

CORRELATO.

## FACTORES PSIQUICOS A CONSIDERAR EN EL PROBLEMA ETIOLOGICO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL

Su tratamiento y sus resultados

*Dr. CARLOS HUGO TOBLER*

Un problema harto difícil se nos presenta cuando nos ponemos a estudiar los posibles factores causantes o desencadenantes de las lesiones ulcerosas gastroduodenales.

Una revisión de la etiopatogenia de la úlcera gastroduodenal nos pone inmediatamente frente a una serie de teorías, cada una de las cuales parece disputarle a la otra el derecho de ser la verdadera. Pasado el momento de auge de alguna de ellas, vuelve a buscarse una nueva explicación que tranquilice nuestra curiosidad ante el porqué de la lesión ulcerosa. Eusterman, consideró las distintas teorías etiopatogénicas de la úlcera, la teoría vascular, química, corrosiva, gástrica, infecciosa, traumática, mecánica, endocrina, hipovitamínica, alérgica y neurógena, concluyendo que ninguna de ellas bastaba para explicar satisfactoriamente la formación de la úlcera gastroduodenal (1).

Siguiendo las investigaciones pero tomando en un sentido más integral el individuo enfermo, la medicina psicosomática muestra cómo el factor *psicógeno* tiene cada vez mayor entidad en la interpretación de la enfermedad que nos ocupa. Llegamos así a presentar un enfoque más amplio o integral del individuo enfermo. Realizando un trabajo de síntesis, la enfermedad pasa a ser un elemento que gravita en un organismo, que es capaz de adecuar sus reacciones o no, de acuerdo a sus posibilidades defensivas y éstas dependen a su vez de la mayor o menor inte-

gridad del organismo, así como de las reacciones emocionales del sujeto y de la acción del medio que lo rodea. A su vez la enfermedad va a repercutir sobre lo físico, lo psíquico y el medio, del cual no podemos nunca sustraer al ser.

Sucede entonces que nuestra limitación a buscar en una teoría vascular, traumática, infecciosa, etc., la génesis de la úlcera, no tiene sentido desde el momento que ésta como enfermedad, es el resultado o la expresión de una desarmonía en ese todo que integran la *persona* y el *medio*, dentro de lo que encontramos manifiesta la complejidad de los fenómenos que se pretenden explicar. La interpretación aislada de cada una de las teorías antedichas, se presenta como si contempláramos a la enfermedad a través de un campo visual diafragmado al mínimo, siéndonos imposible apreciar entonces la totalidad de la misma.

Expresa Weiss (2), insistiendo en la relación entre los trastornos psíquicos y las alteraciones orgánicas, "que se debe revisar el concepto nosológico que hemos heredado del siglo pasado, el cual se puede resumir en la siguiente fórmula:

Enfermedad celular — Alteración orgánica      Trastornos fisiológicos (o funcionales).

Fórmula que luego se modificó en alguna de sus aplicaciones, como para la hipertensión esencial y en las angiopatías, diciendo:

Trastorno funcional — Enfermedad celular — Alteración orgánica.

No es de nuestro conocimiento lo que precede al trastorno funcional, como en el caso de la hipertensión esencial, pero en algunos casos y las futuras investigaciones lo dirán, si un trastorno *psicológico* puede preceder a la alteración funcional, llegando a la fórmula:

Trastorno psicológico — Perturbación funcional — Enfermedad celular — Alteración orgánica.

En el caso que nos ocupa, esta interpretación tiene un real valor. Hay autores como H. E. Robinson (3) que sostiene que el término de *úlcera psicogénica* es el más adecuado para el 95 por ciento de las úlceras gastroduodenales. La aparición de altos porcentajes de enfermos de úlcera gastroduodenal durante la última guerra, sobre todo entre los combatientes en los frentes,

las poblaciones sometidas a bombardeo y en los campos de entrenamiento de pilotos aviadores, comprobarían esta hipótesis.

En el terreno experimental muchos hechos abogan en favor de la psicogénesis de la alteración ulcerosa. En un trabajo de Garman (4) está descrita la observación hecha por F. Wolf y H. Wolf, de las reacciones de la mucosa gástrica de un sujeto portador de una fístula gástrica herniada al exterior, comprobando que el estómago del paciente reaccionaba intensamente ante cualquier emoción, en el mismo sentido en que reaccionaba su personalidad total ante dicha emoción. Cuando tenía angustia o miedo, su mucosa gástrica se ponía pálida por isquemia vascular y las funciones motoras y secretoras disminuían de intensidad. En cambio, cuando el sujeto tenía rabia y deseos de agresión contra el medio, su mucosa gástrica se ponía roja, por ingurgitación vascular y había un aumento intenso de todas las funciones gástricas. Si la rabia era muy intensa y persistente, la mucosa ingurgitada se volvía muy frágil y al roce más ligero llegaba hasta a erosionarse. Lo contrario sucedía cuando el estado emocional era normal; la mucosa presentaba una resistencia muy marcada frente a irritantes químicos con acción eritematizante sobre la piel, que puestos sobre la mucosa del estómago no provocaban alteración. Se vió también que la emoción podía cambiar el modo de reaccionar normal del estómago, frente a diferentes tipos de comidas. La ingestión de alimentos grasos ingeridos en situaciones de rabia, en lugar de disminuir la actividad gástrica, provocaba un hiperfuncionalismo gástrico, que en estado normal provoca la ingestión de carnes.

Otra comunicación correspondiente a Cade y Latarjet (5) que estudiaron un trozo de mucosa aislado de una fístula gástrica, que quedó convertido en un "pequeño estómago" aislado, que comunicaba y segregaba hacia afuera. Este "estómago" segregaba en ayunas jugo sin Cl H. libre, pero bajo influjos psíquicos, apetito, conversación sobre una comida gustosa, etc., se duplicaba la cantidad de jugo y aparecía pepsina y Cl H. libre (0,15 %); la acidez total ascendió en esta experiencia de 0,17 a 0,80 %.

Schrottenbach (6), pudo comprobar lo mismo en dos enfermas portadoras de fístulas gástricas por estenosis total del esó-

fago, agregando la observación de que había una fase de latencia entre estímulo y secreción y que esta latencia era más corta ante estímulos ópticos y acústicos que evocaban representaciones gratas al apetito, que si se sometían a simples estímulos masticatorios. Comprobó, además, que estados de displacer podían atenuar o suprimir el efecto de estímulos excitadores de la secreción, mientras que sentimientos de placer eran capaces de aumentar la secreción.

Se estudió por otros autores la secreción psicógena por medio de la extracción por sonda del jugo gástrico. Pero las variaciones presentadas por la composición del jugo gástrico extraído hacían las comparaciones muy difíciles. Intervendrían modificando los resultados, reflejos de otros órganos, la nerviosidad del sujeto, la calidad de la comida de prueba, etc.

G. R. Heyer (7) realiza una serie de investigaciones con personas en las cuales, para evitar lo que puede considerarse como fuente de errores, la fístula, la mortificación del tubaje, etc., hipnotiza a una serie de individuos que consideraba con estómagos normales y durante el sueño introducía la sonda en el estómago. Estas personas ignoraban por completo los fines de la experiencia. Se extraía el contenido del estómago antes de comenzar el ensayo, encontrando una variabilidad notable del mismo. Luego de diez minutos, cuando no se presentaba ninguna secreción, se sugería a la persona hipnotizada que iba a tomar una taza de café, o pan, o leche; los movimientos de deglución no se producían por impedirlos una orden hipnótica. Después del período de latencia, de dos a diez minutos, observado por todos los autores, se presentaba una secreción abundante por la sonda. La sugestión de sensaciones agradables, permitía una secreción que cesaba lentamente mientras que una sensación disfórica interrumpía instantáneamente la secreción gástrica. Heyer señala, por último, que los resultados obtenidos en sus investigaciones permiten hablar de la posibilidad de que en el estómago humano *los ácidos pueden ser segregados en concentraciones diversas*, lo que puede tener importancia frente a una dolencia gástrica nerviosa. Otros autores, Bath y Glaser, han controlado las modificaciones sanguíneas que se producen después de una comida sugerida y de una real, encontrando un completo paralelismo en dichas mo-

dificaciones. Para ellos la leucocitosis alimenticia sería un índice de la modificación del tono del sistema nervioso vegetativo efectuada durante el trabajo gástrico. Heyer hace una crítica planteando que la leucocitosis de la comida sugerida, corresponde a la primera parte de la secreción gástrica, es decir, al jugo del apetito o cefalógeno, mientras que en la alimentación real aparece la segunda parte de la secreción gástrica producida por los productos reabsorbidos, los cuales deben modificar la fórmula y, por lo tanto, destruir el paralelismo antedicho. Pero, de cualquier manera, es un hecho importante que la comida sugerida sea capaz de modificar la leucocitosis.

Otras experiencias que debemos mencionar son la Pawlow; este autor con los reflejos condicionados obtenía secreción de jugo gástrico en sus perros por estímulos visuales o auditivos o de cualquier otra índole, bastaba condicionar el estímulo a la comida para que la fase psicógena se hiciera presente.

Debemos citar las observaciones de Cushing (8) y colaboradores, que inyectaban pilocarpina o pituitrina, en los ventrículos cerebrales, se provocaba en el hombre un aumento de la motilidad gástrica con hipertonia e hipersecreción, produciéndose arcadas y vómitos que terminaban por presentar trazas de sangre. Llegaron también a provocar regularmente úlceras gastroduodenales en animales, mediante pequeñas inyecciones intraventriculares de pilocarpina. La anatomía patológica de dichas mucosas daba una isquemia local, acompañada de sufusiones hemorrágicas y de necrosis que se extendían hasta la "múscular mucosa".

Beattie (9) por estimulación eléctrica directa de la zona de los centros tuberales en el infundíbulo, exaltaba el peristaltismo gástrico y eran capaces de producir úlceras hemorrágicas en la mucosa vecina a la pequeña curva. Estas reacciones no se producen si previamente se seccionan los vagos. Resume Cushing estas experiencias diciendo que tanto la inyección intraventricular en el hombre y la estimulación directa del tuber o de sus raíces descendentes en los animales, provocan una reacción gástrica caracterizada por *hipersecreción*, *hipermotilidad* e *hipertonia*.

Todas estas experiencias relatadas tienen por fin demostrar-nos que en todas ellas hay un suceder físico y psíquico que aparecen estrechamente enlazados.

Entrando en el terreno de la interpretación psicogenética de la úlcera, la escuela psicoanalista sostiene que la persona humana en el desarrollo de su vida sufre una serie de frustraciones, teniendo una importancia primordial las acaecidas en la infancia, como ser, dificultades en la alimentación, influencia de una madre autoritaria y agresiva, seguida en la edad adulta por una situación de trabajo y lucha intensa, muchas veces con conflictos afectivos importantes o de índole sexual. Corresponde a Alexander y colaboradores la iniciación de una investigación psicoanalítica en enfermos de úlcera gastroduodenal. Pone de manifiesto la existencia en estos enfermos de tendencias opuestas, unas conscientes, que lo impulsan a la vida activa, a la independencia, al triunfo; otras, ocultas, inconscientes, que impulsan al individuo a la pasividad, al sometimiento, a buscar protección. Estas son las tendencias que se ponen de manifiesto a través del estudio de los mecanismos psicodinámicos que mueven los impulsos inconscientes del individuo y que muchas veces son difíciles de poner de manifiesto si no es a través del estudio psicoanalítico. Esta lucha de tendencias crea el conflicto que, consciente o inconsciente, es capaz de modificar la tensión emocional del sujeto. Basados en estas teorías, los psicoanalistas consideran que los instintos en la infancia se desarrollan alrededor del problema alimentación y, por lo tanto, predominan los instintos del tipo oral-digestivo. Dice Carma (10): en la vida psíquica del niño lo importante sería la alimentación, así como de lo que lo rodea lo más importante sería la madre que lo alimenta. Luego, las primeras representaciones psíquicas del niño estarían configuradas por el pecho materno, posteriormente por la madre, ya vista en su totalidad, seguirían ampliándose sus experiencias cognoscitivas sobre el mundo exterior al ver y oír a la madre, al padre y a todos los que lo rodean. Son experiencias que introduce y conserva en el interior de su psiquismo. A estas primeras experiencias psíquicas los psicoanalistas las denominan "objetos internalizados". Para el psicoanalista tiene fundamental importancia el carácter de estas primeras realizaciones psíquicas, dado que ellas tendrán gran influencia en el desarrollo de la personalidad, influencia que no será sobrepasada por todas las experiencias ulteriores acaecidas cuando el individuo ya no es tan sensible a los influjos exteriores.

Partiendo de este criterio, creen que si el desarrollo del niño se realiza en un medio adecuado, con una "buena madre" que lo alimenta bien, el pecho materno y la "madre buena" internalizada en el psiquismo impulsarán al bebé, al niño y al adulto a desarrollarse bien, a desenvolverse bien y a satisfacer bien sus instintos, lo que daría como resultado una vida sin conflictos con un buen equilibrio psíquico. Si sucede lo contrario, sigue expresando Carma, si el bebé no es bien alimentado por la madre, siente hambre y su sensación de hambre la experimenta como algo que le chupa interiormente el estómago, por lo mismo que su instinto alimenticio lo lleva a desear chupar el pecho materno para alimentarse.

Con estas experiencias el niño internaliza a una madre mala que no lo alimenta y mantiene en su psiquismo los momentos de frustración alimenticia que van a persistir inconscientes en el niño mayor y en el adulto. La internalización de una madre mala, que no lo alimenta bien o le da alimentos malos o que le hace padecer hambre, que le "muerde" el estómago, serían las representaciones inconscientes que llevaría el individuo en sí y que se harían presentes con la aparición de conflictos actuales penosos. Además, estas representaciones crueles impulsarían al individuo a poner cargas psíquicas perjudiciales en los alimentos que ingiere y a realizar desarreglos alimenticios. Estos estados emocionales actuando a través de los centros subcorticales, nervios tróficos y procesos hormonales, provocarían trastornos gastroduodenales, en forma de modificaciones perjudiciales en el funcionamiento clorhidropéptico digestivo, de espasmos vasculares y musculares y de disminución de la eficacia mucosa, que son factores de úlcera.

Para Alexander, tendrían mayor valor los trastornos de la secreción y de la actividad motriz del estómago y duodeno e, incluso, de la irrigación sanguínea, sobre las cuales se llevaría la acción de los elementos psicológicos. Los estímulos psíquicos constantes originados en procesos mentales inconscientes, serían capaces de estimular los centros subcorticales, como lo hacían las experiencias de Cushing, y como éstas, producirían trastornos funcionales localizados en el sector proximal del tubo digestivo y dichos trastornos funcionales podrían llegar a la formación de úlceras.

N. Pires, R. de Pinho y H. Pinto, hablan de una hipertonia vegetativa, que estaria representada en todos los sintomas que llaman la atencion de los observadores bajo la forma de neurosis, de hiperemotividad, de labilidad del humor, reactividad caprichosa o exaltada, etc., y que estaria esa misma hipertonia unida a los problemas de motricidad y secrecion gastrica. El vegetativo estaria como primer componente en el problema de la ulcera. Tambien podria ser el responsable de la acentuacion general de las reacciones viscerales que se presentan en las neurosis. El diencefalo tendria fundamentalisimo papel y como lo demostró Speransky, que la accion diencefalica general podria seguir a una solicitud de la periferia.

F. Hoff demuestra experimentalmente los conceptos de Speransky, probando que a punto de partida neural, hormonal o humoral, se puede obtener una franca y amplia intervencion del diencefalo, que toma extensos dominios. Este autor denominó sindromes standard neurodistróficos a los severos disturbios neurovegetativos nacidos de excitaciones partidas de la periferia. Excitaciones aferentes provenientes de diversos órganos, así como fisicos, frio y calor, son capaces de excitar el diencefalo. Estas excitaciones constituirian circuitos cerrados que, partiendo de la periferia irian al diencefalo y de éste podrian volver a los distintos sectores del organismo. Llegaria la ulcera a ser una enfermedad *general*, y admiten que tendria importancia para la aparicion de la misma, la constitucion, la herencia y el factor psiquico. En lo referente al biotipo es interesante destacar que Kretschmer (12) cita estadísticas de A. Catsch, realizadas sobre un total de 1.961 observaciones en las que aparece un porcentaje de 66,6 % *ulcus* en leptosómicos (ectomorfos de Sheldon) y sólo el 3,3 % en pignicos (endomorfos de Sheldon), no figurando para nada la constitucion atletica.

Dentro de los componentes psiquicos, existe uno que tiene sin duda un gran valor, que es la *emocion*. Este componente, unas veces fácilmente apreciable, se nos escapa otras, y por esa razon su existencia pareceria esporadica, pero así como el musculo mantiene en el sujeto un tono permanente, en el psiquismo la *emocion* mantiene una tension permanente a través de la cual logra el individuo una rápida integracion de las respuestas a las solicitudes del medio, tanto interno como externo.

Los fenómenos que se suceden en el individuo los debemos apreciar, no como una serie de *correlaciones* funcionales, que se llevarían a cabo entre los sistemas de órganos, correlaciones que la fisiología trata de explicar cómo se realizan, sino que sería un proceso mucho más complejo y amplio, donde además de los órganos intervendrían los factores psíquicos. Estos hasta ahora poco considerados por la corriente mecanicista de la medicina, son capaces de realizar una serie de *integraciones* a través del sistema nervioso, creando la *unidad* del ser psicofísico en el cual se desarrollan.

Rof Carballo (13) dice “que podríamos considerar esta *integración* como el resultado de la natural tendencia del ser diferenciado a confluir en una *unidad*”. La emoción se transforma en el elemento primordial de esta integración. Continúa este autor diciendo: «El hombre aprecia su vida íntima, su vida emocional, a través de las expresiones que ascienden de su propio cuerpo, por las modificaciones que sufre la vivencia de su plástica imagen corporal. No encontramos relacionados con el mundo exterior por toda la cadena de cenestesias que nos permiten reconocer ese mundo. Nosotros nos manifestamos a ese mundo exterior a través de nuestras reacciones, de un lenguaje expresivo de nuestro cuerpo, el cual es a la vez autopercebido por el individuo. Así, toda una serie de expresiones viscerales se manifiestan como elementos de relación, sentimos opresión en el corazón, vómitos, espasmos en el intestino, etc., frente a hechos dolorosos o desagradables. El individuo tiene la sensación de que algo se “mueve” en él, algo que lo conmueve en lo más profundo. A este movimiento en su interior los hombres lo han llamado “*emoción*”. No siempre le es fácil al hombre establecer una relación de causa a efecto, entre esas sensaciones cenestésicas y un sentimiento intelectual. Hay una gama muy amplia de expresiones emocionales, muchas son fácilmente captadas por el hombre, pero muchas sólo se aprecian por la modificación o la reacción corporal que producen, o sea por movimientos de expresión. En estas emociones finas, difíciles de captar, muchas veces se encuentran las motivaciones que un individuo tiene para presentar sufrimientos crónicos de sus vísceras.»

Los actuales conocimientos sobre el sistema nervioso, sobre todo de las conexiones del cerebro interno con la corteza, sirven

para hacer más importante el papel desempeñado por la emoción en la vida del ser humano y con ello en el problema que nos ocupa.

Vistas todas estas teorías, podemos decir que la etiopatogenia de la lesión ulcerosa gastroduodenal se sigue presentando muy confusa y, por lo tanto, complicada. Pero a pesar de ello, podemos decir que es posible entrever una *integración* de fenómenos *psiconeuroorgánicos*, que desarrollándose en un terreno *constitucional* especial, puedan en determinado momento y frente a las contingencias exteriores, transformarse en una lesión ulcerosa.

No es posible desdeñar ninguno de los factores antes mencionados, pero el factor psíquico y el ambiental tienen una jerarquía notable, no siendo posible que en la actualidad se desconozcan y no se utilicen como correctores de la lesión.

## TRATAMIENTO

Frente al problema terapéutico, debemos decir que, todo aquel paciente que presenta síntomas de angustia, labilidad emocional, tensión psíquica, o que manifiesta la existencia de conflictos conscientes o inconscientes, siempre debe ser sometido a una psicoterapia activa, en general de apoyo, con la cual se logrará modificar el umbral emocional, facilitando con ello la buena evolución de la enfermedad.

La acción psicoterápica no es exclusiva del psiquiatra, sino que el internista o el cirujano la realizan también aunque no sea ésta la forma de método, pero al someter al paciente a un régimen especial, de alimentación y de reposo físico, explicando los beneficios que obtendrá del mismo, si lo sigue estrictamente, está prestando "apoyo" y estimulando las energías psíquicas favorables de su paciente, para que éste acepte de buen grado las posibilidades de cura.

La realización de una psicoterapia por el especialista, condiciona una serie de aptitudes y de reacciones emocionales que se desarrollan entre el paciente y el psicoterapeuta por medio de las cuales este último logrará condicionar en un orden favorable para el enfermo los estímulos emocionales, desplazando la angustia.

La psicoterapia no es un método de tratamiento simple ni tiene una fórmula común para su aplicación. Cada enfermo presentará modalidades especiales en su psicodinamismo, que uno debe interpretar, siendo estas modalidades, a su vez, las que impondrán una actitud determinada al psicoterapeuta, por medio de la cual influirá sobre su paciente.

Alexander (14) al referirse a la psicoterapia, dice: "Como todos los procedimientos médicos, la psicoterapia contiene elementos de arte tanto como de ciencia. La forma de actuar y las aptitudes son a menudo más importantes que las palabras en el ejercicio de la psicoterapia."

En el enfermo de úlcera gastroduodenal, la angustia tiene siempre un importante papel y sobre ella se debe actuar con una psicoterapia de apoyo.

Para realizar una buena psicoterapia de apoyo lo más importante es la aptitud del médico; es necesario que éste preste una marcada atención a las manifestaciones del enfermo, haciéndole sentir el interés que se toma por su sufrimiento, así como el deseo que tiene de curarlo. Luego, debe someterlo a un riguroso examen físico, que reafirme la realidad del interés manifestado hacia aquél. Muchas veces estos son los principales elementos en una psicoterapia de apoyo. Una actitud contraria, sometiendo a ligero examen al paciente, en una entrevista apresurada y sin prestarle mayor atención a sus quejas, puede hacer fracasar muchas veces la mejor terapéutica instituida.

Otro punto importante es la determinación de la existencia de conflictos, conscientes o inconscientes, generadores de angustia, que el médico debe descubrir para darles una buena orientación, para lograr desplazarlos.

No podemos dejar de decir dos palabras sobre el tratamiento por sueño prolongado o por la técnica de hibernación. Son dos conductas que actúan intensamente sobre el factor angustia.

J. M. Angell, cita en un trabajo (15) una serie de casos tratados por autores rusos, con sueños prolongados, asociados a otros tratamientos, haciendo notar que los resultados obtenidos serían mucho más importantes que los logrados por otras terapéuticas aplicadas aisladamente. Para Andreev, con un total de 240 casos, obtuvo 89,9 % de buenos resultados inmediatos. Este autor realiza el tratamiento desde el año 1943 y cuatro años

después da la cifra de 83 % de ulcerosos, curados. El 17 % restante, no curado, han presentado trastornos funcionales sin úlcera.

Otros autores dan para 32 enfermos tratados, un total de 29 curas, al año y medio. Otro, de 60 enfermos, 57 curados, pero no indica el tiempo.

Los autores observan que los fracasos se llevan sobre los viejos ulcerosos, que llevan años de evolución.

Durante esos tratamientos lo primero en desaparecer son los signos funcionales, los signos radiológicos desaparecen después de una quincena de días. Mejora el psiquismo y el enfermo está más calmado y aumenta de peso.

En cuanto a la úlcera péptica, que aparece después de la gastrectomía se beneficia también con la cura del sueño. Goldschmied (16) y otros han tratado muchos casos, sosteniendo que el nicho desaparece y los dolores se atenúan netamente. Dan un 17 % de recidivas.

Todos estos elementos terapéuticos descritos, tienden evidentemente al mismo fin: calmar la excitabilidad nerviosa, ya sea como pretende Pavlov, que el sueño actuaría como "inhibición protectora", ya haciendo desaparecer los conflictos, como pretenden los psicoanalistas, o bien calmando la angustia con una psicoterapia de apoyo.

## RESULTADOS

Referente a los resultados, me limito a decir que la experiencia nuestra es muy modesta, pero que los casos tratados han evolucionado bien, fundamentalmente todos los que se han combinado las terapéuticas, tratamiento médico específico, sueño prolongado y psicoterapia.

Para terminar esta comunicación, creo que debo insistir sobre la importancia de un criterio amplio sobre la enfermedad que nos ocupa, interpretándola como la *integración* de fenómenos *psiconeuroorgánicos*, desarrollados en un terreno especial favorecidos por circunstancias del medio ambiente. Por consiguiente, su tratamiento requerirá la intervención de varios especialistas, lo que nos lleva a la necesidad de tratar a estos enfermos con técnicas médicas de equipo.

## BIBLIOGRAFIA

1. WEISS, E.—“Medicina Psicósomática”, año 1939, pág. 227.
  2. WEISS, E.—“Medicina Psicósomática”, año 1949, pág. °
  3. CARMA, A.—Primer Congreso Latino Americano de Saúde Mental, 1954.
  4. CARMA, A.—“Psicogénesis de la úlcera gástrica y duodenal”.
  5. SCHWARZ, O.—“Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales”.  
año 1932, pág. 244.
  6. SCHWARZ, O.—“Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales”.  
año 1932, pág. 244.
  7. SCHWARZ, O.—“Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales”.  
año 1932, pág. 248.
  8. WEISS, E.—“Medicina Psicósomática”, año 1949, pág. 229.
  9. WEISS, E.—“Medicina Psicósomática”, año 1949, pág. 229.
  10. CARMA, A.—“Patología Psicósomática”, año 1948.
  11. PIRES, N.; DE PINHO, R. y PINTO, H.—Primer Congreso Latino Americano de Saúde Mental, 1954.
  12. KRETSCHMER, E.—“Constitución y Carácter”, año 1954, pág. 122.
  13. ROF CARBALLO, J.—“Cerebro interno y mundo emocional”, año 1952,  
pág. 16.
  14. ALEXANDER, L.—“Tratamiento de las enfermedades mentales”, 1953,  
pág. 53.
  15. ANGEL, J. M.—“La Therapeutique par le Sommeil”, año 1953, pág. 107.
  16. ANGEL, J. M.—“La Therapeutique par le Sommeil”, año 1953, pág. 109.
- FRANKL, V. E.—“La psicoterapia en la práctica médica”.  
ZENO, L. y PIZARRO GRESPO, E.—“Clínica Psicósomática”.  
ROF CARBALLO, J.—“Patología Psicósomática”, año 1950.  
WYSS, W. H.—“Relaciones físico-psíquicas en la salud y la enfermedad”.  
año 1935.