del éxito decide independizarse y abre su propia oficina de seguros. Las cosas no son tan fáciles como parecían y nuestro paciente sufre su infarto pocos días después de tomar la decisión de liquidar su nueva agencia y de volver a buscar una empresa que le emplee, situación que vive como una profunda humillación.

Caso 50.

59 años.

Aduanero.

Severo y autoritario con los viajeros no lo es tanto consigo mismo. De hecho abusa bastante del alcohol lo que ha justificado en varias ocasiones llamadas al orden de sus superiores. En parte por esos problemas y en parte por ser una práctica frecuente en la administración de aduanas cambia con mucha frecuencia de domicilio debido a sus diferentes destinos en puestos fronterizos. Dice hacer amigos con facilidad pero en el fondo expresa una gran tristeza y soledad.

No encontramos situación desencadenante en el sentido del presente estudio.

Parte tercera: listados de datos

I- Listado de casos con indicación de situación desencadenante, nivel económico y tipo de trabajo

N. CASO	EDAD	SEXO	SITUACIÓN DESENCADENANTE	NIVEL ECONÓMICO	TIPO DE TRABAJO
1	53A.	V	SI	MEDIO ALTO	DEPENDIENTE
2	64A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
3	51A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
4	57A.	V	SI	MEDIO	DEPENDIENTE
5	51A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
6	59A.	V	SI	MEDIO	DEPENDIENTE
7	46A.	V	NO	ALTO	AUTÓNOMO
8	49A.	V	SI	MEDIO ALTO	DEPENDIENTE
9	46A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
10	63A.	V	NO	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
11	60A.	H	SI	MEDIO BAJO	SIN PROFESIÓN
12	40A.	H	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
13	52A.	H	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
14	53A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
15	57A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
16	49A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
17	69A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
18	55A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
19	51A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
20	63A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
21	57A.	V	SI	MEDIO ALTO	DEPENDIENTE
22	48A.	V	NO	MEDIO	DEPENDIENTE
23	51A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
24	60A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
25	50A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
26	61A.	V	NO	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
27	47A.	V	NO	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
28	63A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO

29	54A.	V	SI	MEDIO	DEPENDIENTE
30	62A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
31	51A.	V	SI	ALTO	AUTÓNOMO
32	59A.	V	SI	BAJO	AUTÓNOMO
33	56A.	V	SI	MEDIO	DEPENDIENTE
34	50A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
35	37A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
36	47A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
37	57A.	V	NO	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
38	49A.	V	SI	MEDIO BAJO	AUTÓNOMO
39	48A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
40	65A.	V	SI	BAJO	DEPENDIENTE
41	61A.	H	SI	BAJO	SIN PROFESIÓN
42	48A.	V	SI	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE
43	59A.	V	SI	MEDIO	AUTÓNOMO
44	56A.	V	NO	BAJO	SIN PROFESIÓN
45	47A.	V	SI	MEDIO	AUTÓNOMO
46	39A.	V	SI	MEDIO	DEPENDIENTE
47	61A.	V	SI	MEDIO ALTO	AUTÓNOMO
48	42A.	V	SI	BAJO	DEPENDIENTE
49	43A.	V	SI	MEDIO	AUTÓNOMO
50	59A.	V	NO	MEDIO BAJO	DEPENDIENTE

RECOPIACIÓN

TOTAL VARONES: 46

TOTAL HEMBRAS: 4

EDAD MEDIA: 53,3 Años.

EDAD MEDIA VARONES: 53,3 Años.

EDAD MEDIA HEMBRAS: 53,25 Años.

SITUACIÓN DESENCADENANTE: SI= 42; NO = 8

VARONES: 82,6%

HEMBRAS: 100%

NIVEL ECONÓMICO:

ALTO= 9

MEDIO ALTO= 11

MEDIO = 9

MEDIO BAJO = 16

BAJO = 5

TIPO DE TRABAJO:

DEPENDIENTE = 25

AUTÓNOMO = 22
 SIN PROFESIÓN = 3

II- Listado de casos con indicación de edad, sexo, situación desencadenante y estructura de personalidad

N. CASO	EDAD	SEXO	SITUACIÓN DESENCADENANTE	ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD
1	53A.	V	SI	OBSESIVO COMPULSIVO
2	64A.	V	SI	PARANOICO
3	51A.	V	SI	TIPO «A»
4	57A.	V	SI	PASIVO DEPENDIENTE
5	51A.	V	SI	TIPO «A»
6	59A.	V	SI	TIPO «A»
7	46A.	V	NO	TIPO «A»
8	49A.	V	SI	TIPO «A»
9	46A.	V	SI	SIN DIAGNÓSTICO
10	63A.	V	NO	OBSESIVO COMPULSIVO
11	60A.	H	SI	ESTRUCTURA DEPRESIVA
12	40A.	H	SI	TIPO «A»
13	52A.	H	SI	PARANOICO
14	53A.	V	SI	TIPO «A»
15	57A.	V	SI	TIPO «A»
16	49A.	V	SI	PASIVO DEPENDIENTE
17	69A.	V	SI	TIPO «A»
18	55A.	V	SI	TIPO «A»
19	51A.	V	SI	TIPO «A»
20	63A.	V	SI	TIPO «A»
21	57A.	V	SI	TIPO «A»
22	48A.	V	NO	SIN DIAGNÓSTICO
23	51A.	V	SI	TIPO «A»
24	60A.	V	SI	TIPO «A»
25	50A.	V	SI	OBSESIVO COMPULSIVO
26	61A.	V	NO	SIN DIAGNÓSTICO
27	47A.	V	NO	SIN DIAGNÓSTICO
28	63A.	V	SI	TIPO «A»

29	54A.	V	SI	OBSESIVO COMPULSIVO
30	62A.	V	SI	TIPO «A»
31	51A.	V	SI	TIPO «A»
32	59A.	V	SI	SIN DIAGNÓSTICO
33	56A.	V	SI	OBSESIVO COMPULSIVO
34	50A.	V	SI	SIN DIAGNÓSTICO
35	37A.	V	SI	PASIVO DEPENDIENTE
36	47A.	V	SI	OBSESIVO COMPULSIVO
37	57A.	V	NO	OBSESIVO COMPULSIVO
38	49A.	V	SI	TIPO «A»
39	48A.	V	SI	SIN DIAGNÓSTICO
40	65A.	V	SI	SIN DIAGNÓSTICO
41	61A.	H	SI	ESTRUCTURA DEPRESIVA
42	48A.	V	SI	PASIVO DEPENDIENTE
43	59A.	V	SI	TIPO «A»
44	56A.	V	NO	PSICOSIS
45	47A.	V	SI	TIPO «A»
46	39A.	V	SI	ESTRUCTURA DEPRESIVA
47	61A.	V	SI	TIPO «A»
48	42A.	V	SI	PASIVO DEPENDIENTE
49	43A.	V	SI	TIPO «A»
50	59A.	V	NO	ESTRUCTURA DEPRESIVA

RECOPIACIÓN

TIPO «A»	= 23	de los que no S.D.	= 1
OBSESIVO COMPULSIVO	= 7	"	= 2
PASIVO DEPENDIENTE	= 5	"	= 0
ESTRUCTURA DEPRESIVA	= 4	"	= 1
PSICOSIS Y PARANOIA	= 3	"	= 1
SIN DIAGNÓSTICO	= 8	"	= 3
<hr/>			
TOTALES	50	"	8

III- Tipos de situación desencadenante: descripción
TIPOS DE SITUACIÓN DESENCADENANTE

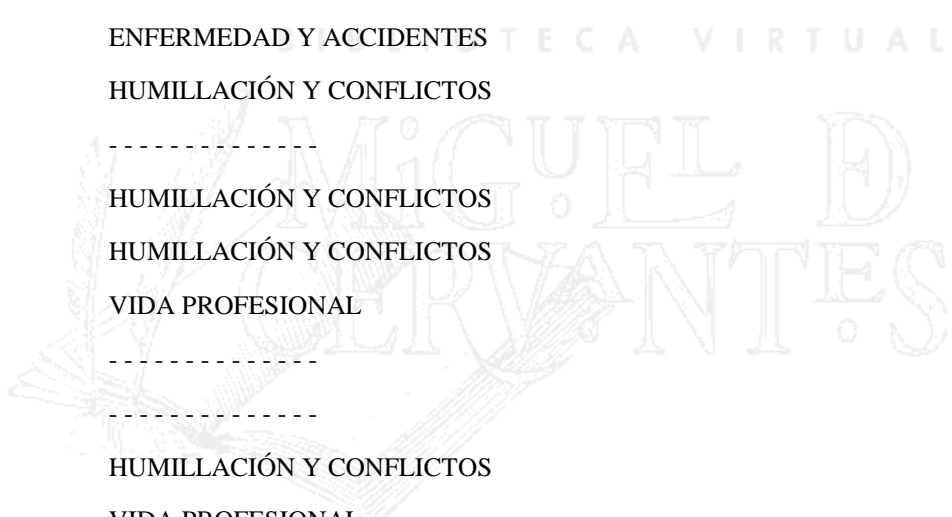
N. CASO	DESCRIPCIÓN
1	ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN HIJOS
2	HUMILLACIÓN
3	CONFLICTO URBANÍSTICO
4	MUERTE HERMANA + CIERRE EMPRESA (*ACUMULATIVO)
5	INDEPENDENCIA HIJA
6	MUERTE HERMANO
7	-----
8	PÉRDIDA NIVEL LABORAL
9	ACCIDENTE TRÁFICO
10	-----
11	INDEPENDENCIA HIJO
12	OBSTÁCULO ADOPCIÓN
13	JUICIO Y DESPIDO
14	HUMILLACIÓN
15	DESENGAÑO ESPOSA
16	PÉRDIDA EMPLEO
17	DELINCUENCIA HIJO
18	FRACASO POLÍTICO
19	INSUFICIENCIA SEXUAL
20	DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD INVALIDANTE
21	BURLAS COLEGAS
22	-----
23	CAMBIO PATRÓN
24	BURLAS COLEGAS
25	PERITAJE MATERIALES
26	-----
27	-----
28	TRATO JUEZ
29	DESPRESTIGIO COLEGAS
30	RIVAL CONSIGUE CONTRATO

31	INSPECCIÓN FISCAL
32	FALTA SOLIDARIDAD COLEGAS
33	CONFLICTO CON COLEGAS
34	INDEPENDENCIA HIJA
35	MUERTE COLEGA
36	TRASLADO PUESTO DE TRABAJO
37	-----
38	QUEMA CAMIÓN
39	PASO A NIVEL
40	JUBILACIÓN
41	DIVORCIO HIJO
42	RUPTURA HOMOSEXUAL
43	LIMITACIÓN FUNCIONAL
44	-----
45	ENFERMEDAD MUJER
46	TRATAMIENTO HIJO
47	CONFLICTO CON OBREROS
48	CIERRE EMPRESA
49	FRACASO PROFESIONAL
50	-----

IV- Tipos de situación desencadenante: ámbito
TIPOS DE SITUACIÓN DESENCADENANTE

N. CASO	ÁMBITO
1	VIDA FAMILIAR
2	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
3	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
4	VIDA FAMILIAR
5	VIDA FAMILIAR
6	VIDA FAMILIAR
7	-----
8	VIDA PROFESIONAL

9	ENFERMEDAD Y ACCIDENTES
10	-----
11	VIDA FAMILIAR
12	VIDA FAMILIAR
13	VIDA PROFESIONAL
14	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
15	VIDA FAMILIAR
16	VIDA PROFESIONAL
17	VIDA FAMILIAR
18	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
19	ENFERMEDAD Y ACCIDENTES
20	ENFERMEDAD Y ACCIDENTES
21	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
22	-----
23	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
24	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
25	VIDA PROFESIONAL
26	-----
27	-----
28	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
29	VIDA PROFESIONAL
30	VIDA PROFESIONAL
31	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
32	VIDA PROFESIONAL
33	VIDA PROFESIONAL
34	VIDA FAMILIAR
35	VIDA PROFESIONAL
36	VIDA PROFESIONAL
37	-----
38	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
39	HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS
40	VIDA PROFESIONAL
41	VIDA FAMILIAR



42	VIDA FAMILIAR
43	ENFERMEDAD Y ACCIDENTES
44	-----
45	VIDA FAMILIAR
46	VIDA FAMILIAR
47	VIDA PROFESIONAL
48	VIDA PROFESIONAL
49	VIDA PROFESIONAL
50	-----

V - Tiempo de latencia.

N. CASO	TIEMPO DE LATENCIA
1	1 - 7 días
2	1 - 6 meses
3	1 - 6 "
4	1 - 6 "
5	1 - 6 "
6	1 - 6 "
7	-----
8	1 - 6 meses
9	1 - 6 "
10	-----
11	8 - 31 días
12	0 - 24 horas
13	1 - 6 meses
14	8 - 31 días
15	1 - 6 meses
16	8 - 31 días
17	8 - 31 "
18	1 - 6 meses
19	1 - 6 "
20	1 - 6 "

21	8 - 31 días	
22	-----	
23	1 - 6 meses	
24	1 - 6 "	
25	1 - 7 días	
26	-----	
27	-----	
28	1 - 6 meses	
29	1 - 6 "	
30	1 - 6 "	
31	0 - 24 horas	
32	0 - 24 "	BIBLIOTECA VIRTUAL
33	1 - 7 días	
34	1 - 6 meses	
35	8 - 31 días	
36	1 - 6 meses	
37	-----	
38	8 - 31 días	
39	1 - 7 "	RECOPILACIÓN
40	1 - 6 meses	
41	1 - 6 "	0-24 horas = 4
42	1 - 6 "	1-7 días =5
43	1 - 7 días	8-31 días =10
44	-----	1-6 meses =23
45	8 - 31 días	No (----) =8
46	1 - 6 meses	
47	0 - 24 horas	TOTAL =50
48	8 - 31 días	
49	8 - 31 "	
50	-----	

VI - Listado de casos con indicación, en su caso, de la pérdida de uno, o ambos, progenitores y edad en que se produce (entre 0 y 15 años)
PÉRDIDA PROGENITOR. (EN CASO AFIRMATIVO EDAD DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA)

N.Caso

- | | | |
|------------|----|-------------------------------|
| 1.- | NO | |
| 2.- | SI | PADRE (14 años) |
| 3.- | NO | |
| 4.- | SI | PADRE Y MADRE (5 años) |
| 5.- | SI | MADRE (0 años) (parto) |
| 6.- | NO | |
| 7.- | NO | |
| 8.- | SI | PADRE (8 años) |
| 9.- | NO | |
| 10.- | SI | PADRE Y MADRE (2 años) |
| 11.- | NO | |
| 12.- | NO | |
| 13.- | SI | PADRE (0 años) (Hija póstuma) |
| 14.- | NO | |
| 15.- | NO | |
| 16.- | SI | PADRE (10 años) |
| 17.- | NO | |
| 18.- | NO | |
| 19.- | NO | |
| 20.- | NO | |
| 21.- | NO | |
| 22.- | NO | |
| 23.- | NO | |
| 24.- | NO | |
| 25.- | NO | |
| 26.- | NO | |
| 27.- | NO | |
| 28.- | NO | |

29.- NO

30.- NO

31.- NO

32.- SI MADRE (9 años)

33.- NO

34.- NO

35.- NO

36.- SI MADRE (7 años)

37.- SI MADRE (3 años)

38.- NO

39.- NO

40.- SI PADRE (2 años) MADRE (6 años) A V I R T U A L

41.- NO

42.- SI PADRE (9 años)

43.- NO

44.- NO

45.- SI PADRE (12 años)

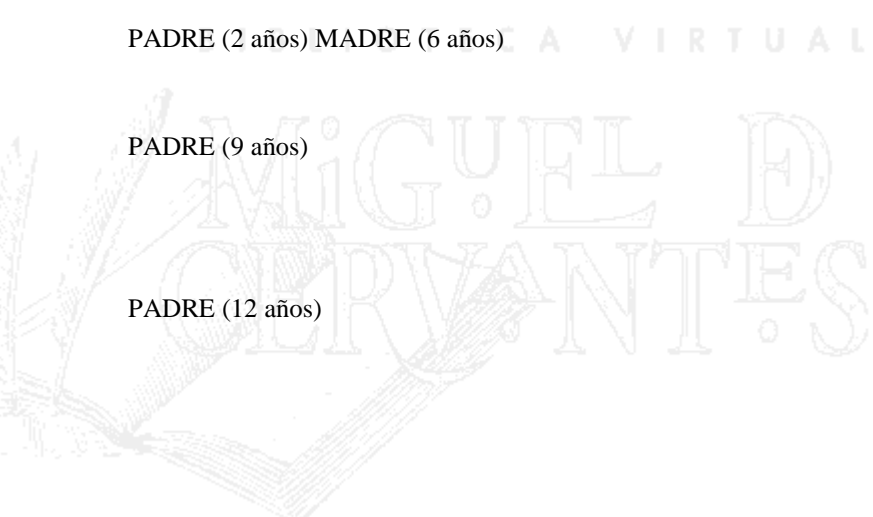
46.- NO

47.- NO

48.- NO

49.- NO

50.- SI PADRE (13 años)



VII.-Listado de casos con pérdida de progenitor e indicación de la estructura de personalidad

N. DE CASO	ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD	SITUACIÓN DESENCADENANTE
2	Paranoico	Sí
4	Pasivo dependiente	Sí
5	Tipo «A»	Sí
8	Tipo «A»	Sí
10	Obsesivo compulsivo	No
13	Paranoico	Sí
16	Pasivo dependiente	Sí
32	Sin diagnóstico	Sí
36	Obsesivo compulsivo	Sí
37	Obsesivo compulsivo	No
40	Sin diagnóstico	Sí
42	Pasivo dependiente	Sí
45	Tipo «A»	Sí
50	Depresivo	No

RECOPIACIÓN

PADRE = 7

MADRE = 4

AMBOS = 3

ENTRE 0 Y 15 AÑOS = 14

LO QUE REPRESENTA UN 28%.

PERSONALIDADES

TIPO «A» = 3

PASIVOS DEPENDIENTES = 3

OBSESIVOS COMPULSIVOS = 3

PARANOICOS = 2

SIN DIAGNÓSTICO = 2

DEPRESIVOS = 1

GRUPO CONTROL

2 PACIENTES DE 20 LO QUE EQUIVALE AL 10%.

GRUPO CONTROL AMPLIO

4 PACIENTES DE 50 LO QUE EQUIVALE AL 8%.

VIII.- Listado de casos pertenecientes al grupo control con indicación de su edad, sexo, profesión, diagnóstico cardiológico, estructura de personalidad y, en su caso, situación desencadenante y pérdida de progenitores

N. CASO	EDAD	SEXO	PROFESIÓN	DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO	ESTRUCTURA PERSONALIDAD
1	56A.	V	INGENIERO	ICC+EAP	FÓBICO-OBSESIVA
2	40A.	V	PERITO AGRÓNOMO	TP	OBSESIVA-COMPULSIVA
3	42A.	V	AGRICULTOR	PC	SIN DIAGNÓSTICO
4	41A.	H	DEPENDIENTA	ICC	FÓBICA
5	61A.	V	VETERINARIO	IM	SIN DIAGNÓSTICO
6	59A.	V	OBRERO METALÚRGICO	ICC	SIN DIAGNÓSTICO
7	64A.	V	MARINERO	EB	DEPRESIVA Y ALCOHOLISMO S.D. ACCIDENTE LABORAL PÉRDIDA MADRE EN SU PARTO
8	43A.	V	EMPLEADO ESTACIÓN SERVICIO	CP+BCO	FÓBICA
9	48A.	H	CONTABLE	TP S.D.	FÓBICA PÉRDIDA EMPLEO
10	61A.	V	REPRESENTANTE FARMACÉUTICO	ICC+EAP	DEPRESIVA
11	55A.	V	VITICULTOR	ICC	PASIVO-DEPENDIENTE PÉRDIDA AMBOS PADRES A LOS 11 AÑOS
12	54A.	V	CAPATAZ OBRAS PÚBLICAS	CP+BCO	SIN DIAGNÓSTICO
13	44A.	V	TOPÓGRAFO	EB	SIN DIAGNÓSTICO
14	47A.	H	FARMACÉUTICA	ICC+EAP	OBSESIVA-COMPULSIVA
15	60A.	H	AMA DE CASA	IM	SIN DIAGNÓSTICO
16	64A.	V	HOTELERO	TP	LÍMITE
17	63A.	H	AMA DE CASA	CP+BCO	PSICÓTICA
18	57A.	H	PROPIETARIA CAFÉ	EB	SIN DIAGNÓSTICO
19	50A.	V	MECÁNICO	ICC+EAP	SIN DIAGNÓSTICO

20	39A.	V	PINTOR	CP+BCO	LÍMITE
----	------	---	--------	--------	--------

ABREVIACIONES

ICC: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

+ (EN SU CASO) EAP: EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

CP+BPO: COR PULMONALE + BRONCONEUMOPATÍA CRÓNICA OBSTRUCTIVA.

TP: TAQUICARDIA PAROXÍSTICA.

EB: ENDOCARDITIS BACTERIANA.

IM: INSUFICIENCIA MITRAL.

PC: PERICARDITIS.

RECOPIACIÓN

TOTAL VARONES: 14

TOTAL HEMBRAS: 6

EDAD MEDIA DEL GRUPO CONTROL: 52,4 AÑOS.

EDAD MEDIA VARONES: 52,3 “

EDAD MEDIA HEMBRAS: 52,7 “

DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO:

7: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

(DE LOS QUE 4 CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN).

4: COR PULMONALE CONSECUENCIA DE BRONCONEUMOPATÍA

CRÓNICA OBSTRUCTIVA.

3: TAQUICARDIA PAROXÍSTICA.

3: ENDOCARDITIS BACTERIANA.

2: INSUFICIENCIA MITRAL.

1: PERICARDITIS.

DIAGNÓSTICO DE ESTRUCTURA PSICOLÓGICA:

SIN DIAGNÓSTICO: 8

ESTRUCTURA FÓBICA: 2

ESTRUCTURA FÓBICO-OBSESIVA: 2

ESTRUCTURA OBSESIVO-COMPULSIVA: 2

ESTRUCTURA DEPRESIVA: 2 (1 CON ALCOHOLISMO IMPORTANTE)

ESTRUCTURA LÍMITE: 2

ESTRUCTURA PASIVO-DEPENDIENTE: 1

ESTRUCTURA PSICÓTICA: 1

SITUACIÓN DESENCADENANTE: 2 (10% DEL GRUPO CONTROL)

CASO 7: ACCIDENTE LABORAL

CASO 9: PÉRDIDA EMPLEO

PÉRDIDA PADRES ENTRE 0 Y 15 AÑOS: 2 (10% DEL GRUPO CONTROL)

CASO 7: MUERTE DE LA MADRE EN EL NACIMIENTO.

CASO 11: AMBOS PADRES MUEREN EN ACCIDENTE A SUS 11 AÑOS.

IX.- Segundo grupo control (constituido únicamente para determinar la incidencia entre la población general de la pérdida de uno o ambos progenitores, entre los 0 y 15 años de edad)

50 PACIENTES DEL MISMO GRUPO DE EDAD (ENTRE 39 Y 65 AÑOS) HOSPITALIZADOS EN CUALQUIER SERVICIO DEL HOSPITAL.

RESULTADOS:

4 PACIENTES HABÍAN PERDIDO UN PROGENITOR ENTRE LOS 0 Y 15 AÑOS DE EDAD, LO QUE CONSTITUYE UN 8%.

Parte cuarta: análisis psicodinámico de los datos obtenidos

I - Estructura de personalidad

La descripción clínica clásica del Patrón «A» de conducta es bien conocida. Se trata de sujetos que se caracterizan por una importante tendencia hacia la competición, hiperactivos, sobrevalorando su trabajo, impacientes, siempre con prisa y que experimentan un sentimiento constante de urgencia en el tiempo siendo incapaces de tomar reposo. Aparece claramente en veintitres de nuestros cincuenta casos y tan solo en uno de entre ellos no identificamos la situación desencadenante.

Ninguno de los pacientes pertenecientes al grupo control presentaba este tipo de funcionamiento psicológico.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad viene definido por una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad. Aparentamos estos sujetos con los del grupo precedente ya que independientemente de lo positivo que sea cualquier logro, a estas personas no les parece «suficientemente bueno». La preocupación por las normas, la eficacia, los detalles triviales, los procedimientos y los aspectos formales interfieren con la capacidad para tener un punto de vista amplio sobre las cosas. Los individuos con este tipo de personalidad tienden a ser excesivamente conscientes, moralistas, escrupulosos y exigentes consigo mismo y con los demás. Las relaciones cotidianas tienen una tonalidad convencional, formal y seria. A menudo, son percibidos por los demás como rígidos y «tiesos». Este tipo de personalidad se presenta en siete de nuestros pacientes y en dos de entre ellos no encontramos situación desencadenante.

Dos de los sujetos del grupo control presentaban esta estructura de personalidad.

El tercer grupo que nosotros denominamos «pasivos- dependientes» correspondería al moderno diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia. La sintomatología esencial de este tipo de personalidades consiste en una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa. Los individuos que padecen este trastorno son incapaces de tomar cualquier decisión cotidiana sin solicitar una cantidad excesiva de consejos y recomendaciones, e incluso solicitando que los otros tomen la mayor parte de las decisiones importantes. Estos sujetos tienden a sentirse incómodos o perdidos cuando están solos y hacen grandes esfuerzos para evitar esta situación. Se sienten devastados cuando las relaciones íntimas terminan y se obsesionan preocupándose por el miedo a sentirse abandonados. Estos individuos también se sienten fácilmente heridos por las críticas y la desaprobación y tienden a subordinarse a los demás manifestando su conformidad, incluso cuando saben que los demás están equivocados, sólo por el miedo de sentirse rechazados. Aceptan a menudo hacer voluntariamente cosas desagradables para ellos con el fin de agradar a los demás. Este tipo de personalidad aparece en cinco de nuestros casos y en todos ellos podemos describir la situación desencadenante.

Un caso del grupo control presentaba ese tipo de funcionamiento.

En los tres casos que catalogamos como de estructura psicótica de personalidad es predominante la paranoia ya que se presenta en dos de ellos (casos 2 y 13).

Un sujeto del grupo control fué diagnosticado de psicótico.

La estructura depresiva nos parece corresponder a cuatro de nuestros casos (los 11, 41, 46 y 50). En el caso 50 la sintomatología más aparente es un alcoholismo secundario.

Dos pacientes pertenecientes al grupo control presentaban este tipo de estructura.

Finalmente en ocho de nuestros casos no podemos avanzar con precisión ninguna hipótesis ni impresión diagnóstica.

En el mismo número de casos del grupo control tampoco pudimos establecer un diagnóstico psicopatológico.

Tres tipos de patologías aparecieron en el grupo control que no estaban representadas en el grupo de estudio: las estructuras fóbicas (2 casos), las fóbico-obsesivas (2) y las límites (2).

II- Consideraciones sobre la estructura de personalidad

Las siguientes consideraciones son particularmente aplicables a las estructuras tipo «A» y en menor medida a las que hemos definido como obsesivo-compulsivas. Algunos de los rasgos señalados se encuentran también en el resto de estructuras observadas pero con bastante menor frecuencia. Nos ha parecido útil incluirlas en este trabajo ya que constituyen una aproximación psicodinámica a las características psicológicas del patrón de conducta tipo «A».

La organización pulsional se caracteriza por importantes fijaciones anales. Constatamos el placer de moverse, de actuar, de dominar. La necesidad de verificación está omnipresente: «quiero controlarlo y supervisar todo» (caso 17) «todo debe estar organizado como en un papel pautado» (C. 47). Esta exigencia se proyecta incluso en el futuro: «pienso siempre en el devenir como el corredor ciclista que mientras baja un puerto piensa en la subida que hay después» (C.7). El control se manifiesta también a nivel del cuerpo: «sufrí cuando me desconectaron del monitor, tenía miedo de no poder dominar mi corazón» (C.15). Aparecen rasgos de la serie obsesiva como son la constancia y la obstinación «siempre cumplo mis promesas» (C.18). Todos

estos elementos, que evidentemente también están presentes en la actividad profesional, permiten consagrar hasta quince horas diarias al trabajo. El perfeccionismo al que todos nuestros pacientes hacen referencia cierra el círculo.

El coleccionismo, otro rasgo de carácter anal, aparece esporádicamente (sellos, trenes de juguete) pero sin conceder demasiada importancia a la estética de los objetos coleccionados: lo importante es poseerlos y cuantos más, mejor (C.30). Las cosas que se adquieren por su belleza lo son a menudo de una forma impulsiva, irreflexiva, cualidades poco apreciadas por nuestros pacientes. Incluso el desorden se controla «todo en mi despacho está ordenado excepto mi mesa» (C. 28). El psicoanálisis hablaría de control sádico-anal de los objetos. Existen, no obstante, limitaciones a este carácter tan típicamente anal y que curiosamente constituirán factores de riesgo sobreañadido en la aparición de la enfermedad coronaria. Me refiero a la hiperlipemia, a la obesidad, al tabaquismo, y a la hiperuricemia, en cuyo origen encontraremos actitudes que corresponderían a fijaciones orales.

El tabaquismo es extraordinariamente frecuente en nuestros pacientes. Son fumadores de cigarrillos ya que el cigarro puro y la pipa no les satisfacen por el estado de ánimo y las maniobras preparatorias ceremoniosas que exigen «Usted debe ser muy tranquilo ya que fuma en pipa» (C. 12). El acto de fumar es compulsivo y precisa una satisfacción y origina una gratificación rápidas. Aparte de esa dependencia cualquier tensión por mínima que sea origina el deseo de encender un pitillo. Algunos pacientes nos han dicho que el cigarrillo representa para ellos la expresión simbólica de la relajación, añorada en su régimen de vida de tensión constante. Es un simbolismo explotado a menudo por los publicistas de los lobbys tabaqueros. El placer de succionar y la necesidad de tener una actividad incluso en los momentos de descanso son más importantes que el deseo por el gusto del tabaco. Dos de nuestros pacientes manipulaban y chupaban cigarrillos de plástico durante su hospitalización.

A pesar de ser buenos comedores, a menudo obesos, no parecen disfrutar particularmente con la comida: es como si nuestros pacientes sintieran una necesidad compulsiva de incorporación que como la de fumar siempre es proporcional a la importancia de las tensiones profesionales y a la calidad del trabajo efectuado. La comida no es un placer gratuito, encuentra su justificación en un deseo de recuperar fuerzas («restauración») e incluso en las comidas de negocios con el objetivo de proporcionar contactos y facilitar los tratos. Aunque nuestros pacientes son habitualmente liberales con la comida y con el tabaco ejercen un control superyoico severo en un determinado sector: el alcohol. «Me gusta el vino pero me controlo mucho» (C. 17). Tan solo uno de los casos observados (C. 50) apareció como dependiente o intoxicado aunque el consumo de alcohol, en general, no fuera desdeñable. Nos encontramos pues ante una incompatibilidad de estructura de personalidad con una relativa moderación en este aspecto y que solo podemos interpretar teniendo en cuenta las exigencias superyoicas citadas.

Estos rasgos orales de personalidad son fallos en el sistema estructural rígido en que nuestros pacientes se hallan encerrados, lo que hará que aparezca a menudo una tendencia a la autocrítica acompañando a cada uno de estos placeres.

Cuando cesa la actividad profesional, al acabar el trabajo, el tiempo de descanso se reserva prioritariamente a otro tipo de realizaciones: bricolaje, jardinería, deporte, automóvil, etc. Es interesante constatar que incluso estas actividades son desempeñadas a un ritmo intenso, a veces infernal («pinté toda la valla del jardín en un día» (C. 3), «vine de París en cuatro horas» (C. 8)).

La pasividad tampoco es posible incluso en los momentos de descanso: hace falta estar siempre haciendo algo «dormir es como estar muerto» (C. 3).

La vida sexual ocupa un lugar limitado en la existencia de nuestros pacientes. A menudo fatigados por largas jornadas de trabajo y por su actividad intensa las relaciones sexuales aparecen como muy secundarias. El placer sexual no tiene características genitales; más bien se vive como la confirmación de la potencia y del dominio, el goce del cónyuge interviniendo sólo como prueba del bien hacer propio. Ello es particularmente claro en las relaciones extraconyugales donde el compañero es percibido como una conquista («poner una pica en Flandes» C. 14). Uno de los pacientes evocaba que, en su juventud, se había dedicado a una competición con un colega, sobre la cantidad de compañeras de trabajo con las que se habían acostado.

La agresividad es de predominio anal con un significado de expulsión incontrolada de rabia acompañada de un intenso deseo de destruir y dañar al objeto. Aflora, no obstante, teñida de oralidad en la medida en que aparecen fantasías destructoras de incorporación y de avidez tan propias a la forma de ser de nuestros pacientes. Son personas conocidas y temidas por sus extraordinarias crisis de cólera. Las características de esas crisis son constantes y típicas: intensas, eficaces, imprevisibles y aterradoras, con un importante valor de descarga. Reconocidas y mencionadas desde el inicio de la edad adulta estas explosiones de cólera adquieren una importancia cada vez mayor en la medida en que las limitaciones exteriores van disminuyendo ¿Quién se atrevería a rebelarse contra el jefe de la familia o contra el superior jerárquico?. Casi todos nuestros pacientes mencionan estas crisis que adquieren a menudo un aspecto espectacular, caricaturesco ya que escapan al control,

tan eficaz en otros campos, de nuestros sujetos. Son de una tal potencia e intensidad que evocan la rotura de un dique. Aparte de las crisis y a través de la sublimación esta agresividad se transforma en combatividad e hiperactividad que aparece también en la ambición, a veces insaciable, de ciertos pacientes. Sorprende la frecuencia en el discurso de términos cinegéticos y militares: centinela, táctica, estrategia, cruzada, cobrar piezas, guerra de resistencia, asedio, contraataque, labor de zapa, Aníbal, emboscada, guerrillero, fortaleza, cazadores furtivos... Lo interpretamos como manifestaciones verbales socializadas de violencia y agresividad.

Las tendencias narcisistas ocupan un lugar destacado en estas personalidades. Los sentimientos de omnipotencia, reminiscencia de la infantil, son frecuentes: «quiero que lo que he decidido se haga» (C. 24), «me di cuenta a los 47 años de que ya no tenía 20» (C. 45) o «me gusta mandar». Se manifiestan también en la búsqueda activa de puestos de responsabilidad, ambición que encontramos muy ampliamente representada y que permite la realización narcisista. «El éxito es una fuente de placer» (C. 8). Al acceder a un nivel de dirección, estas personalidades tan particulares se realizan totalmente practicando un control absoluto y todopoderoso sobre los subordinados. Ello explica la intensa actividad desplegada, ya que la delegación de responsabilidades es imposible teniendo en cuenta que los colaboradores son humanos, es decir, falibles (C. 6). «Me contraría lo imprevisto» (C. 28). La realidad externa, no prestándose siempre a las necesidades de nuestros pacientes, es responsable de la fragilidad de este sistema, aspecto que reencontraremos en el estudio de las situaciones desencadenantes.

El narcisismo es de tipo fálico. Todo se expresa en términos de conquista, dominación, éxito, confirmación de sí mismo. Los fracasos adquieren visos de castración. No obstante si profundizamos un poco más en las vivencias narcisistas constataremos que la angustia que aparece en caso de descompensación tendrá siempre un componente suplementario: la amenaza del vacío, peligroso e irrefrenable como una cascada, con el riesgo de la reducción a la nada en función de la gravedad y de la resonancia del acontecimiento.

El Self, la imagen de sí mismo, es valorizada y cuidada. A pesar de las condiciones desfavorables (la indumentaria hospitalaria, habitualmente pijama, batín y zapatillas, no se presta particularmente a la elegancia) era evidente el deseo de ofrecer un aspecto agradable, incluso atractivo.

Siempre presente, consciente, la ansiedad ocupa un lugar destacado en este mosaico de elementos estructurales. Aparece bajo la forma de un sentimiento de incomodidad penoso y con una intensidad que la hace física: «me corroe interiormente» (C. 14), o «tengo una sensación de ansiedad» (C. 15). Puede transformarse en insostenible en el momento en que la inacción forzada origina una estasis libidinal: «pedí al cardiólogo que me administrara más sedantes para no sentir pasar el tiempo» (C. 38).

La importancia del peligro que esta angustia representa para el equilibrio psíquico de nuestros pacientes es considerable: «me volveré loco» (C. 45).

Aunque parezca una contradicción existe la conciencia del riesgo de una descompensación grave en el caso en el que no se pudiera controlar la situación. Esta angustia, siempre percibida como una vivencia desagradable justifica conductas de evitación: vida ordenada, organizada en sus más mínimos detalles, procurando que no se produzcan imprevistos, previniendo el fracaso escogiendo las actividades: «evito cualquier situación que pueda complicarme la vida» (C. 17).

La coraza de carácter descrita precedentemente encuentra aquí su justificación: oculta por todas las racionalizaciones suministradas es la razón esencial que explica los comportamientos estudiados.

En algunos casos las defensas obsesivas se manifiestan suficientes para absorber y canalizar la angustia libre. Habitualmente, nuestros pacientes presentan un temperamento bilioso, hiperconciencioso, como defensa contra la manifestación de una vulnerabilidad tan importante que debe ser disimulada bajo una apariencia jovial, agradable: «incluso bromeaba con los camilleros que me conducían al hospital» (C. 12).

Lo que parece pues caracterizar a estas personas no es la naturaleza del conflicto que podremos encontrar en otras estructuras de personalidad sino la forma como la personalidad reacciona frente a ese conflicto. El paciente coronario intenta negar su angustia transformándola en agresividad que expresa a través de un comportamiento activo y combativo.

Esa actitud es sobrevalorada dando así la apariencia de un yo sólido. Dicha estructuración del comportamiento debe ser útil, provechosa, en detrimento a veces de la felicidad de los otros sobre todo de los más próximos: «he sacrificado mi vida familiar a mi vida profesional» (C. 20). El entorno debe asumir una actitud pasiva y sumisa para soportar este tipo de organización. De hecho, la elección del tipo de pareja, no parece ser nunca debido al azar. «Nos complementamos como uña y carne» (C. 45).

El actuar continuamente adquiere a veces el aspecto de una huida: «durante la jornada ya no pienso en nada, sólo en el trabajo» (C. 19), «trabajo continuamente» (C. 6), «patinan las ruedas cuando me pongo en marcha» (C. 43), «una jornada sobrecargada es una buena jornada» (C. 5).

La noción de pensamiento operatorio de la escuela psicósomática francesa recubre todo lo que precede. Observamos la pobreza del proceso de identificación, las dificultades de elaboración a través de la palabra, la falta de distanciamiento fantasmático, el énfasis sobre la utilización de los objetos, la primacía de la

actualidad y de la realidad y la sustitución del lenguaje por la acción. El pensamiento es percibido como inquietante por lo que es inhibido y controlado «se diría que quiero impedirme el pensar» (C. 21). Este control y esta inhibición afectan incluso al interlocutor que se encuentra aprisionado por su lógica. El contenido del discurso es cerrado: sus frases no dejan ninguna posibilidad de elaboración o de fantasmaticación.

El pensamiento simbólico y la sublimación no son valorizados y aparecen a menudo como completamente atrofiados. El tomar perspectiva y el tener paciencia no son posibles en razón sobre todo de la ansiedad que pueden generar. Este tipo de funcionamiento mental, basado en el pragmatismo, es muy apreciado en nuestra sociedad mecanicista lo que contribuye a retroalimentarlo y acentuarlo. La adaptación a la tecnología es buena lo que se confirma en el tipo de profesión escogida. Los temas relacionados con el trabajo ocupan en la mayor parte de los pacientes más de la mitad de la entrevista y está siempre en el centro de sus preocupaciones. Las vivencias emocionales que despiertan son mucho más ricas que en aquellos aspectos que normalmente serían más afectivos como la vida conyugal, familiar o social. Todas las angustias latentes se focalizan casi exclusivamente en este campo. El objetivo de subsistencia de la actividad profesional no es primordial aunque durante el periodo de nuestro estudio la sociedad se veía confrontada a graves dificultades económicas y laborales. «Me ocupo más de mi empresa que de mis hijos» (C. 20) o «vivo para trabajar, no trabajo para vivir» (C. 23). Aparece pues como un elemento de realización personal necesario y suficiente. Groddeck lo habría interpretado como la realización de un deseo de embarazo en el hombre, como un intento de colmar el vacío, el defecto fundamental según la feliz expresión de Balint. Desgraciadamente la situación no es tan sencilla, no se tratará de un hijo dócil y sumiso sino de un conjunto de elementos variables que tarde o temprano cortocircuitarán la vigilancia y las defensas del paciente.

De todo lo que precede deduciremos la gran capacidad de adaptación a la realidad de estos pacientes. Sólo se tiene en cuenta lo que es concreto, ninguna perturbación procedente de la vida imaginaria franquea las barreras de los controles establecidos. El pensamiento se transforma en acto que se puede dominar. No hay dudas, no hay conflicto intrapsíquico que conduzca a ambivalencias neuróticas. Son pacientes que podrían asumir como divisa la frase de Malraux «el hombre se define por sus obras». Siempre adelante, el éxito tiene que ser constante. Este pragmatismo de cada momento hace de estos pacientes las personas indispensables para la buena marcha de un servicio, de una empresa. «siempre soy el centinela atento» (C. 6).

Otro mecanismo de defensa completa el sistema: la proyección. Permite el distanciar los problemas, el evitar las dudas sobre sí mismo, y el reportar todo acontecimiento sobre el otro. Cuando aparece la situación desencadenante el equilibrio de este sistema se ve comprometido.

El disfrute de la vida es intenso. El estado de ánimo tiene siempre una connotación positiva aunque a veces adquiere visos de formación reactiva. Efectivamente, si intentamos franquear esta barrera de jovialidad y de facilidad de comunicación aparentes, tarea difícil en el transcurso de una sola entrevista, nos apercibimos de que nuestros pacientes no se hacen demasiadas ilusiones sobre el tipo de existencia que llevan y saben que se trata a menudo de una defensa que ha sido necesario instaurar para evitar el sufrimiento. Estos rasgos de personalidad tan positivamente valorados unidos a su optimismo inatacable les atraen numerosas simpatías: son personas en las que se confía con facilidad. Ellos son los primeros en sorprenderse, ya que aunque buscando continuamente tranquilizarse a través de sus actos sus dudas son lo suficientemente considerables para extrañarse ante tales constataciones. Dunbar lo decía: «los coronarios impresionan tanto por su fuerza aparente como por la extrema fragilidad de sus defensas».

El ideal del yo es megalómano: «mi eskuela ocupará varias páginas en los periódicos» (C. 28). Es él quien origina ese comportamiento de huída hacia adelante, de carrera hacia el éxito, de búsqueda desenfadada de progresión que adquiere aspectos de búsqueda del Graal ya que nunca tiene fin. El éxito no aporta ninguna tranquilidad ya que son personas que reviven sin cesar la situación inicial de competición y su ambición no se colma jamás.

Como corolario se genera la necesidad de asumir responsabilidades y la competitividad. Aunque no todos nuestros pacientes ocupen puestos superiores casi siempre obtienen trabajos de confianza, independientes y autónomos. La ambición puede verbalizarse: «era una estrella que subía» (C. 49).

Utilizando términos psicoanalíticos diríamos que encontramos reminiscencias de los estados orales infantiles, del período del deseo del seno materno. Cuando no se obtiene es necesario crearlo a través de la alucinación. Pero cuando el intento de apaciguar el deseo se revela insuficiente el individuo se cree demasiado malo para obtener ese seno y se convence de que debe luchar continuamente para conseguir ser suficientemente bueno y poder obtener ese resultado y esa gratificación tan deseados. Son postulados próximos a las ideas de Winnicott. Constatamos siempre ese sentimiento de falta de valor interno que debe ser continuamente reparado por la acción. Algunos autores han explicado este conflicto por un trastorno de la identificación al padre, que habría sido vivida de una manera insatisfactoria, parcial, basada más en el temor que en la admiración. El ímago paterno ha sido deformado por la ansiedad infantil. El sujeto se considera falso, falaz, disfrazado con los ropajes del padre temiendo en cada momento ser descubierto y castigado. Para creerse él

mismo esa máscara, el sujeto desempeña su papel lo más agresivamente posible, su deseo de convencerse explica su necesidad compulsiva de competición y el efecto traumatizante que puede tener el fracaso. Finalmente el individuo percibiendo de que no es más que una caricatura de su padre no llega a tranquilizarse por los resultados positivos que pueda obtener. Es la razón por la que tiene siempre necesidad de nuevos éxitos para apaciguar sus dudas.

Consecutivamente observamos componentes masoquistas con el característico rechazo del descanso y del placer. Toda satisfacción debe ser útil, concreta; no se saborea ni se aprecia nunca plenamente ya que no se vive como merecida y que no es más que otra etapa en una carrera sin fin. Son mártires de su propio ideal.

Ya hemos mencionado al Superyo como uno de los elementos más característicos de este tipo de personalidad. Como la angustia presenta dos aspectos, uno con características genitales y el otro revelándose muy arcaico. Los rasgos de un superyo obsesivo (instancia internalizada, rígida, severa y exigente) justificarán la integridad extrema, la lealtad sin fallo de nuestros pacientes. Raramente caen enfermos, no se lo permiten y, de hecho, una enfermedad intercurrente será una de las situaciones desencadenantes de la descompensación. Habiendo asumido una línea de conducta la siguen hasta el final. El sentido del deber es acentuado: alguno nos ha comentado su necesidad de tener horarios más amplios que los de sus subordinados para dar ejemplo. Ese superyo se manifiesta incluso como sádico e interdictor de placeres: cualquier concesión hecha lo es con un matiz de reproche. «Quizá me gusta demasiado comer bien, soy un gourmet» (C. 20).

Estas particularidades facilitan la investigación ya que al acercarnos a ellos los encontramos buscando la causa de su enfermedad, preguntándose el porqué, considerando el infarto como un castigo o como el precio que ha habido que pagar por el tipo de existencia que han llevado. Esta interrogación es siempre implacable. No adopta el aspecto de una cuestión abierta que facilite la reflexión. Choca a veces con su sentimiento de la justicia y la equidad, sintiéndose injustamente tratados: «es inadmisibles que yo haya tenido un infarto; yo, que siempre he llevado una vida extraordinariamente organizada y alejada de cualquier flaqueza» (C.15). Ese porqué es un reproche, tiene una connotación moralizante, infantil. El superyo se encuentra en el origen del carácter absoluto y exigente, del comportamiento esquemático y rígido y de esa disciplina rigurosa en la que el placer no puede ocupar ningún lugar.

Desecadena también un sentimiento de culpabilidad tan intenso que explica ciertas afirmaciones incomprensibles de otra manera: «no quiero dar importancia a nada antes que a mi trabajo, no quiero criticar a mis compañeros» (C. 21) o bien «me gustaría ser más tranquilo, incluso más cínico» (C. 19). Observando la omnipresencia de este superyo en la existencia de nuestros pacientes nos preguntamos si no tiene también otra función. Si recordamos los niveles importantes de angustia que hemos descrito precedentemente y particularmente sus características pregenitales podemos emitir la hipótesis de que corresponde a un aspecto defensivo prohibiendo la inacción, la pasividad y complementariamente la reflexión, la duda, el replanteamiento de la propia existencia, previniendo así la aparición de la angustia. La huida continua hacia adelante atribuida al deber impide la percepción de esa tensión insoportable. Jones (1922) había descrito un mecanismo similar: «el superyo es una barrera contra los impulsos del ello, o más bien contra la angustia intolerable que esos impulsos generan en el yo. El superyo se constituye como una defensa entre otras. Sus características particulares se deben a su formación por la introyección de los objetos parentales».

Esta función protectora del superyo aparece como capital en el equilibrio de nuestros pacientes que se sienten continuamente amenazados por sus impulsos entre los cuales la agresividad no es el menor ni el menos peligroso.

Finalmente abordaremos el último aspecto que nos parece importante de esta personalidad - la relación de objeto -. Aparentemente diversificada, rica y vivida con plenitud, esta relación comporta sin ninguna duda un aspecto y una madurez postedipiana. Es generalmente el caso de nuestros pacientes en el momento en que se alejan de la adolescencia. No obstante la evolución de su existencia demuestra un cierto clivaje en su personalidad, una parte comportándose de una manera adulta, la otra regresando a un modo más arcaico de funcionamiento. El paso de un nivel de relación a otro se efectúa en función de la carga afectiva que puedan tener los objetos. En los sectores poco investidos de la existencia muestran un tipo de relación de objeto en el que predominan el respeto del compañero en tanto que individuo independiente y sexuado sin que encontremos el deseo de dominarlo o de humillarlo lo que accesoriamente explicará la estabilidad conyugal y familiar de nuestros pacientes aunque evidentemente intervienen en ello otros factores (superyo y elección previa inconsciente).

Es en el trabajo y a veces en el ocio, actividades fuertemente investidas de energía libidinal, donde observaremos el otro polo de esta personalidad y ello de una manera espectacular. Constataremos la necesidad de invertir en exclusiva un sector de la vida como bueno, por lo menos hasta la aparición de la situación desencadenante. La ambivalencia no se manifiesta a ese nivel, negación y proyección se utilizan ampliamente como protectores. El trabajo o, en ciertos casos, alguna parcela de ocio constituyen el buen objeto a los que se puede consagrar con toda confianza la totalidad de la energía.

Estas actividades dan a veces la impresión de representar un papel de objeto transicional, permitiendo intercambios afectivos ya que sino esa movilización emocional sería vivida como inquietante. Como veremos más adelante en el estudio de la situación desencadenante todo un campo de la vida de nuestros pacientes se organiza según un modo pregenital lo que permite comprender el tipo de reacción y la somatización final ya que el conflicto intrapsíquico y su elaboración no son posibles a ese nivel.

III- Descripción de las situaciones desencadenantes

A/ SITUACIONES RELACIONADAS CON LA VIDA PROFESIONAL

La importancia que para nuestros pacientes adquiere la actividad profesional se ve ampliamente reflejada en el considerable porcentaje de acontecimientos traumáticos vividos en el ámbito laboral como situaciones desencadenantes. Nada menos que la tercera parte de dichas situaciones corresponden a la vida profesional. Por orden de mayor a menor frecuencia son las siguientes:

a/ En siete casos serán situaciones de cesación de la actividad profesional ya sea por jubilación, reconversiones, despidos o fracaso profesional. Son los casos 8, 13, 16, 36, 40, 48 y 49.

b/ En tres casos encontraremos la pérdida del prestigio profesional o en todo caso la amenaza de una tal eventualidad. Así ocurre en los casos 25 y 30. Es interesante constatar que en el tercer caso de este subgrupo (el 29) la pérdida de prestigio no recae directamente sobre nuestro paciente sino sobre alguno de sus compañeros aunque viviéndolo como propio. («L'esprit de corps» como prolongación de sí mismo).

c/ En dos casos (32 y 33) nos parece ser la situación de conflicto y de severa decepción ante colegas y compañeros la que constituye la situación desencadenante.

d/ El conflicto con subordinados del caso 47, con retención momentánea conduce a nuestro paciente a una situación de impotencia y de indefensión tal que el equilibrio psicossomático se ve descompensado.

e/ Incluimos en este grupo el caso número 37 que aunque no muy típico nos parece reflejar perfectamente la importancia que para nuestros pacientes adquiere el lugar de trabajo y que un peligro de muerte sobrevenido y ocurrido a un colega repercute espectacularmente en nuestro propio paciente.

Es un total de 14 casos que constituyen el 33% de nuestra muestra de 42.

Los dos únicos casos del grupo control que presentaban situaciones psicológicas en los seis meses precedentes susceptibles de ser consideradas desencadenantes en el sentido del presente estudio pertenecían a este ámbito (casos 7, accidente laboral y 9, pérdida de empleo). Incluimos aquí el caso 7 y no en el apartado de enfermedades y accidentes por las repercusiones específicas que tuvo el accidente (apercibimientos severos de la empresa).

B/ SITUACIONES DESENCADENANTES RELACIONADAS CON LA VIDA FAMILIAR.

Inmediatamente después de la vida profesional la vida familiar constituye el ámbito en el que el narcisismo de estos pacientes se proyecta y no es pues de extrañar que en trece de nuestros casos diversos acontecimientos familiares constituyan la situación desencadenante. De nuevo por orden de mayor a menor frecuencia:

a/ La enfermedad o muerte de un familiar allegado constituye la situación desencadenante en cinco de nuestros pacientes. En el caso 1 la hospitalización con corto intervalo del hijo y de la hija y en el caso 46 la necesidad de la instauración para un hijo de un tratamiento psicoterapéutico. En el caso 45 el diagnóstico en la esposa de una enfermedad con pronóstico sombrío, y con evolución letal previsible. Finalmente en los casos 4 y 6 la muerte de una hermana y de un hermano respectivamente, que constituían puntales de la escasa vida afectiva de esos pacientes.

b/ En otros cinco casos conflictos ligados a la imagen de los familiares, particularmente los hijos como espacio de proyección del narcisismo del paciente. La delincuencia del hijo en el caso 17 y la separación conyugal del hijo en el 41 ilustran esta situación. Tres casos muy peculiares en este subgrupo: el 12 en el que todas las esperanzas y el narcisismo de la paciente se encuentra proyectado en la consecución de la adopción del hijo; el 15 en el que el descubrimiento de un hecho aparentemente tan fútil como el de que la esposa continúe fumando precipita en el paciente una sensación tenebrosa de engaño y decepción y en el caso 42 en el que considerando la familia en un sentido amplio la ruptura de la pareja homosexual de nuestro paciente la consideramos similar a la que podría ser una separación o un divorcio en una pareja heterosexual.

c/ Ya nos hemos referido a la función de espacio de proyección del narcisismo de nuestros pacientes que constituían los hijos. No es de extrañar pues que en tres casos (el 5, el 11 y el 34) el fantasma de la pérdida imaginaria de los hijos ya sea porque reclaman su independencia o por su próxima boda constituya la situación desencadenante.

C/ EXPERIENCIAS DE HUMILLACIÓN Y CONFLICTOS SOCIALES.

Los casos (once) incluidos en este apartado nos parecen constituir una subdivisión con personalidad

propia aunque muchas de las situaciones desencadenantes tengan que ver con el ámbito profesional. Al aparecer un componente narcisista extraordinariamente importante hemos preferido autonomizarlos y abordarlos separadamente.

a/ Experiencias de humillación como la del exalcalde del caso 2 con el practicante del pueblo, del restaurador (14) con el crítico de la guía Michelin, el fracaso político del caso 18, el cirujano militar que duda de sus capacidades pero cuya situación desencadenante está en relación con las supuestas burlas de sus compañeros, la actitud juzgada como insultante y despreciativa del nuevo patrón en el caso 23, las burlas de los colegas abogados en el 24 y el tratamiento considerado como vejatorio por parte del juez instructor en el caso 28 tienen como común denominador la experiencia de humillación y son percibidos subjetivamente como un ataque intolerable al narcisismo y a la estimación de sí mismo de nuestros pacientes.

b/ La barraca de herramientas del caso 3, la contabilidad sospechosa para hacienda del caso 31, el rutilante camión quemado del caso 38 y el paso a nivel del 39 constituyen espacios de proyección del narcisismo de nuestros pacientes y la intervención externa juzgada (objetivamente o no) como agresiva desencadena la descompensación psicósomática grave.

D/ ENFERMEDADES Y ACCIDENTES.

a/ En tres casos la enfermedad y la insuficiencia física de cualquier tipo constituirán una herida insoportable para la autoimagen de nuestros pacientes. Así hay que interpretar la insuficiencia sexual del caso 19, el diagnóstico (y su pronóstico funcional) de artritis deformante en el 20 y las indicaciones de moderación en el ejercicio físico del 43.

b/ Un accidente nimio que no causa más que ligeros arañazos en la carrocería del Ferrari conducen a su propietario a un desequilibrio psicológico grave y a la repercusión psicósomática objeto de nuestro estudio. Ello tan sólo se puede entender considerando al lujoso coche como una prolongación narcisista de sí mismo.

IV- Análisis de la situación desencadenante

Independientemente del momento de la vida en el que aparece el infarto nunca nos ha parecido resultado de una casualidad. Al contrario creemos que nos encontramos ante la consecuencia lógica de un proceso que se habría iniciado con la entrada en la vida adulta, es decir, entre 20 y 30 años antes. Comienza en ese momento un proceso que llegará a su paroxismo poco antes del infarto. En el 33% de los casos esa evolución se sitúa en el campo profesional; como consecuencia de la estructura de funcionamiento precedentemente estudiada estos pacientes van a precipitarse con más o menos intensidad en una lucha, en una carrera incesante hacia el éxito, el control, la omnipotencia, primero en relación con los otros, después contra ellos mismos. La angustia y la tensión asociadas a esta competición pasan a ser en ellas mismas fuente de placer. Esa ansiedad erotizada refuerza el movimiento de búsqueda en lugar de actuar como elemento moderador. Consecuencia de este patrón de actuación suele ser una promoción socioprofesional continua, a veces espectacular. Gracias a sus cualidades son escogidos preferencialmente para los ascensos. En algunos casos por razones externas se prefiere a otros colaboradores, pero en general un proceso regular se instala que borrará progresivamente cualquier limitación al sentimiento de omnipotencia de nuestros pacientes. Al no haber sentido jamás el fracaso nunca dudan de ellos mismos y al no dudar todo les está permitido: pueden ambicionarlo todo. Ayudados por una energía sin límites pasan a ser prisioneros de ese juego. Su apetito de éxito y de promoción son insaciables. Una vez llegados a la cima o cuando la promoción ya no es posible (por razones de insuficiente formación o de edad) la competición puede establecerse con ellos mismos. Nada se les resiste, son indispensables en cualquier situación sea cual fuere su actividad profesional. El control omnipotente se instala progresivamente. Aparece entonces lo que podríamos llamar un periodo de estado que a la larga va a precipitar la descompensación. Este alejamiento y negación de las limitaciones que durante tanto tiempo se ha vivido con placer se transforma a su vez en generador de una angustia ante el vacío: ¿qué pasará si no se puede ir más lejos? Paralelamente un sentimiento progresivo de existencia de límites puede revelarse generador de ansiedad y de depresión ya que la aparición de barreras no permitiría continuar funcionando de la misma manera. En los dos casos el temor al fracaso y la ansiedad se encuentran latentes y su intensidad no hace más que crecer a lo largo de la existencia de nuestros pacientes. La única salida (por lo menos mientras sea posible) será la negación. En ese momento aparecen dos peculiaridades: muchos pacientes señalan un cierto cambio en su funcionamiento «desde hace seis meses estaba bajando en mi actividad, no me reconozco» o «soy menos exigente conmigo mismo y con los otros» y las crisis agresivas y explosivas de rabia y de cólera tan frecuentemente descritas con anterioridad se enrarecen e incluso desaparecen. La edad o determinadas situaciones externas ya no permiten expresarse o descargar de cualquier manera: «ya no me lo puedo permitir». El proceso de huida hacia adelante que habíamos observado se entelrece y aparecen la reflexión y la duda. Incluso cuando la lucha es contra sí mismo (en el sentido de ampliar los propios límites), el interés por la competición desaparece insidiosamente. Paulatinamente aparecen determinados síntomas de la serie depresiva

pero paradójicamente sin alteración del humor. Podríamos hablar de una atenuación de la hipomanía «me dicen que soy menos divertido» o «soy menos bromista que hace 10 años». Constatamos también una pérdida de la libido, alteraciones del sueño (tanto para conciliarlo como con interrupciones precoces) y discreta disminución del interés por el trabajo. Se toma conciencia de una cierta involución presente o en un futuro próximo así como de una fatigabilidad acentuada. Normalmente se refuerzan las tendencias proyectivas aunque a veces (más raramente) aparecen las dudas «he creído durante demasiado tiempo que lo conseguiría». Alteraciones en la alimentación: a menudo aumento del apetito alcanzando a veces la bulimia, con aumento de peso; aumento del consumo de tabaco «cada vez fumaba más, ya no podía controlarme». En algún caso paradójicamente consiguen por primera vez dejar de fumar. Es curioso observar que el dejar de fumar aparece a menudo durante el año que precede al infarto (en algunos casos por prescripción médica ya que ha aparecido alguna sintomatología anginosa). Aunque han sido fumadores impenitentes dejan de fumar con una cierta facilidad y no tienen recidivas.

En este contexto aparece la situación desencadenante: que se trate de un conflicto con otra persona o de un incidente profesional, de un accidente de coche, de una equivocación o de una insuficiencia encontramos siempre la misma constatación, la misma palabra: fracaso. Un fracaso que será vivido como tenebrante. Rumiado largamente por el paciente originará un movimiento de revuelta. Pero ya no se produce la descarga agresiva, ya sea por que no sea posible en las circunstancias precisas o porque el paciente no la considere útil aunque reconozca que en otras ocasiones habría servido de descarga suficiente. «He reflexionado mucho pero no he conseguido aclarar nada». Ninguna escapatoria es posible: los fantasmas son directos y precisos: «le habría querido romper la cara» «habría querido clavarle un pico en su cabeza». El paciente se encuentra entonces frente a sí mismo, a sus cualidades y a sus defectos. Brutalmente todo el sistema en el que ha vivido se hunde: «fueron por mí» «fué humillante» «fuí impotente» «estaba atado de pies y manos» «es como si la casa se me hubiera caído encima». Todas estas reflexiones deben ser comprendidas a la luz de las tendencias a la racionalización y a la banalización tan frecuentes en el carácter precedentemente descrito. La duda y la ansiedad tan reprimidas aparecen. La toma de conciencia de la existencia de límites en la vida genera una angustia insoportable. El acontecimiento desencadenante da lugar a una rumiación obsesiva. El paciente no vive más que para ese problema, para ese fracaso, para ese generador de resistencia y destrucción del que la especificidad es al conflicto intrapsíquico lo que la llave es a la cerradura (utilizando el acertado símil de Beck, 1967).

Es ese el contexto en el que el infarto aparece, algunas semanas o algunos meses más tarde. El tiempo de latencia puede ser largo ya que se trata del hundimiento progresivo de todo el sistema existencial en el que el paciente ha vivido hasta entonces. A menudo presentido no constituye en general una sorpresa aunque la salud precedente fuera excelente. El infarto es frecuentemente motivo de hospitalización o de consulta por primera vez. A pesar de ello más de un paciente nos ha confiado que lo esperaba, que no era más que la consecuencia lógica de su tipo de vida deshumanizado. Si intentamos comprender lo que pasa aprehendemos que la situación desencadenante ha sido la causa de una desvalorización total de nuestros pacientes. Nos encontramos a un nivel de reacción muy arcaico, visceral: el nivel del todo o nada. El paciente se siente herido literalmente en el corazón de su existencia, no le queda más que desaparecer. Este cataclismo existencial es suficiente para desencadenar un fenómeno como el infarto. Aunque los mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad todavía son mal conocidos se sabe que no es indispensable que haya realmente una obstrucción orgánica ya que un espasmo coronario puede ser suficiente. Adquiere todo su valor la imagen de la herida en plena diana, en pleno corazón: podemos imaginar que estos pacientes llegan a la destrucción física, a la crisis cardíaca, al infarto.

Si intentamos comprender los rasgos comunes a las situaciones desencadenantes constatamos que se trata en todos los casos de una herida en el narcisismo extraordinariamente importante y profunda. Siempre nos encontramos ante un acontecimiento particular, extraordinario en el sentido literal del término aunque a veces sea valorado como benigno por el paciente. Aún así los mecanismos de defensa son siempre desbordados: la banalización, la racionalización, incluso las tentativas de represión y de anulación no son suficientes para frenar el proceso. El objeto preferencial del paciente se encuentra brutalmente desinvertido porque es desvalorizado. Esta desvalorización por el ataque al narcisismo es suficiente para originar una interrupción en la circulación de la libido objetal (mecanismo similar al que aparece en la depresión). Se origina un proceso regresivo, la situación se autoalimenta precipitando la caída de la libido de etapa en etapa hasta el estadio último del retiro narcisista completo y terminal perfecto: la muerte.

El paciente vive estos acontecimientos como si significaran «no me queda más que la muerte». No es una casualidad que se encuentre afectado el centro de su existencia, el corazón de la vida, como lo expresa claramente el lenguaje popular. Este sentimiento de muerte se hace tan intenso que finaliza por corporeizarse retomando una expresión original de las teorías existenciales (Boss, 1969).

No observamos ningún mecanismo protector, ningún freno en la regresión a un estado menos primitivo que el del narcisismo primario, lo que no permite la introyección del objeto querido contrariamente a

lo que se observa en la melancolía, incorporación que sería entonces protectora para el paciente ya que permitiría un conflicto intrapsíquico. No obstante los temores de nuestros pacientes son similares al del deprimido. Temen ante todo una existencia «de vía estrecha» y esta preocupación aparecerá a lo largo de la readaptación, incluso a veces posteriormente, originando en determinados casos recaídas por abstención terapéutica: «no puedo adoptar una mentalidad de anciano».

La hipótesis de una depresión, de una pérdida de objeto como origen de una situación desencadenante plantea el problema del tipo de objeto perdido tan fuertemente añorado. Podría ser que se tratara de la posibilidad de tranquilizarse por el éxito, mecanismo que acaba siempre fracasando ya que toda competición tiene límites naturales y predeterminados. La depresión sería de hecho un progreso para este tipo de estructura aunque sería incompleto al mantenerse una importante sintomatología física. Esta depresión incompleta se podría interpretar como el fracaso de los mecanismos de defensa contra la ansiedad de persecución proyectada.

V- Apreciación de la situación desencadenante

Está claro que tratándose de un fenómeno subjetivo con repercusiones esencialmente psicológicas los criterios de valoración tendrán que modularse sobre esas particularidades. A veces para escoger entre varios acontecimientos posibles aquel que calificaríamos de desencadenante hemos debido de tener en cuenta numerosos elementos de comunicación no verbal como pueden ser cambios en el estado de ánimo, en la actitud, en el tono de la voz. Los mecanismos de defensa habituales en la estructura de estos pacientes se movilizan extraordinariamente: la banalización y la racionalización neutralizan el acontecimiento despojándole de cualquier valor emocional. A veces los pacientes rumian durante mucho tiempo esta situación desencadenante (con un mecanismo próximo al de las neurosis traumáticas) a fin de hacerle perder su carácter angustioso lo que permite evocarla sin distimia aparente. Tratándose de un acontecimiento cuya resonancia individual adquiere una importancia específica nuestros pacientes asumen perfectamente que son ellos solos entre los de su entorno los que están concernidos. Puede extrañar esta especificidad: la situación desencadenante expuesta con calma y neutralidad podría aparecer como un acontecimiento banal. En muchos casos su aspecto patológico es discutible y de hecho si ocurriera a un cierto número de individuos no originaría en ellos ninguna consecuencia molesta. Tan sólo es después de haberla integrado en el contexto existencial del paciente y porque se ha revelado patógena podremos calificarla de patológica y no al contrario. Otro criterio de apreciación en la situación desencadenante ha sido el paciente en sí mismo. En casi todos los casos hemos transmitido («devolución») al enfermo la historia de su situación tal como nosotros la hemos reconstruido. Como si en la entrevista hubiéramos diseccionado la estructura de personalidad intentamos transmitir con la reconstrucción con todos los instrumentos anamnésticos facilitados, una imagen coherente. Casi siempre nuestros pacientes, incluso los más escépticos, reconocían la situación desencadenante como un acontecimiento extraordinario, en el sentido más literal de la palabra, en su vida.

No hemos podido confirmar la sugestiva hipótesis que Kits Van HEIJNINGEN y TREURNIET avanzan en un poco conocido artículo, en el sentido de que las situaciones desencadenantes se producen simultáneamente en dos campos: el profesional y el de la vida privada. Aunque ello es evidente en algunos casos (como en el No. 4) la presencia de una doble herida narcisista no nos parece estadísticamente significativa.

VI- Situación desencadenante y tiempo de latencia

Hemos hablado muy poco de este parámetro ya que lo consideramos de una importancia muy relativa. Algunos investigadores se han limitado a su observación en las 72 horas que han precedido a la aparición del infarto. Estas investigaciones fracasaron. Tratándose de la esfera psicoafectiva del ser humano está claro que el tiempo no es el mismo para todos. Dícese del inconsciente que no le sirven ni relojes ni calendarios. El paciente número 14 experimentó los primeros dolores precordiales tres horas después de la situación desencadenante pero el infarto no apareció hasta cuatro semanas más tarde. Para el paciente 21 la situación desencadenante tuvo lugar antes de las vacaciones de Navidad y el infarto no se declaró más que la víspera de retomar el trabajo. Creemos que los efectos pueden mantenerse larvados durante varias semanas y ser reactivados de una manera aguda y determinante por un pequeño incidente que vendría a ser la gota que colmara el vaso. Finalmente muchos de nuestros pacientes recordaban perfectamente el acontecimiento, lo vivían con una gran intensidad pero no llegaban a localizarlo en el tiempo. A pesar de toda su buena voluntad les era a menudo imposible precisar su fecha exacta.

En cuatro de nuestras observaciones la situación desencadenante se habría producido en las 24 horas que precedían a la aparición del infarto. En otros cinco el tiempo de latencia era de una semana. Entre una y cuatro semanas en diez y entre uno y seis meses en los veintitres restantes.

La imagen típica del infarto que sobreviene inmediatamente después de una situación considerada traumática no se corresponde pues en nuestro estudio con la realidad estadística pues en 33 de los 42 casos el

tiempo de latencia ha sido superior a una semana. Es interesante observar que la mayoría de casos precisan entre uno y seis meses para constatar el fracaso en el metabolismo psicológico de la situación desencadenante apareciendo al cabo de ese tiempo la descompensación somática.

VII- Consideraciones terapéuticas

A lo largo de nuestra investigación fuimos a menudo solicitados por nuestros colegas del servicio de medicina interna con el fin de proponer medidas terapéuticas sobre todo en aquellos casos con antecedentes anginosos importantes o para aquellos pacientes en que se preveía una próxima recaída en vista del forzado modo de vida.

Como era de preveer (Cassem, 1971,1978) en esa petición de soluciones terapéuticas estaba subyacente la actitud muy ambivalente que experimentan el resto de especialistas médicos respecto a la psiquiatría. Por una parte imaginaban el cambio de estructura de personalidad como cosa fácilmente posible considerando de esa manera al terapeuta dotado de una omnipotencia de la que evidentemente no disponíamos o por el contrario manifestaban respecto a nuestra intervención la indiferencia amable con la que se obsequia a los iluminados de turno. La realidad, como de costumbre, se sitúa entre esos dos extremos.

Algunos autores, como Hahn (1971), han organizado grupos terapéuticos controlando sus resultados comparando las estructuras de personalidad según el MMPI antes y después del tratamiento. Los resultados no parecen demasiado brillantes.

En nuestra cohorte de casos la investigación se llevó a cabo paralelamente, como ya se ha indicado en la exposición del método seguido, a las entrevistas exploratorias con pacientes ingresados en el mismo Hospital General con afecciones o lesiones consecutivas a intentos de suicidio.

Casualmente, en el periodo incriminado, la cantidad de pacientes potencialmente suicidas y cuyo estado justificaba su hospitalización como tratamiento u observación fué muy similar al de los ingresos por infarto de miocardio. En ambos casos y primando el aspecto asistencial, terapéutico y profiláctico al investigador, se les ofreció la posibilidad de contactar posteriormente si así lo deseaban con los servicios psiquiátricos sectorizados personalizando el ofrecimiento de ayuda. En algunos casos de suicidas (cinco de un total de cuarenta y ocho) la gravedad del estado psíquico justificó el traslado e ingreso del paciente en los servicios psiquiátricos hospitalarios. En otros diez casos se concertó, ya en el momento de la entrevista, una cita ambulatoria después de la salida del Hospital General. De los otros treinta y tres casos, en los dos años siguientes a la finalización del estudio, trece contactaron espontáneamente con los servicios psiquiátricos de referencia pidiendo ayuda psicológica, manifestando algunos de ellos auténtico interés vistas las dificultades encontradas para la identificación del psiquiatra que les atendió en el momento de crisis.

Pues bien, de los cincuenta casos de los pacientes con patología cardiovascular entrevistados tan solo dos contactaron con el psiquiatra en los dos años siguientes. Fueron los casos 12 (la propietaria del casino ilegal) y 42 (el homosexual jefe de la sección de discos en unos grandes almacenes). La petición de ayuda por parte de estos dos pacientes se vió correspondida con el ofrecimiento de un tratamiento psicoterapéutico de orientación psicoanalítica con resultados dispares y que tan solo pueden considerarse positivos en el segundo caso.

Más aún: cuatro de los casos pertenecientes al grupo control de pacientes cardiopatas (casos 2,3,9 y 11) pidieron ayuda psicológica con posterioridad a la entrevista investigadora, tal y como se les había ofrecido, lo que, a nuestro juicio hace resaltar con contundencia el poco entusiasmo de los pacientes afectados de infarto de miocardio a aceptar cualquier aproximación de apoyo psicológico.

Las posibilidades terapéuticas parecen pues bastante restringidas a largo plazo salvo si nos referimos a algunos casos excepcionales. La personalidad de nuestros pacientes, esencialmente proyectiva como hemos visto, los predispone poco al replanteamiento de personalidad necesario para cualquier terapéutica de inspiración psicoanalítica.

Desde un punto de vista medicamentoso ya hemos señalado la frecuencia con que el infarto de miocardio, a menudo primer episodio de enfermedad en personas que siempre han gozado de un excelente estado de salud, desencadena estados importantes de ansiedad. A pesar de la estructuración y soporte de la que disponen en el contexto del Hospital y del equipo de tratamiento, situación que contribuye ampliamente a tranquilizarles, tuvimos que recomendar a menudo sedación con la ayuda de ansiolíticos, fundamentalmente benzodiazepinas. Esta intervención en algunas ocasiones incluso había sido espontánea y vigorosamente reclamada por el paciente como aquel que nos decía «tengo necesidad de que se me atonte con calmantes a fin de que no vea pasar el tiempo» (caso 38).

Tuvimos que soportar en varias ocasiones la tentación de prescribir antidepressivos, esencialmente tricíclicos, pero sus contraindicaciones en caso de alteraciones miocárdicas nos hicieron desistir. Es un inconveniente de talla ya que, como hemos señalado, nos encontramos frecuentemente ante estados depresivos larvados, incluso estados depresivos ansiosos bien caracterizados que podrían justificar un tratamiento

medicamentoso enérgico. Estos pacientes iniciaban una evolución que podía dirigirse ya fuera hacia una fijación ansiosa, neurótica, comportando un sentimiento de afectación permanente de su integridad corporal necesitando constantemente grandes precauciones cuya consecuencia directa sería que se comportarían como inválidos casi completos o bien otra evolución posible nos parecía ser la de manifestaciones ansiosas importantes que después del regreso al domicilio amplificarían cualquier precordialgia benigna o cualquier cenestesia comportando rehospitalizaciones por sospechas funcionales de nuevos infartos. Ambos tipos de evolución se revelan muy desfavorables para el paciente ya que podrá ser acusado de exagerar su sintomatología y de no haber aprendido y aprovechado la hospitalización, actitud del equipo médico diametralmente opuesta a aquella que adoptó ante el enfermo con ocasión del primer ingreso. Se le pasa a considerar como un enfermo imaginario, un indeseable recidivista al que ya nada puede aportar la medicina somática y para el que el cardiólogo considera que sólo es el psiquiatra el que debe intervenir.

Otra actitud, también muy criticada por los médicos, es la del paciente del caso 43 que se dedica a una actividad física desmesurada después de haber consultado al especialista por manifestaciones anginosas comentando que no se le había prohibido taxativamente. Había claramente reprimido la experiencia inmediata de enfermedad y aunque esta actitud puede parecer caricaturesca no es desgraciadamente rara ya que estos pacientes no ven atacada su omnipotente invulnerabilidad más que brevemente restaurando sus defensas de una manera extraordinariamente rápida.

Nuestra experiencia nos aconsejaría, después de reflexión, que en vez de ofrecer una ayuda individual que como hemos visto no recibe demasiada respuesta, quizás el camino consistiría en la estructuración, aprovechando la hospitalización en el Hospital General, de algún tipo de terapéutica de grupo con objetivos inicialmente modestos: sensibilizar a los pacientes en aquello que puede ser patógeno en su forma de vivir, reforzar aquellas defensas que deban serlo para evitar dentro de lo posible las descompensaciones graves, ofrecer algún nuevo campo de interés para este tipo de enfermos y preparar en los casos en que sea posible a estos pacientes a una terapia individual más profunda. La aproximación grupal presentaría ventajas como pueden ser el dar mayor seguridad al paciente a través de un contacto colectivo menos angustioso que el individual o favoreciendo la emergencia de elementos patológicos puesto que el otro puede ofrecer un fiel reflejo de uno mismo. Prácticamente el grupo representa una importante economía de tiempo para el terapeuta, aspecto este extraordinariamente importante ya que es deseable que el lapso entre el inicio de la hospitalización y la consulta psiquiátrica sea el más breve posible. Técnicas corporales de relajación podrían complementar esta aproximación.

No obstante creemos que la utilidad de todas estas terapéuticas sería muy limitada ya que de todas maneras un trabajo de interiorización sería necesario por parte de estos pacientes por naturaleza poco abiertos a lo que no sea totalmente concreto. Las resistencias no son debidas tan solo a los enfermos ya que numerosos profesionales sanitarios rehusan el admitir cualquier aproximación psicológica a una enfermedad tan claramente orgánica. A pesar de ello es posible que este estado de ánimo se modifique como así ha ocurrido en otros aspectos de la terapéutica de estas enfermedades. En la época de nuestra investigación quedamos sorprendidos al observar la extraordinaria facilidad con la que se pudo instaurar el cambio de un tratamiento que hasta entonces había sido de reposo estricto a la movilización precoz.

VIII.- Pérdida de los padres

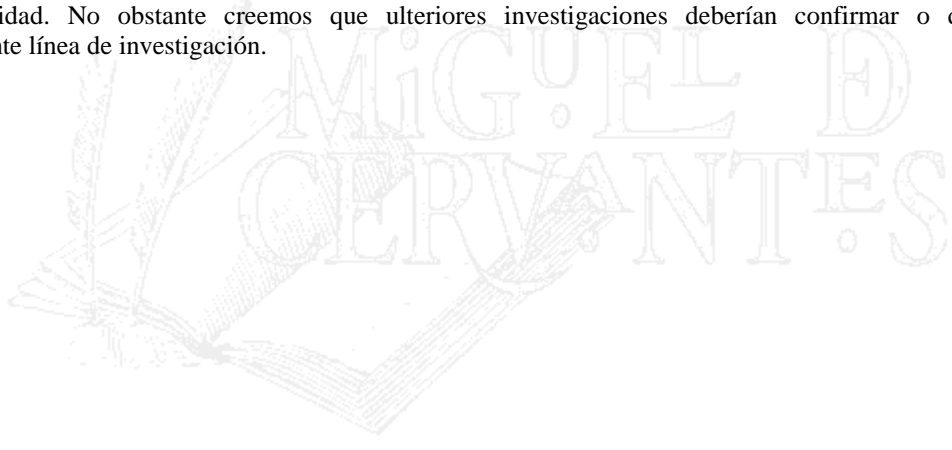
Un aspecto que nos llamó muy rápidamente la atención fue la constatación de un hecho que se repetía con una cierta frecuencia en la anamnesis de nuestros entrevistados. Se trataba de la pérdida de uno o ambos de los progenitores. Recopilando los datos encontramos un total de catorce pacientes (sobre cincuenta) que habían perdido su padre, su madre o ambos entre el momento de su nacimiento y el de su decimoquinto aniversario. Siete habían perdido a su padre, cuatro a su madre y tres a ambos progenitores. Ello constituía un porcentaje del 28% muy superior al 10% del grupo control. Considerando que quizás en este aspecto el grupo control era muy limitado numéricamente, procedimos a la constitución puntual de un segundo grupo de control buscando establecer la incidencia de una tal eventualidad entre la población general. Interrogamos pues sobre este punto preciso a 50 pacientes del mismo grupo de edad hospitalizados en cualquiera de los servicios del hospital, obteniendo 4 respuestas positivas (un 8%) porcentaje muy próximo al del grupo control de cardiopatas, pero contrastando con el 28% del grupo de estudio. La distribución por tipos de personalidad no nos pareció significativa: de los catorce, tres pacientes pertenecían a cada uno de los grupos tipo «A», pasivos dependientes y obsesivos compulsivos, dos a los grupos paranoicos y sin diagnóstico y finalmente uno a las estructuras depresivas.

Los efectos de la carencia materna precoz fueron estudiados por vez primera por Anna Freud y Dorothy Burlingham, entre 1942 y 1944 cuando fué necesario el ingresar a niños en guarderías separándoles de su familia durante los bombardeos de Londres. Poco más tarde Spitz, en los Estados Unidos, publicaba sus primeras observaciones describiendo el cuadro clínico del hospitalismo. Comparó las reacciones a esa situación

de carencia afectiva al stress descrito por Selye, concluyendo que dicha carencia de cuidados maternos podía ser considerada como un auténtico traumatismo conduciendo a trastornos físicos graves e incluso a la muerte.

Experiencias sobre animales conducidas por etólogos confirmarían las necesidades de estímulo y las consecuencias de las carencias de vida de relación en determinados animales. Sus conclusiones son tentadoras en el sentido de poder explicar aspectos difícilmente comprensibles en el comportamiento humano como puede ser la propensión a repetir situaciones traumáticas. Se puede avanzar la hipótesis de que la necesidad de estímulos y de presencia próxima pueden justificar la repetición de traumatismos si ésta es la única manera de mantener un lazo con el objeto de relación. Que ese lazo sea hiriente, incluso destructor, pasa a ser secundario. La necesidad vital de relación humana y de estímulos afectivos pasa entonces a ser perjudicial para un desarrollo feliz y completo de la persona. Tales actitudes, a menudo tachadas de masoquistas, son difícilmente comprensibles y soportables para los psiquiatras que les quieren ayudar, a los que hacen fracasar y de los que entorpecen los deseos de reparación. (Bowlby, 1983).

Nos parecería una interesante hipótesis a considerar la de que la pérdida de progenitores comportando una insuficiencia de imágenes parentales de identificación en un período tan importante para la estructuración y desarrollo de la personalidad como es la comprendida entre el momento del nacimiento y el del inicio de la adolescencia comportarían un fallo, un vacío que, en determinados casos, se intentaría colmar con unos rasgos de comportamiento tan repetidamente descritos bajo la etiqueta de patrón «A» de conducta. Ello permitiría un relativo equilibrio, pero siempre inestable, como si estos pacientes vivieran de prestado y tarde o temprano se pudiera producir una situación traumática que hiciera aparecer en todo su horror la situación de fallo original. Como ya hemos indicado no nos pareció conveniente ni posible el profundizar en el psiquismo de nuestros pacientes estudiados pero sí hemos podido verificar dicha hipótesis en tratamientos psicoterapéuticos de orientación psicoanalítica en nuestra práctica habitual con pacientes que presentan el repetido tipo «A» de personalidad. No obstante creemos que ulteriores investigaciones deberían confirmar o desmentir esta interesante línea de investigación.



Parte quinta: conclusiones y perspectivas

I.- Conclusiones:

Hemos estudiado un grupo de pacientes afectos de infarto de miocardio constituidos por 50 sujetos de edades comprendidas entre los 39 y 65 años. 46 de entre ellos (el 92%) eran varones y 4 (el 8%) hembras, lo que confirma una mucha mayor incidencia de esta afección en el sexo masculino, aunque asistimos a una progresiva mayor frecuencia entre sujetos de sexo femenino verificándose así la tendencia repetidamente señalada en la bibliografía.

I.- En 42 de entre ellos identificamos en los seis meses previos a la instauración de la enfermedad aguda una situación psicológica desencadenante lo que constituye un 84% (82,6% en varones, 100% en hembras) corroborándose así la hipótesis I, al encontrar tan sólo 2 situaciones similares (un 10%) en el grupo control.

II.- 23 de los pacientes estudiados (un 46%) presentaban una estructura tipo «A» por ninguno de los del grupo control (0%), confirmándose así la hipótesis II.

III.- De las 42 situaciones desencadenantes identificadas, 14 corresponden a la esfera profesional y 13 a la familiar completando de una forma casi equivalente el 64% de las situaciones desencadenantes identificadas, verificándose así la hipótesis III.

IV.- Los 11 casos incluidos en el apartado que nosotros denominamos «humillación y conflictos sociales» (un 26%), así como el descubrimiento (no señalado anteriormente en la bibliografía, al menos que nosotros conozcamos) de un elevado porcentaje de pérdidas parentales en los quince primeros años de vida (un 28% frente al 10% y al 8% del grupo control y del grupo control ampliado, respectivamente) nos permite corroborar nuestra hipótesis IV.

V.- La validez con fines investigadores de nuestra aproximación psicodinámica nos parece ampliamente demostrada a lo largo de nuestro estudio. Más modestos debemos ser en las esperanzas emitidas respecto al favorecimiento que una tal aproximación podría comportar sobre la viabilidad de una oferta de ayuda psicológica ulterior. Paradójicamente es el grupo control el que ofrece mejores resultados a este respecto (4 pacientes, un 20% pidieron en los dos años posteriores a la fecha de realización del estudio, contactar con el psiquiatra que les había atendido) lo que unido a lo ya comentado respecto a los pacientes suicidas nos hace creer que nuestra hipótesis V es válida aún con las connotaciones de difícil tratamiento psicológico de las enfermedades psicosomáticas en general y de la patología cardiovascular aguda en particular.

II.- Perspectivas:

Paykel (1971) reflexionando sobre su lista de acontecimientos ya subrayaba que acontecimientos idénticos podían tener implicaciones personales muy diferentes de una persona a otra según su estructura psicológica y sus experiencias vitales biográficas pasadas. A veces la amenaza de un acontecimiento, más que su presencia real, así como heridas narcisistas pueden desencadenar alteraciones afectivas importantes. No obstante una aproximación subjetiva le parecía muy difícil sobre todo en función de la importante formación clínica investigadora necesaria en el entrevistador. No olvidemos que los cuestionarios de Paykel eran distribuidos a los pacientes sin otra ayuda que indicaciones muy limitadas sobre las instrucciones a seguir para su formalización.

Nuestro trabajo se aproxima más al de Engel y Schmale (1967) que exploraron las vivencias de sus pacientes con una perspectiva psicodinámica más fina y fecunda pero que no permitía, en contrapartida, trabajar el material obtenido con una seguridad estadística tan fiable. Sus investigaciones demostraron que las manifestaciones mórbidas psicosomáticas son a menudo consecuencia de una pérdida ya sea efectiva (real o simbólicamente) o temida. Según ellos el acontecimiento desencadenante es vivido subjetivamente con un sentimiento de impotencia, de sentirse desamparado y sin esperanza. Sería su síndrome «Giving-up, Given-up» traducible como que el sujeto renuncia al sentirse abandonado.

Creemos haber podido demostrar la validez de una aproximación psicodinámica con un objetivo investigador a una situación de descompensación psicosomática grave. Hemos podido estudiar las situaciones desencadenantes y sus características abordando la subjetividad de cada paciente y aproximándonos a sus vivencias profundas de una manera difícilmente imaginable por otros medios.

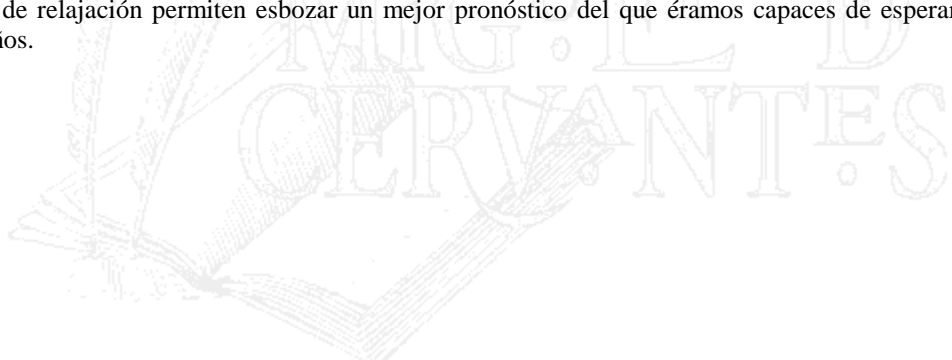
A las nociones habituales históricamente admitidas de situaciones de pérdida o heridas narcisistas presentes en las cuatro categorías en las que hemos dividido nuestras observaciones de situaciones desencadenantes (ámbito profesional, ámbito familiar, enfermedad y accidentes y humillación y conflicto) creemos poder añadir la noción de fracaso, situación que desborda los mecanismos de defensa con desinvertimiento y desvalorización total del objeto preferido e idealizado por el paciente. La paralización de la libido objetual origina un proceso regresivo vertiginoso hasta el estado último, terminal del narcisismo primario: la muerte.

Nuestra investigación y el método utilizado nos ha permitido también el reflexionar sobre la

estructura de personalidad de los pacientes incriminados. Hemos podido constatar la vigencia del patrón «A» de conducta y creemos haber podido efectuar una aproximación psicoanalítica del mismo. Es interesante constatar que ese diagnóstico no existe ni en la terminología psicoanalítica ni en la fenomenológica. No obstante creemos que tiene toda su validez en tanto que constituye una constelación de actitudes y de comportamientos que caracterizan bastante precisamente a un grupo de sujetos. De hecho con su propia especificidad nos parecería corresponder en casi todos los casos a los llamados «estados límites» recubriendo una patología narcisista y en lucha constante contra la depresión.

Ya hemos indicado nuestra decepción ante la pobreza de los resultados respecto a una eventual intervención psicoterapéutica en este tipo de pacientes. Se trata de un grupo de pacientes difícilmente tratable. Dado que en el momento de la intervención investigadora la supervivencia era el objetivo principal no parece adecuado forzar un mejor conocimiento de sí mismos. Coincidimos con Friedman en la constatación en muchos de ellos de una actitud de revisión y balance a la que seguramente se entregan por primera vez en su vida pero sus defensas reestructurándose muy rápidamente no permiten un aprovechamiento terapéutico de la situación. Hemos comentado nuestra impresión de que la actitud más útil en estas situaciones tenga que pasar por el trabajo en grupo y por técnicas de relajación corporal. La de Schulz nos parece particularmente recomendable.

A pesar de esa pobreza de resultados terapéuticos las observaciones y reflexiones efectuadas han sido de un gran auxilio para el autor de esta tesis en el tratamiento de pacientes tipo «A» en psiquiatría ambulatoria con una diferencia de talla, ya que son pacientes que acuden directamente al psiquiatra en busca de ayuda y no han padecido todavía la descompensación psicósomática grave que constituye el infarto de miocardio. Seguramente la información a través de los medios de comunicación de las características comportamentales de estos pacientes así como de los elevados factores de riesgo han empujado a algunos de entre ellos, con enormes resistencias eso sí, a la consulta de algunos psiquiatras. Una intervención extraordinariamente ecléctica e intensiva asociando técnicas interpretativas, actitudes muy activas, eventualmente «inyectoras de fantasmas» con el complemento frecuente de tratamientos farmacológicos antidepresivos (particularmente tricíclicos) y técnicas de relajación permiten esbozar un mejor pronóstico del que éramos capaces de esperar y emitir hace varios años.



Bibliografía

- ABRAHAM, K. (1924).- Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. In Oeuvres complètes. T2 - Payot, édit., Paris, 1966.
- ABRAHAM, N.; TOROK, M. (1972).- Introjecter, incorporer, deuil ou mélancolie.- *Nouv. Rev. Psych.*, 6, 111.
- ACKLIN, M.W.; ALEXANDER, G. (1988).- Alexitymia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (6), 343-350.
- ADSETT, A.; BRUHN, J.G. (1968).- Short-term group psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives. *The Canadian Medical Association Journal*, 99 (12), 577-584.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T.M.; POLLOCK, G.H. (1968).- Psychosomatic specificity. Experimental Study and results. Univ. Chicago Press, Chicago/Londres.
- ALEXANDER, F. (1970).- *La médecine psychosomatique*, Payot édit, Paris.
- ALFREDSON, L.; KARASEK, R.; THEORELL, T.- (1982) Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: an analysis of the male swedish working force. *Social Science Medicine*, 16 (4), 463-467.
- AMIEL-LEBIGRE, F.; PELC, I.; LAGORCE, A. (1984).- Événements existentiels et dépression. Une étude comparative de plusieurs types de déprimés., *Ann. Méd. Psychol.*, 142, 937- 958.
- AMIEL-LEBIGRE, F. (1986).- Événements de la vie et détermination de populations à risque de trouble mental., *Rev. Méd. Psychosom.*, 6, 35-40.
- AMIEL-LEBIGRE, F. (1988).- Méthodes d'évaluation des événements stressants de la vie. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale (Paris)* 37401 E 10.
- ANTONELLI, P. (1989).- Le temps du déni. *Rev. Méd. Psychosom.*, 30, 31-47.
- ARLOW, J.A. (1945).- Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosomatic Medicine*, 7, (4), 195-209.
- ARLOW, J.A. (1952).- Anxiety patterns in angina pectoris. *Psychosom. Med.*, juil., 14,161.
- ARTHUR, R.J. (1974).- Extreme stress in adult life and psychic and psychophysiological consequences. In: *Life Stress and Illness*, edited by E.K.E. Gunderson and R.H. Rahe, pp. 195-207. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- ASKENASY, A.R.; DOHRENWEND, B.P.; DOHRENWEND, B.S. (1977).- Some effects of social class and ethnic group membership on judgments of the magnitude of stressful life events: a research note. *J. Health Soc. Behav.*, 18, 432-439.
- BAKKER, C.B.; LEVENSON, R.M. (1967).- Determinants of angina pectoris. *Psychosomatic Medicine*, 29(6), 621-633.
- BALINT, M. (1961).- *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos, Buenos Aires.
- BALINT, M.; BALINT, E. (1970).- *Techniques Psychotérapeutiques en Médecine*, Payot, Paris.
- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H.; BALINT, E. (1975).- *La Psychothérapie focale*. Payot, Paris.
- BAREFOOT, J.C.; DAHLSTROM, W.G.; WILLIAMS, R.B. (1983).- Hostility, coronary heart disease incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians.- *Psychosom, Med.*, 45, 59-63.
- BASTIAANS, J.; GROEN, J. (1952).- Psychotherapy of internal disease. In *The Affective Contact*. Amsterdam, Strengholt.
- BASTIAANS, J. (1965).- The place of personality traits in specific syndromes: cause or effect? In *Wisdom J.O. Wolff H: The Role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. London, Pergamon Press.
- BASTIAANS, J.; GROEN, J. (1975).- Psychosocial stress, interhuman communication and psychosomatic disease. In *Spielberger C.D., Sarason I.G.: Stress and Anxiety, Vol. I*, New York, Halsted Press.
- BECK, D. (1967).- Die auslösende Situation beim Reizmagen. *Schweiz. med. Wschr* 97, n. 23.
- BESANÇON, G. (1992).- Théories en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris - 37400 C 10*.
- BETTELHEIM, B. (1972).- *Le coeur conscient*, Ed. Robert Laffont, Paris.
- BETZ, B.; THOMAS, C. (1979).- Individual temperament as a predictor of health or premature disease. *Johns Hopkins Medical Journal*, 144, 81-89.
- BIBRING, G.L. (1951).- Preventive psychiatry in a general hospital.- *Bull. World Fed. Mental Health*, 3, 224.
- BIBRING, G.L. (1956).- Psychiatry and medical practice in a general hospital. *New Engl. J. Med*, 254, 366.
- BIRLEY, J.L.T., BROWN, G.W. (1970).- Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia: clinical aspects., *Br. J. Psychiatry*, 116, 327-333.
- BIRCHNELL, J. (1970).- Recent parent death and mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 116, 289-297.

- BLANCHARD, E.B.; MILLER, S.T. (1977).- Psychological treatment of cardiovascular disease. *Archives General Psychiatry*, 34 (12), 1402-1413.
- BLATT, S.J.; FEIRSTEIN, A. (1977).- Cardiac response and personality organization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 111-123.
- BLUMENTHAL, J.A.; WILLIAMS, R.S.; WILLIAMS, R.B.; WALLACE, A. (1980).- Effects of exercise on the Type A (coronary prone) behavior pattern.- *Psychosom. Med.*, 42, 289-296.
- BONAMI, M.; RIME, B. (1972).- Réaction psychologique et attitudes consécutives à l'infarctus du myocarde. *Acta Psychiatr. Belg.*, 72, 80-95.
- BONAMOUR, P.; BOURGUIGNON, A.; BOUTTIER, D.; GRIVOIS, H.; LEMPERIERE, TH.; VATIER, J. (1973).- La psychiatrie à l'hôpital. La psychiatrie de secteur. L'Hôpital à Paris, n. spécial hors série.
- BOOTH-KEWLEY, S.; FRIEDMAN, H.S. (1987).- Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 343-362.
- BOSS, M. (1969).- Introduction à la médecine psychosomatique. P.U.F., édit., Paris.
- BOWLBY, J. (1983); La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Paidós. Buenos Aires.
- BRACKETT, C.D.; POWELL, L.H. (1988).- Psychosocial and physiological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.*, 61, 979-983.
- BRAND, R.; ROSENMAN, R.H.; SHOLTZ, R.F.; FRIEDMAN, M. (1976).- Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham Study, *Circulation*, 53(2), 348-355.
- BROUGHTON, R.; BARON. R. (1978).- Sleep patterns in the intensive care unit and on the ward after acute myocardial infarction. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 45, 348-360.
- BROW, D.G. (1972).- Stress as a precipitant factor of eczema. *J. Psychosom. Res.*, 16, 321-327.
- BROWN, D.G. (1967).- Emotional disturbance in eczema: a study of symptom-reporting behaviour. *J. Psychosom. Res.*, 11, 27- 40.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J.L.T. (1968).- Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health Soc. Behav.* 9, 203-204.
- BROWN, G.W. (1974).- Meaning, measurement, and stress of life events. In: *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, edited by B.S. Dohrenwend and B.P. Dohrenwend, pp. 217-243. Wiley, New York.
- BROWN, G.W.; HARRIS, T.; COPELAND, J.R.(1977).- Depression and loss. *Br. J. Psychiatry*, 130:1-18.
- BRUHN, J.G. (1965).- An epidemiological study of myocardial infarctions in an Italian-American community, *J. Chronic Dis.* 18: 353,1965.
- BRUHN, J.G.; CHANDLER, B.; MILLER, M.C.; WOLF, J.; LYNN, T.N. (1966).- Social aspects of coronary heart disease in two adjacent ethnically different communities. *American Journal of Public Health*, 56 (1), 1493-1506.
- BRUHN, J.G.; McCRADY, K.D. (1968).- Evidence of «emotional drain» preceding death from myocardial infarction. *Psychiatr. Dig.* 29: 34-40.
- BURLINGHAM, D.; FREUD, A. (1942).- *Young children in war time*. Londres. Allen and Unwin.
- BURLINGHAM, D.; FREUD, A. (1944).- *Infants without families*. Londres. Allen and Unwin.
- BYRNE, D.G.; WHYTE, H.M. (1980).- Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impact. *Psychosomatic medicine*, 42 (1), 1-10.
- BYRNE, D.G.; ROSENMAN, R.H. (1986).- The type A behaviour pattern as a precursor to stressful life-events: a confluence of coronary risks. *Br. J. Med. Psychol.*, 59, 75-82.
- CADORET, R.J.; WINOKUR, G.; DORZAB, J.; BAKER, M. (1972).- Depressive disease: life events and onser of illnes. *Arch., gen., Psychiatry*, 26, 133-139.
- CAFFREY, B. (1970).- A multivariate analysis of sociopsychological factors in monks with myocardial infarctions. *American Journal of Public Health*, 69 (3), 452- 458.
- CANNON, W.B. (1929).- *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton-Century-Crofts, edit, New York.
- CAPLAN, G. (1980).- *Principios de Psiquiatría preventiva*. Paidós, Buenos Aires.
- CASSELLS, W.; EVANS, D.; DE SILVA, R.; DAVIES, J.E. (1980).- Retirement and coronary mortality. *Lancet*, 14.
- CASELL, W.A. (1964).- A projective index of body-interior awareness. *Psychosomatic medicine*, 26 (2).
- CASELL, W.A. (1965).- Body perception and symptom localization. *Psychosomatic medicine*, 27 (2).
- CASELL, J.C.; HEYDEN, S.; BARTEL, A.G. (1971).- Incidence of coronary heart disease by ethnic groups, social class and sex. *Asch. Intern Medicine*, 128, 901-906.

- CASSEM, N.H.; HACKETT, T.P. (1971).- Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Annals of Internal Medicine*, 75, 9-14.
- CASSEM, N.H.; HACKETT, T.P. (1978).- The setting of intensive care. In T.P. Hackett & N.H. Cassem (Eds.), *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby.
- CAY, E.L.; VETTER, N., PHILIP, A.; DUGARD, P. (1973).- Return to work after a heart attack *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 231-243.
- CLEVELAND, S.E.; JOHNSON, D.L. (1962).- Personality patterns in young males with coronary disease. *Psychosomatic Medicine*, 24 (6), 600-610.
- COBB, S.; KASL, S.V. (1977).- *Termination: The Consequence of Job Loss*. DHEW publication (NIOSH) 77-224, Washington.
- COCHRANE, C.; ROBERTSON, A. (1973).- The life events inventory: a measure of the relative severity of psychosocial stressors.- *J. Psychosom. Res.*, 17, 135-139.
- COCHRANE, R.; ROBERTSON, A. (1975).- Stress in the lives of parasuicides. *Soc. Psychiatry*, 101, 161-171.
- COHEN, S.I.; HAJIOFF, J. (1972).- Life events and the onset of acute closed-angle glaucoma. *J. Psychosom., RES.*, 16, 335-341.
- COLLET, L.; LESTER, D. (1969).- The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- COMSTOCK, G.W.; PARTRIDGE, K.B. (1972).- Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
- CONSOLI, S.M. (1990).- *Approche psychosomatique en pathologie cardio-vasculaire*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 37402 E 20.
- CORYELL, W.; NOYES, R.; CLANCY, J. (1982).- Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 701-703.
- COTTIER, C.; ADLER, R.; VORKAUF, H. et al. (1983).- Pressured pattern of type A behavior in patients with peripheral arteriovascular disease: controlled retrospective exploratory study. *Psychosom. Med.*, 45, 187-193.
- CRISP, A.H. (1970).- Therapeutic aspects of the doctor- patient relationship. In Pierloot R.A. (ed): *Recent Research In Psychosomatics*. Basel, S Karger, pp 12-33.
- CRISP, A.H.; QUEENAN, M.; D'SOUZA, M.F. (1984).- Infarto de miocardio y estado emocional. *Lancet*, 5 (91), 65-68.
- CROOG, S.H.; LEVINE, S.; LURIE, Z. (1968).- The heart patient and the recovery process. A review of the directions of research on social and psychological factors. *Soc. Sci. Med.*, 2, 111-164.
- CROOG, S.; SHAPIRO, D.S.; LEVINE, S. (1971).- Denial among male heart patients. *Psychosomatic Medicine*, 33 (5), 385-397.
- CHANDRA, V.; SZKLO, M.; GOLDBERG, R.; TONASCIA, J. (1983).- The impact of marital status after an acute myocardial infarction: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 117, 320-325.
- CHEN, E.; COBB, S. (1960).- Family Structure in relation to health and disease. *J. Chronic Dis.* 12:544-567.
- CHIRIBOGA, D.A. (1977).- Life event weighting system; a comparative analysis. *Journal of psychosomatic Research*, 21, 415-422.
- DANTCHEV, N. (1989).- Stratégie de «coping» et «Pattern A» coronarogène. *Rev. Méd. Psychosom* 17/18, p.p. 21-30.
- DEJOURS, C.; MARTY, P.; HERZBERG-POLONIECKA. (1984).- Les questions théoriques en psychosomatique. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*. Paris, 37400 C 10.
- DIMSDALE, J.E. (1977).- Emotional causes of sudden death. *American Journal of Psychiatry*, 134 (12), 1361-1366.
- DIMSDALE, J.E.; HERD, J.A. (1982).- Variability of plasma lipids in response to emotional arousal. *Psychosom. Med.*, 44, 413-430.
- DOHRENWEND, B.P. (1961).- The social psychological nature of stress: A framework for causal injury. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 62:294-302.
- DOHRENWEND, B.P.; DORENWNEND, B.S. (1969).- *Social Status and Psychological Disorder*. Wiley, New York.
- DOHRENWEND, B.S. (1973).- Social status and stressful life events. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 28, 225-235.
- DOHRENWEND, B.P.; DOHRENWEND, B.S. (1974).- Social and cultural influences on psychopathology. *Ann. Rev. Psychol.*, 25:417-452.

- DOHRENWEND, B.S.; DOHRENWEND, B.P.(1974).- Stressful Life Events: Their Nature and Effects. Wiley, New York.
- DOHRENWEND, B.P.; DOHRENWEND, B.S. (1976).- Sex differences and psychiatric disorder. *Am. J. Sociol.* 81:1447-1454.
- DOHRENWEND, B.S.; KRASNOFF, L.; ASKENASY, A.R.; DOHRENWEND, B.P. (1978).- Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *J. Health Soc. Behav.*, 19:205-229.
- DOHRENWEND, B.P.; FIGUEIREDO, J.M. (1978).- Stressful events of the life course. Paper presented at Symposium on Aging from Birth to Death. Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science, February 12-17, Washington, D.C.
- DOMINGO, E.; FIGUERAS, J.; LUPON, J.; PERMANYER, G. y SOLER, J. (1987).- In-hospital identification of low risk patients after first myocardial infarction. *European Heart Journal.* 8, 188.
- DREYFUSS, F.; DASBERG, H.; ASSAEL, M.F.(1969).- The relationship of myocardial infarction to depressive illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 17, 73-81.
- DSM-III-R. (1988).- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona.
- DUNBAR, H.F. (1943).- *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Hoeber.
- DUNBAR, H.F. (1947).- *Emotions and bodily changes*. New York: Columbia.
- EAKER, E.D.; CASTELLI, W.P. (1988).- Type A behavior and mortality from coronary disease in the Framingham study. *The New England Journal of Medicine*, 319 (22), 1480-C.
- EASTWOOD, M.R. (1975).- *The Relation Between Physical and Mental Illness*. University of Toronto Press, Toronto.
- EATON, J.W. (1965).- Resistance to psychiatry in a general hospital. *Ment. Hosp*, 16, 156.
- EDWARDS, A.L. (1970).- *The measurement of the personality traits by scales and inventories*. Holt., Rinehart and Winston, Inc., ed., New York, 1970.
- EISLER, K. (1955).- *The Psychiatrist and the Dying Patient*. New York. International Universities Press. pp. 87-94.
- ENGEL, G.L.; SCHMALE, A.H. (1967).- Psychoanalytic theory of somatic disorder: conversion, specificity and the disease onset situation. *J Am Psychoanal* 15:344-365.
- ENOS, W.F.; HOLMES, R.H.; BEYER, J. (1953).- Coronary disease among american soldiers killed in action in Korea. *J.A.M.A.*, 152, 1090-1093.
- ENOS, W.F.; HOLMES, R.H.; BEYER, J. (1955).- Pathogenesis of coronary disease in american soldiers killed in Korea. *J.A.M.A.*, 158, N. 11, 912-914.
- EPSTEIN, F.H. (1971).- International trends in coronary heart disease epidemiology. *Annals of Clinical Research*, 3, 293-299.
- ESKWITH, I.S. (1958).- The holistic approach to angina pectoris. *Am. Heart. J.*, 55, n.4, 621-630.
- FAIN, M.; DAVID, C. (1963).- Aspects fonctionnels de la vie onirique. *Rev. Fr. Psych.* 27, n.spécial, 241-361.
- FAIN, M.; BRAUNSCHWEIG, D. (1975).- *La nuit, le jour*. P.U.F. édit., Paris.
- FAIN, M. (1990).- *Psychanalyse et psychosomatique*. *Rev. Franç. Psychanal*, 3/1990.
- FAVA, G.A.; MUNARI, F.; PAVAN, L.; KELLNER, R. (1981).- Life events and depression. A replication. *J. Affection Disord*, 3, 159-165.
- FEIFEL, H.; FREILICH, J.; HERMANN, L.J. (1973).- Death fear in dying heart and cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 161-166.
- FERRERI, M.; ALBY, J.M. (1975).- Le psychiatre à l'hôpital général. *Identité-fonction*. *Encycl. méd. chir.*, Paris, Psychiatrie, 37402 H-10.
- FERRERI, M.; ALBY, J.M. (1983).- Facteurs événementiels et dépression. In: *La maladie dépressive*. Ciba, édit., Paris, 83-97.
- FERRERI, M.; TAWIL, S. (1983).- Événements de vie et dépression. *Actual. Psychiatr*, n. 2A, 69-78.
- FERRERI, M.; VACHER, J.; ALBY, J.M. (1987).- Événements de vie et dépression. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*. Paris. 37879 A 10-2.
- FRIEDMAN, A.M.; KAPLAN, H.I.; SADOLK, B.J. (1982).- *Tratado de Psiquiatría*. Salvat Editores S.A.
- FREUD, S. (1894).- Las Neuropsicosis de defensa. In *Obras Completas*, T. I., pp. 169-177. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- FREUD, S. (1895).- Proyecto de una psicología para neurologos. In *Obras Completas*, T. I, pp. 209-276. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- FREUD, S. (1898).- La sexualidad en la etiología de las neurosis. In *Obras Completas*, T.I., pp. 317-

329. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FREUD, S. (1905).- Análisis fragmentario de una histeria, («Caso Dora»). T.I, pp. 933-1002. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FREUD, S. (1915-1917).- Lecciones introductorias al Psicoanálisis. In Obras Completas. T. II, pp. 2123-1412. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FREUD, S. (1920).- Más allá del principio del placer. In Obras Completas. T. III, pp. 2507-2541. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FREUD, S. (1923).- El yo y el ello. In Obras Completas. T. III, pp. 2701-1728. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FREUD, S. (1926).- Inhibición, síntoma y angustia. In Obras Completas. T. III, pp. 2833-2883. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

FRIEDMAN, G.D.; URY, H.K.; KLATSKY, A.L.; SIEGELAUB, A.B. (1974).- A psychological questionnaire predictive of myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 36, 327-343.

FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. (1959).- Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Jama*, 169, 1286.

FRIEDMAN, M. (1979).- The modification of type A behavior in post-infarction patients. *Am. Heart J.*, 97, 551-560.

FRIEDMAN, M.; THORESEN, C.E.; GILL, J.J. (1981).- Type A Behavior; Its possible role, detection and alteration in patients with ischemic heart disease. *Update V TheHeart. J. Willis Hurst Editor. N.Y.* Toronto: Mc Graw-Hill. Book Company.

FRIEDMAN, M.; THORESEN, C.E.; GILL, J.J.; POWELL, L.H.; ULMER, D. et alt. (1984).- Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *Am. Heart J.*, 108, 237-248.

FRIEDMAN, H.S.; HALL, J.A.; HARRIS, M.J. (1985).- Type A behavior, non-verbal expressive style, and health. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 48, 1299-1315.

FRIEDMAN, N. (1988).- Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 319 (2), 114-C.

FROESE, A. HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H.; SILVERBERG, E. L. (1974).- Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction patients during hospitalization. *J. Psychosom. Res.*, 18, 413-420.

GALLAVARDIN, L. (1938).- Etiologie de l'angine de poitrine d'après une nouvelle statistique. *J. Méd. Lyon*, 20 sept. 19, 527-550.

GARMA, A. (1969).- Psicoanálisis del dolor de cabeza. Ed. Paidós, Buenos Aires.

GARMA, A. (1969).- Psicoanálisis de los ulcerosos. Ed. Paidós, Buenos Aires.

GARRITY, T.F.; MARX, M.B.; SOMES, G.W. (1977).- The influence of illness severity and time since life change on the size of the life change-health change relationship. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 377-388.

GILDEA, E.F. (1949).- Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders. *Psychosom. med.* 11, 273.

GLASS, D.C. (1977).- Behavior patterns, stress and coronary disease. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

GOLDBAND, S.; KATKIN, E.S.; MORELL, M.A. (1979).- Personality and cardiovascular disorder. In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds), *Stress and anxiety* (Vol. 6). Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

GOLDBERG, R.; SZKLO, M.; TONASCIA, J.A. (1979).- Time trends in prognosis of patients with myocardial infarction: A population-based study. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 144, 73-80.

GORDON, T.; KANNEL, W.B.; MCGEE, D.; DAWBER, T.R. (1974).- Death and coronary attacks in men after giving up cigarette smoking. *The Lancet* 2, 1345-1353.

GRANT, I.; SWEETWOOD, H.; YAGER, J. (1978).- Patterns in the relationship of life events and psychiatric symptoms over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 183-191.

GRANT, I.; SWEETWOOD, H.; GERST, M.S.; YAGER, J. (1978).- Scaling procedures in life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 525-530.

GREENBERG, I. M. (1960).- Approaches to psychiatric consultation in a research hospital setting. *A.M.A. Arch. Gen. Psychiat.*, 3, 691.

GRODDECK, G. (1963).- *Le livre du ça*. Gallimard. Paris.

GRODDECK, G. (1970).- *Au fond de l'homme Cela*. Gallimard, édit. Paris.

GROOVER, M.E. (1957).- Clinical evaluation of a public health program to prevent coronary artery disease. *Trans Coll Phys* 24: 105.

- GROSSARTH-MATICEK, R.; EYSENCK, H.J.; VETTER, H. (1988).- Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Person. Individ. Diff.* 9, 479-495.
- GROUPE COOPERATIF FRANCO-BELGE (1983).- Facteurs psychologiques et cardiopathies ischémiques. *Ann. Cardiol. Angéiol.* 32, 295-302.
- GRUEN, W. (1975).- Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (2), 223-232.
- GUYOTAT, J.; FEDIDA, P. (1985).- Événement et psychopathologie, Congrès de Lyon, novembre 1983, Simep, Villeurbanne.
- HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H.; WISHINIE, H.A. (1968).- The coronary-care unit; An appraisal of its psychologic hazard. *New England journal of Medicine*, 279 (25), 1365-1370.
- HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H.; WISHNIE, H.A. (1969).- Detection and treatment of anxiety in the coronary-care unit. *Am. Heart J.*, 78, 727-730.
- HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H. (1974).- Development of a quantitative rating scale to assess denial. *J. Psychosom. Res.* 18, 93-100.
- HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H. (1975).- The psychologic reactions of patients in the pre-and post-hospital phase of myocardial infarction. *Postgraduate Medicine*, 57 (5), 43-46.
- HAHN, P. (1971).- *Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht.* Vendenhoeck und Ruprect in Göttingen.
- HAINES, A.P.; IMESON, J.D.; MEADE, T.W. (1987).- Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *Br. Med. J.*, 295, 297- 299.
- HARDER, D.W.; STRAUSS, J.S.; KOKES, R.F.; RITZLER, B.A.; GIFT, T.E. (1980).- Life events and psychopathology severity among first psychiatric admissions. *J. Abnorm. Psychol.* 89, 165-180.
- HARPUR, J.E.; CONNER, W.T.; HAMILTON, M.; KELLET, R.J.; GALBRAITH, H.J.B.; MURRAY, J.J.; SWALLOW, J.H. (1971).- Controlled trial of early mobilization and discharge from hospital in uncomplicated myocardial infarction. *The Lancet*, 2, 1331-1334.
- HAWKINS, N.G.; DAVIES, R.; HOLMES, T.H. (1957).- Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis. *Am. Rev. Tuberc. Pulm. Dis.*, 75, 768-780.
- HAYNAL, A.; PASINI, W. (1980).- *Manual de Medicina Psicossomática.* Toray-Masson S.A., Barcelona.
- HAYNAL, A. (1983).- A propos de la problématique des modèles en médecine psychosomatique. *Evol. Psy.* 48, 943-959.
- HAYNES, S.G.; FEINLEIB, M.; KANNEL, W.B. (1980).- The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am. J. Epidemiol.*, 111, 37-58.
- HINCKLE, L.E.; CONGER, G.A.; WOLF, S. (1949).- Experimental evidence on the mechanism diabetic ketosis. *J. Clin. Inv.*, 28, 788.
- HINCKLE, L.E.; WOLF, S. (1949).- Experimental study of life situations, emotions and the occurrence of acidosis in a juvenile diabetic. *Am. J. Med. Sc.*, 217, 130.
- HINCKLE, L.E.; CONGER, G.B.; WOLF, S. (1950).- Studies on diabete mellitus: the relation of stressful life situations to the concentration of ketone bodies in the blood of diabetic and non diabetic humans. *J. Clin. Invest.* 29, 754- 769.
- HINCKLE, L.E. Jr. (1967).- Some social and biological correlates of coronary heart disease. *Social Science and Medicine*, 1, 129-139.
- HIRSCHFELD, R.M.; KLERMAN, G.L. (1979).- Personality attributes and affective disorders. *Am. J. Psychiatry*, 136, 67-70.
- HIRSCHFELD, R.M.; CROSS, C.K. (1982).- Epidemiology of affective disorders. Psychosocial risk factors. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 35-46.
- HOLMES, T.H.; HAWKINS, N.G.; BOWERMAN, C.E.; CLARKE, E.R.; JOFFE, J.R. (1957).- Psychosocial and psychophysiologic studies of tuberculosis. *Psychosom. Med.*, 19, 134-143.
- HOLMES, Th.; RAHE, Rh. (1967).- The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HOROWITZ, M.; SCHAEFER, C.; HIROTO, D.; WILNER, N.; LEVIN, B. (1977).- Life event questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosomatic Medicine*, 39 (6), 413-431.
- HULL, D. (1977).- Life circumstances and physical illness: a cross disciplinary survey of research content and method for the decade 1965-1975. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 115-139.
- HURST, M.W.; JENKINS, C.D.; ROSE, R.M. (1978).- The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 40 (2), 126-141.
- ISCHLONDSKY, N.D. (1953).- *Théories et faits dans l'évaluation de l'étiologie de la maladie*

- coronarienne et leur signification thérapeutique et prophylactique. Arch. Mal. Coeur, 46, 193-220.
- ISCHLONDSKY, N.D. (1960).- L'athérosclérose coronaire, problème commun à la cardiologie et à la physiologie cérébrale. Arch. Mal. coeur, 53, n.3, 222-274.
- JACOBS, S.C.; PRUSOFF, B.A.; PAYKEL, E.S. (1974).- Recent life events in schizophrenia and depression. Psychol. Med., 4, 444-453.
- JACOBS, T.P. (1951).- The initial attack of acute myocardial infarction. Ann. Inn. Med. 34, 114.
- JANNEY, J.G.; MASUDA, M.; HOLMES, T.H. (1970).- Impact of a natural catastrophe on life events. J. Human Stress, 3, 22-34.
- JASPERS, K. (1923).- Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer.
- JEAMMET, Ph.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. (1980).- Psychologie médicale. Masson. Paris.
- JENKINS, C.D.; ZYZANSKI, S.J.; ROSENMAN, R.H. (1971).- Progress toward validation of a computer-scored test for the Type-A coronary prone behavior pattern. Psychosomatic Medicine 33 (3), 193-202.
- JENKINS, C.D. (1971).- Psychologic and social precursors of coronary disease. New England Journal of Medicine, 284, 244-255; 307-317.
- JENKINS, C.D. (1976).- Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. New England Journal of Medicine 294 (18), 987-994. (a)
- JENKINS, C.D.; ZYZANSKI, S.J.; ROSENMAN, R.H. (1976).- Risk of new myocardial infarction in middle-aged men with manifest coronary heart disease. Circulation, 53 (2), 342-347.
- JENKINS, C.D.; HURST, M.W.; ROSE, R.M. (1979).- Life changes: Do people really remember?. Arch. Gen. Psychiatry, 36, 379-384.
- JENKINS, C.D.; ZYZANSKI, S.J.; ROSENMAN, R.H. (1979).- The Jenkins Activity Survey for health prediction. The psychological corporation. New York.
- JONES, E. (1922).- Papers on Psycho-Analysis. Londres, Bailliere, Tindal y Cox, 1948.
- JOUBE, A.; DONGIER, M.; DELAAGE, M.; BARRABINO, J. (1960).- Personnalité et stress dans la genèse de l'ischémie cardiaque. Revue de l'Athérosclérose, 2, n.2, 154-165.
- JOUBE, A.; DONGIER, M.; DELAAGE, M.; MAYAUD, R. (1961).- Recherches psychosomatiques en cardiologie; étude comparée de 100 sujets atteints d'angor coronarien ou d'infarctus du myocarde et de 100 sujets témoins. Presse méd. 69, n.55, 2545-2548.
- KAHANA, R.J.; BIBRING, G.L. (1964).- Personality types in medical management. In Zinberg N.E. (ed): Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital. New York. International Universities Press, pp 108-123.
- KANNEL, W.B.; MCGEE, D.; GORDON, T. (1976).- A general cardiovascular risk profile: The Framingham study. American Journal of Cardiology, 38 (1), 46-51.
- KANTSOUKIS, A. (1961).- Psychologie du cardiaque. Doin, édit., Paris.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. (1989).- Tratado de Psiquiatria. Salvat, Barcelona.
- KAUFMAN, R.M. (1953).- A psychiatric unit in a general hospital. J. Mount Sinai Hosp., 24, 572.
- KAUFMAN, R.M. (1957).- The role of the psychiatrist in a general hospital. Psychiat. Quart, 27, 572.
- KAUFMAN, R.M. (1965).- Ed. The psychiatric unit in a general hospital. Internat. Univ. Press. New York, J. Med. 65, 1332.
- KELLNER, R. (1975).- Psychotherapy in psychosomatic disorders. Arch Gen psychiatry 32: 1021-1028.
- KENYON, F.E.; RUTTER, M.L. (1963).- The psychiatrist and the general hospital. Comp. Psychiat., 4, 80.
- KEYS, A.; TAYLOR, H.L.; BLACKBURN, H.; BROZEK, J.; ANDERSON, J.T.; SIMONSON, E. (1971).- Mortality and coronary heart disease among men studied for 23 years. Archives of Internal Medicine, 128, 201-214.
- KEYS, A.; ARAVANIS, C.; BLACKBURN, H.; BUCHEM, F.S.P.; BUZINA, R.; DJORDJEVIC, B.S.; FIDANZA, F.; KARVONEN, M.J.; MENOTTI, A.; PUDDU, V.; TAYLOR, H.L. (1972).- Probability of middle-aged men developing coronary heart disease in five years. Circulation, 45, 815-828. (a)
- KITS VAN HEIJNINGEN, H.; TREURNIET, N. (1966).- Psychodynamic factors in acute myocardial infarction. Int J psychoanal 47: 370-374.
- KLEIN, R.F.; KLINER, V.A.; ZIPES, D.P.; TROYER, W.G., Jr., WALLACE, A.G. (1968).- Transfer from a coronary care unit: Some adverse responses. Archives of Internal Medicine, 122, 104-108.
- KOMAROFF, A.L.; MASUDA, M.; HOLMES, T.H. (1968).- The social readjustment rating scale: a comparative study of Negro, Mexican and White Americans' J. Psychosom., Res., 12, 121-128.
- KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULE, M. (1974).- L'enfant et son corps. P.U.F. édit, Paris.
- LABORIT, H. (1979).- L'inhibition de l'action. Masson et Cie, éd. Paris.

- LAIN ENTRALGO, P. (1943).- Estudios de Historia de la Medicina y de Antropología médica. Ed. Escorial. Madrid.
- LAIN ENTRALGO, P. (1983).- La relación médico-enfermo. Alianza Universidad. Madrid.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. (1976).- Vocabulaire de la psychanalyse. P.U.F. édit, Paris.
- LEE, CH.; INNES, J.M. (1983).- Type A behavior pattern, time urgency and arrival time: a replication. *Perceptual and Motor Skills* 56 (1), 177-178.
- LEE, M.A.; CAMERON, O.G. (1986-1987).- Anxiety type A behavior and cardiovascular disease. *Int. J. Psychiatry Med.*, 16, 123-129.
- LEFF, M.J.; ROATCH, J.F.; BUNNEY, W.E. (1970).- Environmental factors preceding the onset of severe depressions. *Psychiatry*, 33, 293-311.
- LEHR, I.; MESSINGER, H.B.; ROSENMAN, R.H. (1973).- A sociobiological approach to the study of coronary heart disease. *Journal of Chronic Diseases*, 26, 13-30.
- LEVINE, J.; ZINGLER, E. (1975).- Denial and self-image in stroke, lung cancer, and heart disease patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (6), 751-757.
- LEVY-LEBOYER, C. (1987).- Les facteurs psychologiques de risque dans les maladies cardiovasculaires. Mesure et signification du comportement de type A. *Rev. Psychol. Appl.*, 37, 49-69.
- LITVINOFF, N (1982).- Psicoanálisis del enfermo cardíaco. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- LOWN, B.; DESILVA, R.A.; LENSEN, R. (1978).- Role of psychologic stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes. *American Journal of Cardiology*, 41 (6), 979-985.
- LUNDBERG, V.; THEORELL, T. (1976).- Scaling of life change: differences between three diagnostic groups and between recently experienced and non experienced events. *J. Human Stress*, 2, 7-17.
- MAC LANE, M.; KROP, H.; MEHTA, J. (1980).- Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *Ann. Int. Med.*, 92, 514-519.
- MANN, J. (1973).- *Time Limited Therapy*. Cambridge, Harvard University Press.
- MANUCK, S.B.; CRAFT, S.; GOLD, K.J. (1978).- Coronary-prone behavior pattern and cardiovascular response. *Psychophysiology*, 15 (5), 403-410.
- MARMOT, M.G.; SYME, S.L. (1976).- Acculturation and coronary heart disease in japanese americans. *American Journal of Epidemiology*, 104, 225-247.
- MARMOT, M.G.; ADELSTEIN, A.M.; ROBINSON, N.; ROSE, G.A. (1978).- Changing social class distribution of heart disease. *British Medical Journal* 2, 1109-1112.
- MARTINEZ, A.; GARCIA, S.; FUSTE, R.; FABREGAS, M.E.; MENCHON, J.M. (1983).- Aspectos psicosociales de la cardiopatía isquémica. *Medicine*, 52, 3432-3438. Madrid.
- MARTY, J.; NAVARRANNE, P. (1962).- Aspects cliniques et psychologiques de l'infarctus du myocarde en milieu militaire. *Marseille méd.*, mai 1962, 99, n.5. 369-394.
- MARTY, P. (1951).- Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie. *Rev. Fr. Psych.*, 15, 216-253.
- MARTY, P.; FAIN, M. (1952).- Contribution à l'étude des rachialgies par l'exemple psychodynamique des malades. *Evol. Psych.*, 1, 95-121.
- MARTY, P. (1958).- La relation d'objet allergique. *Rev. Fr. Psych.*, 22, 5-37.
- MARTY, P.; de M'UZAN, M.; DAVID, C. (1963).- *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., édit, Paris.
- MARTY, P. (1965).- *Psychanalyse et psychosomatique*. Méd et Hyg., 23, 638.
- MARTY, P. (1968).- A major process of somatization: the progressive disorganization. *Intern. J. Psych.*, 49, 246-249.
- MARTY, P. (1968).- La dépression essentielle. *Rev. Fr. Psych.* 32, 594-599.
- MARTY, P. (1976).- *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Payot, édit, Paris.
- MARTY, P. (1990).- La déliaison psychosomatique. *Rev. Fr. Psych.* 3, 615-624.
- MASCHEWSKY, W. (1982).- The relation between stress and myocardial infarction: a general analysis. *Social Science Medicine*, 16 (4), 455-462.
- MASUDA, M.; HOLMES, T.H. (1978).- Life events perceptions and frequencies. *Psychosomatic Medicine*, 40 (3); 236-261.
- MATTHEWS, K.A.; HAYNES, S.G. (1986).- Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation. *Am. J. Epidemiol* 123, 923-960.
- MAYOU, R.; WILLIAMSON, B.; FOSTER, A. (1978).- Outcome two months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 22 (5), 439-455.
- MAYOU, R.A.; FOSTER, A.; WILLIAMSON, B. (1978).- Psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *British Medical Journal* 1, 669.

- MAYOU, R. (1979).- The course and determinants of reactions to myocardial infarction. *British Journal of Psychiatry* 134, 588-594.
- MAZET, Ph. (1984).- Points de vue théoriques en psychosomatique. *Sem. Hop. Paris* - 60, N. 13 pp. 887-893.
- McDOUGALL, J. (1978).- Plaidoyer pour une certaine anormalité. Gallimard, édit, Paris.
- MENNINGER, K.A.; MENNINGER, W.C. (1936).- Psychoanalytic observations in cardiac disorders. *American Heart Journal* 11, 10-21.
- MEYER, A. (1934).- The Psychobiological Point of View. En *The Problem of Mental Disorders*, de N. Bentley y E. Cowdry. New York. McGraw-Hill Book Co.
- MEYER, E.; MENDELSON. M. (1961).- Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: patterns and processes. *Psychiatry* 24, 197.
- MILES, H.W.; WALDFOGEL, S.; BARRABEE, E.; COBB, S. (1954).- Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 16 (6), 455-477.
- MILLER, P.; INGHAM, J.; DAVINSON, S. (1976).- Life events symptoms and social support. *Journal of Psychosomatic Research* 20, 515-522.
- MILLS, C.A.; PORTER, M.M. (1957).- Tobacco, smoking and automobile driving, stress in relation to deaths from cardiac and vascular causes. *Am. J. Med. Sc.*, 234, n.1, 35-43.
- MONOD, H. et coll. (1976).- L'évaluation de la charge de travail. *Arch. Mal. Prof.* 37, 1-96.
- MONROE, S.M. (1982).- Assessment of life events. Retrospective vs concurrent strategies. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 606-610.
- MORRIS, J.N.; HEADY, J. A.; BARLEY, R.G. (1952).- Coronary heart disease in medical practitioners. *Brit. Med. J.*, 1, 503-520.
- MORRISON, J.R.; HUDGENS, R.W.; BARCHHA, R.G. (1968).- Life events and psychiatric illness. A study of 100 patients and 100 controls. *Br. J. Psychiatry* 114, 423-432.
- MORRISON, L.M. (1952).- The results of diet, medicinal agents and emotional disorders on serum phospholipid-cholesterol ratios in coronary atherosclerosis. *Circulation* 6, 475-476.
- MURPHY, E.; BROWN, G.W. (1980).- Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit. J. Psychiatry* 136, 326-338.
- de MUZAN, M. (1958).- Etude psychosomatique des affections du tube digestif haut. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie 37450 C 10.
- de MUZAN, M. (1958).- Observation du psychanalyste à propos d'un cas d'association ulcus gastrique et psoriasis. *Rev. Fr. Psych.* 22, 723-731.
- de MUZAN, M. (1958).- Etude psychosomatique de 18 cas de recto-colite hémorragique. *Sem. Hôp. Paris*, 34, 922-928.
- de MUZAN, M. (1963).- Le cas Dora et le point de vue psychosomatique: à propos de l'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques. *Rev. Fr. Psych.*, n. spécial, 27.
- de MUZAN, M.; MARTY, P. (1963).- La pensée opératoire. *Rev. Fr. Psych.* 27, n. spécial, 345-355.
- NAGLE, R.; GANGOLA, R.; PICTON-ROBINSON, I. (1971).- Factors influencing return to work after myocardial infarction. *Lancet* 2, (7722), 454-456.
- NEUGEBAUER, R. (1983).- Reliability of life events interviews with outpatient schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatry* 40, 378-383.
- OLDRIDGE, N.B.; DONNER, A.P.; BUCK, C.W.; JONES, N.L.; ANDREW, J.M.; et alt. (1983).- Predictors of dropout from cardiac exercise rehabilitation. Ontario Exercise Heart Collaborative study. *Am. J. Cardiol*, 51, 70-74.
- OSTFELD, A.M.; LEOVITS, B.; SHEKELLE, R.B.; PAUL, O. (1964).- A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. *Journal of Chronic Disease* 17, 268.
- PAPADOPOULOS, C.; LARRIMORE, P.; CARDIN, S.; SHELLEY, S.I. (1980).- Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. *Arch. Intern. Méd.* 140, 38-41.
- PAPAGEORGIU, C.; ANTHOPOULOS, L.; MITSIMBOUNAS, D.; KONTOU, E.; UROUCHOS, G.; BENRUBI, M.; MOULOPOULOS, S. (1981).- Relation of personality and emotional factors to myocardial ischemia, methodology and first observations. *Psychotherapy and Psychosomatics* 36 (2), 92-97.
- PARKER, G.B.; BROWN, L.B. (1982).- Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1386-1391.
- PARKES, C.M. (1964).- Recent bereavement as a cause of mental illness. *Br. J. Psychol.*, 110, 198-204.
- PARKES, C.M.; BENJAMIN, B.; FITZGERALD, R. (1969).- Broken heart: a statistical study of increase of mortality among widows. *British Medical Journal* 1, 740.
- PATRICK, V.; DUNNER, D.L.; FIEVE, R.R. (1978).- Life events and primary affective illness.

Acta Psychiatr. Scand. 58, 48-55.

PAYKEL, E.S.; MYERS, J.K.; DIENELT, M.N.; KLERMAN, G.L.; LINDENTHAL, J.J.; PEPPER, M.P. (1969).- Life events and depression. A controlled study. Arch. Gen. Psychiatry 21, 753-760.

PAYKEL, E.S.; PRUSOFF, B.A.; UHLENHUTH, E.H. (1971).- Scaling of life events. Arch. Gen. Psychiatry 25, 340-347.

PAYKEL, E.S.; UHLENHUTH, E.H. (1972).- Rating the magnitude of life stress. Can. Psychiatr. Assoc. J., 17:93-100.

PAYKEL, E.S.; WEISSMAN, M.M. (1973).- Social adjustment and depression: a longitudinal study. Arch. Gen. Psychiatry 28, 659-663.

PAYKEL, E.S.; PRUSOFF, B.A.; MYERS, J.K. (1975).- Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. Arch. Gen. Psychiatry 32, 327-333.

PAYKEL, E.S. (1976).- Life stress, depression, and suicide. J. Human Stress, 2:3-14.

PAYKEL, E.S.; McGUINNESS, B.; GOMEZ, J. (1976).- An Anglo- American comparison of the scaling of life events. Br. J. Med. Psychol., 49, 237-247.

PAYKEL, E.S.; TANNER, J. (1976).- Life events, depressive relapse and maintenance treatment. Psychol. Med. 6, 481-185.

PAYKEL, E.S. (1978).- Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol. Med. 8,245-253.

PAYKEL, E.S. (1979).- Causal relationship between clinical depression and life events. In Barrette J.E., Rose R.M., Klerman G.L. Eds, Stress and mental disorders. Ravan Press, édit., New York 71-86.

PAYKEL, E.S.; EMMS, E.M.; FLETCHER, J.; RASSABY, E.S. (1980).- Life events and social support in puerperal depression. Brit. J. Psychiatry 136, 339-346.

PAYKEL, E.S. (1981).- Life events research in depressive disorders. In: Prevention and treatment of depression. Ban et al. (eds) T 16. University Park. Press. Publishing, ed. Baltimore, pp. 139-150.

PAYKEL, E.S. (1983).- Methodological aspects of life events research. Journal of Psychosomatic Research 27 (5), 341-352.

PAYNE, R.L. (1975).- Recent life changes and the reporting of psychological states. Journal of Psychosomatic Research 19, 99-103.

PEDINIELLI, J.L. (1985).- Analyse et critique du concept d'Alexithymie. Psych. Fr. 5 39-42.

PERRIS, H. (1982).- Life events and depression. Part. I: effect of sex, age and civil status. J. Affective Disord., 7, 11-24.

PRICE, V. (1982).- The type A behavior pattern: A model for research and practice. New York: Academic Press.

PRINCE, R.; FRASURE-SMITH, N.; ROLICZ-WOLOSZYK, E. (1982).- Life stress, denial and outcome in ischemic heart disease patients. J. Psychosom. Res., 26, 23-31.

PRINGEY, D.; GOUJON, M. (1980).- Une pathologie nouvelle dans la pathologie du stress: les questionnaires d'événements vitaux. Feuilles Praticien 4, 65-70.

PUHG, W.M.; ERICKSON, J.; RUBIN, R.T.; GUNDERSON, E.K.E.; RAHE, R.H. (1971).- Cluster analyses of life changes. II. Method and replication. Arch. Gen. Psychiatry, 25: 333-339.

RABKIN, J.G.; STRUENING, E.L. (1976).- Life events, stress and illness. Sciences, 194, 1013-1020.

RAGLAND, D.R.; BRAND, R.J. (1988).- Type A behavior and mortality from coronary heart disease. The New England Journal of Medicine 318 (2), 65-69.

RAHE, R.H.; MEYER, M.; SMITH, M.; KJAER, G.; HOLMES, T.H. (1964).- Social stress and illness onset. J. Psychosom Res. 8, 35-48.

RAHE, R.H.; MAHAN, J.L.; ARTHUR, R.J. (1970).- Prediction of near-future health change from subject's preceding life changes. J. Psychosom. Res, 14:401-406.

RAHE, R.H.; PUCH, W.M.; ERICKSON, J.; GUNDERSON, E.K.E.; RUBIN, R.T. (1971).- Cluster analyses of life changes. I. Consistency of clusters across large Navy samples. Arch. Gen. Psychiatry 25, 330-332.

RAHE, R.H. (1972).- Subject's recent life changes and their near-future illness susceptibility. In Lipowski Z.J. (ed); Advances in Psychosomatic Medicine. Vol. 8 Basel, S. Karger, pp 2-19.

RAHE, R.H. (1973).- The pathway between subjects recent life changes and their near future illness reports: Representative results and methodological issues. In: Stressful life events: their nature and effects. Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. (eds). John Wiley and Sons Inc. ed., New York, pp. 73-86.

RAHE, R.H.; ROMO, M.; BENNETT, L.; SILTANEN, P. (1974).- Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death; Studies in Helsinki. Arch. Intern. Med. 133, 221-228.

RAHE, R.H. (1976).- Epidemiological studies of life change and illness. Int. J. Psychiatr. Med.,

8:133-146.

RAHE, R.H.; WARD, H.W.; HAYES, V. (1979).- Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three-to- four-year follow-up of a controlled trial. *Psychosomatic Medicine* 41 (3), 229-242.

RASKIND, M.; VEITH, R.; BARNES, R.; GUMBRECHT, G. (1982).- Cardiovascular and antidepressant effects of imipramine in the treatment of secondary depression in patients with ischemic heart disease. *Am. J. Psychiatry* 139, 1114-1117.

RAY, J.J.; SIMONS, L.A. (1982).- Is authoritarianism the main element of the coronary-prone personality? *British Journal of Medical Psychology* 55, 215-218.

RERAT, D. (1974).- A propos d'une expérience de psychiatrie de secteur. Thèse. Imp. de la Tribune de Genève. Genève.

RIME, B.; BONAMI, M. (1976).- Goal-setting behaviour and coronary heart disease. *Br. J. Soc. Clin. Psychol* 15, 287-293.

RIME, B.; BONAMI, M. (1979).- Overt and covert personality traits associated with coronary heart disease. *British Journal of Medical Psychology* 52 (1), 77-84.

ROSENMAN, R.H.; FRIEDMAN, M. (1958).- The possible relationship of occupational stress to clinical coronary heart disease. *California Med.* 89, n.3, 169-174.

ROSENMAN, R.H.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WURM, M.; KOSITCHEK, R.; CALIF, B.; HAHN, W.; WERTHESEN, N.T. (1964).- A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association* 189 (1), 15-22.

ROSENMAN, R.H.; BRAND, R.J.; JENKINS, C.D.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WURM, M. (1975).- Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233 (8), 872-877.

ROSENMAN, R.H.; BRAND, R.J.; SHOLTZ, R.I.; FRIEDMAN, M. (1976).- Multivariate prediction of coronary heart disease during 8,5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *Am. J. Cardiol.* 37, 903-910.

ROTTER, J.B. (1986).- Internal-external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.*, 80, n. 609.

RUBERMAN, W.; WEINBLATT, E.; GOLDBERG, J.D.; CHAUDHARY, B.S. (1984).- Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New Engl. J. Med.* 311, 552-559.

RUCH, L.L.; HOLMES, T.H. (1971).- Scaling of life change: Comparison of direct and indirect methods. *J. Psychosom. Res.* 15:221-227.

RUSSEK, H.I. (1958).- Emotional stress and the etiology of coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.*, 2, n.2, 129-134.

RUSSEK, H.I.; ZOHMAN, B.L. (1958).- Relative significance of heredity, diet and occupational stress in coronary heart disease of young adult, based on an analysis of 100 patients between the age of 25 and 40 years and a similar group of 100 normal control subjects. *Am. J.M. Sc.*, 235, n.5, 266.

RUSSEK, H.L. (1959).- Role of heredity, diet and emotional stress in coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association* 171, 503-508.

RUSSEK, H.L. (1960).- Emotional stress and coronary heart disease in american physicians. *American Journal of Medical Sciences*, 140, 711-721.

SAMI-ALI (1974).- L'espace imaginaire. Gallimard, édit, Paris.

SAPIR, M. (1972).- La formation psychologique du médecin. Payot. édit., Paris.

SAVARY, P.A. (1976).- Recherche d'une situation déclenchante dans l'infarctus du myocarde. Thèse. Editions Médecine et Hygiène. Genève.

SCHIFF, K.S.; PILOT, M.L. (1959).- An approach to psychiatric consultation in the general hospital. *A.M.A. Arch. Gen., Psychiat* 1., 349.

SCHLESS, A.P.; SCHWARTZ, L.; GOETZ, C.; MENDELS, J. (1974).- How depressives view the significance of life events. *Br. J. Psychiatry*, 125:406-410.

SCHLESS, A.P.; TEICHMAN, A.; MENDELS, J.; WEINSTEIN, N.W.; WELLER, K. (1977).- Life events and illness; a three year prospective study. *Br. J. Psychiatry*, 131, 26-34.

SCHLESS, A.R.; TEICHMAN, A.; MENDELS, J.; DiGIACOMO, J.N. (1977).- The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry*, 130:19-22.

SCHNEIDER, P. B. (1984).- Psychologie médicale. Payot, Paris.

SCHNEIDER, P. B. (1986).- Relations entre la psychanalyse et la médecine psychosomatique. *Psychosomatique* 8 23-32.

SCHUR, M. (1955).- Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychosomatic study of the child* 243-260, 10.

SCHWARTZ, L.A. (1958).- Application of psychosomatic concepts by a liaison psychiatrist on a medical service. *J. Mich. Med. Soc.* 57, 1547.

- SELIGMAN, M.E. (1975).- Helplessness. In, on depression, development and death. San Francisco, Freeman W.H.
- SELYE, H. (1975).- *Le stress de la vie*, 1956. Gallimard, édit, Paris.
- SERBAN, G. (1975).- Stress in schizophrenics and normals. *Br. J. Psychiatry*, 126, 397-407.
- SHAW, R.E.; COHEN, F.; DOYLE, B.; PALESKY, J. (1985).- The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients. *Psychosom. Med.* 47, 262-273.
- SIEGEL, J.M.; JOHNSON, J.H.; SARASON, I. G. (1978).- Mood states and the reporting of life changes. *Journal of Psychosomatic Research* 23, 103-108.
- SIFNEOS, P.E. (1972).- *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Harvard University Press.
- SIFNEOS, P.E. (1973).- The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- SKERRIT, P.W. (1983).- Anxiety and the heart; a historical review. *Psychological Medicine* 13 (1), 17-25.
- SKINNER, B.F. (1938).- *The behaviour of organism*. Appleton-Century Crofts. edit, New York.
- SPIILKEN, A.Z.; JACOBS, M.A. (1971).- Prediction of illness behavior from measures of life crisis, manifest distress and maladaptive coping. *Psychosom. Med.* 33:251-264.
- SPITZ, R.A. (1968).- *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., édit., Paris.
- SPITZ, R.A. (1973).- *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*. P.U.F., édit., Paris.
- SPRAGUE, H.B. (1958).- Emotional stress and the etiology of coronary artery disease. *Circulation*, 17, n.1, 1-4.
- STEELE, G.P.; HENDERSON, S.; DUNCAN-JONES, P. (1980).- The reliability of reporting adverse experiences. *Psychol. Med.*, 10, 301-306.
- STEINBERG, H.R.; DIRELL, J. (1968).- A stressful social situation as a precipitant of schizophrenic symptoms; an epidemiological study. *Br. J. Psychiatry*, 114, 1097-1105.
- STERN, M.J.; PASCALE, L.; ACKERMAN, A. (1977).- Life adjustment post-myocardial infarction: determining predictive variables. *Arch. Intern. Med.*, 137, 1680-1685.
- STERN, M.J.; PASCALE, L. (1979).- Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: the spouse's dilemma. *J. Psychosom. Res.*, 23, 83-87.
- STEVENSON, I.P.; DUNCAN, C.H.; RIPLEY, H.S.; (1951).- Variations in the electrocardiogram with changes in emotional state. *Geriatrics* 6: 164.
- STOUT, C.; MORROW, J.; BRANDT, E.N.; WOLF, S. (1964).- Unusually low incidence of death from myocardial infarction. Study of an Italian-American community in Pennsylvania. *JAMA* 188; 845-849.
- SUINN, R.M. (1975).- The cardiac stress management program for type A patients. *Cardiac Rehabil* 5, 13-15.
- SYLER, A.R.; MASUDA, M.; HOLMES, T.H. (1971).- Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosom. Med.*, 33:115-122.
- SYME, S.L. (1964).- Some social and cultural factors associated with the occurrence of coronary heart disease. *Journal of Chronic Diseases*, 17, 277-280.
- SYME, S.L.; REEDER, L.G. (1965).- Social stress and cardiovascular disease. *Milbank, Mem. Fund. Q.*, 45, 2.
- TAYLOR, G. J. (1990).- La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Rev. Franç. Psychanal* 3, 769-784.
- TENNANT, CH.; ANDREWS, G. (1978).- The cause of life events in neurosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 41-45.
- TENNANT, L.; BEBBINGTON, P.; HURRY, J. (1981).- The role of life events in depressive illness is there a substantial causal relation. *Psychol. Med.* I, 378-389.
- THEORELL, T.; RAHE, R.H. (1971).- Psychosocial factors and myocardial infarction, I. An impatient study in Sweden. *J. Psychosom. Res.*, 15, 25-31.
- THEORELL, T. (1974).- Life events before and after onset of a premature myocardial infarction. In; *Stressful Life Events: their Nature and Effects*, edited by B.S. Dohrenwend and B.P. Dohrenwend, pp. 101-115, Wiley, New York.
- THEORELL, T.; BLUNK, D.; WOLF, S. (1974).- Emotions and cardiac contractility as reflected in ballistocardiographic recordings. *Pavlovian J* 9(2): 65-75.
- THEORELL, T.; LIND, E.; FIODERUS, B. (1976).- The relationship of disturbing life changes and motions to the early development of myocardial infarctions and other serious illness. *Rev. Epidemiol. Santé*

Publ., 24, 41-59.

THEORELL, T. (1979).- Life events and disease: psychosocial precipitation of episodes of clinical coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 23 (6), 403-404.

THOMSON, K.C.; HENDRIE, H.C. (1972).- Environmental stress in primary depressive illness. *Arch. Gen. Psychiatry* 26, 130-132.

TIMSIT, M. (1982).- Stress et pathologie psychosomatique. *Acta Psychiatrica Belgica*. 82., 565-588.

TORTORA, A.R. (1960).- Anxiety, the nodal psychologic problem in acute myocardial infarction. *New-York J. Med.* 60, 1947-1951.

TOTMAN, R. (1978).- What makes 'life events' stressful? a retrospective study of patients who have suffered a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*. 23, 193-201.

TUSET, A.M. (1989).- Análisis de las respuestas al test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio. Tesis. División de Ciencias de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

UHLENHUTH, E.H., PAYKEL, E.S. (1973).- Symptom configuration and life events. *Arch. Gen. Psychiatry* 28;744-748.

UHLENHUTH, E.; BALTER, M.D.; LIPMAN, R.J. (1977).- Remembering life events. In: *The origins and course of psychopathological*. Strauss and Babigian (eds). Plenum Presse, New York, pp. 117-132.

VACHER, J. (1985).- Événements de vie et dépression; revue bibliographique et étude personnelle. Mémoire de CES de psychiatrie. Université de Paris, Faculté de Médecine Saint-Antoine, Paris.

VAILLANT, G.E. (1979).- Natural history of male psychologic health: Effects of mental health on physical health. *New England Journal of Medicine*, 301(23), 1249-1254.

VALDES, M.; DE FLORES, T. (1985).- *Psicobiología del estrés*. Barcelona, Martinez Roca.

VALDES, M.; DE FLORES, T.; GARCIA, S. (Comp.) (1988).- *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex.

VALVUENA, A.; PEREZ DE LOS COBOS, J.; SOPELANA, P.; CARCEDO, M.C.; LOZANO, M. (1985).- Factores psicosociales, acontecimientos vitales y personalidad en 128 enfermos de cardiopatía isquémica en proceso de rehabilitación. *Psiquis*, 6 (5), 178-184.

VAN DER VALK, J.M.; GROEN, J.J. (1967).- Personality structure and conflict situation in patients with myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 41.

VAN DIXHOORN, J.; DE LOOS, J.; DUIVENVOORDEN, H.J. (1983).- Contribution of relaxation technique training to the rehabilitation of myocardial infarction patients. *Psychother. Psychosom.*, 40, 137-147.

VAN EGEREN, L.F.; ABELSON, J.L.; THORNTON, D.W. (1978).- Cardiovascular consequences of expressing anger in a mutually dependent relationship. *J. Psychosom. Res.*, 22, 537-548.

VINGERHOETS, A.J.; FLOHR, P.J. (1984).- Type A behaviour and self-reports of coping preferences. *Br. J. Med. Psychol.*, 57, 15-21.

VINGTRINIER, C. (1989).- Histoire d'un groupe de coronariens en relaxation. *Rev. Med. Psychosom.*, 30, 49-64.

VON BERTALANFFY, L. (1979).- *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Alianza Universidad. Madrid.

WALLACE, N.; WALLACE, D.C. (1977).- Group education after myocardial infarction. *The Medical Journal of Australia*, 245-247.

WARHEIT, G.J. (1979).- Life events, stress, and depressive symptomatology. *Am. J. Psychiatry*, 136, 502-507.

WEINBLATT, E.; RUBERMAN, W.; GOLDBERG, J.D.; FRANK, C.W.; SHAPIRO, S.; CHAUDHARY, B.S. (1978).- Relation of education to sudden death after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 299(2), 60-65.

WEISMAN, A.D.; HACKETT, T.P. (1960).- Organization and function of a psychiatric consultation service. *Int. Rec. Med.*, 173, 306.

WEISS, J.H. (1974).- The current state of the concept of a psychosomatic disorder. *Int J Psych. Med* 5:473-482.

WENGER, N.K.; MATTSO, M.E.; FURBERG, C.D.; ELINSON, J. (eds) (1984).- *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Lejacq. ed., New York.

WHITE, K.L.; GRANT, J.L.; CHAMBERS, W.N. (1955).- Angina pectoris and angina innocens. *Psychosom. Med.*, 17, 128-138.

WHITE, R.L.; LIDDON, S.C. (1972).- Ten survivors of cardiac arrest. *Psychiatry in Medicine* 3, 219-225.

WIKLUND, I.; SANNE, H.; ELMFELDT, D.; VEDIN, A.; WILHELMSSON, C. (1984).- Emotional reaction, health preoccupation and sexual activity two months after a myocardial infarction. *Scand. J. Rehabil.*

med., 16, 47-56.

WILLIAMS, R.B. Jr.; HANEY, T.L.; LEE, K.L.; KONG, Y.H. (1980).- Type A behaviour, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosom, Med.*, 42, 539-549.

WILLIAMS, R.B. Jr. (1981).- Behavioral factors in cardiovascular disease: an Update. In *Update V the heart*. J. Willis Hunst editor. New York. McGraw-Hill.

WILLIAMS, R.B. Jr.; LANE, J.D.; KAHN, C.M.; SCHANBERG, S.M. (1982).- Type A behavior and elevated physiologic and neuroendocrine response to cognitive tasks. *Science*, 218, 483-486.

WINNICOTT, D.W. (1953).- Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 34 (2) 89.

WINNICOTT, D.W. (1965).- *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York, International Universities Press.

WINNICOTT, D.W. (1969).- *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, édit, Paris, 1969.

WINOKUR, A.; SELZER, M.L. (1975).- Desirable versus undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress. *J. Pers. Psychol.*, 32:329-337.

WISHNIE, H.A.; HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H. (1971).- Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. *Journal of the American Medical Associations*, 215(8), 1292-1296.

WITTKOWER, E.; CLEGHORN, R.A. (1954).- *Recent developments in psychosomatic medicine*. Lippincott, édit. Philadelphie.

WOLFF, H.G.; WOLF, S.G.; HAREC, C. (1950).- *Life stress and bodily disease*. Williams and Wilkins Company, ed., Baltimore.

WULLIEMIER, F. (1975).- La psychiatrie à l'hôpital général: la consultation à trois (médecin-patient-psychiatre). *Psychologie Médicale*, 1975, 7,1, 113-117.

WYATT, G.E. (1977).- A comparison of the scaling of Afro- Americans' life change events. *J. Human Stress* 3:13-18.

YAGER, J.; GRANT, I.; SWEETWOOD, H.L.; GERST, M. (1981).- Life event reports by psychiatric patients, nonpatients and their partners. *Arch. Gen. Psychiatry* 38, 343-347.

YANO, K.; RHOADS, G.G.; KAGAN, A. (1977).- Coffee, alcohol, and risk of coronary heart disease among Japanese men living in Hawaii. *New England Journal of Medicine*, 197 (8), 405-409.

YOUNG, L.D.; BARBORIAK, J.J.; ANDERSON, A.A.; HOFFMAN, R.G. (1980).- Attitudinal and behavioral correlates of coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research* 24 (6), 311- 318.