



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

HISPALIS MEDICA

Depósito legal: SE - 17 - 1958

Año XXXII

Sevilla, Marzo de 1975

Núm. 369

REVISIONES DE CONJUNTO

DE LA PATOLOGIA EXISTENCIAL Y EL STRESS AL INFARTO DE MIOCARDIO

Dr. AQUILINO M. POLAINO - LORENTE (*)

1. "A man may resolve never to move of his chair, but he cannot resolve never to be angry."
LATHAM, 1846

2. "L'émotion choc que réalisent, par exemple, la peur et la colère, orages affectifs qui ébranient tout l'organisme et se résolvent en une cascade d'expressions, est créatrice de toute une pathologie somatique..."

Jean DELAY, 1950

3. "Es gibt nur eine Sorte von Menschen, seien sie nun gesund oder krank, aber es gibt eahrcheinlich zwei Sorten von Ärzten: Jene, die gerne mit dem Begriff 'organische Krankheiten' arbeiten, und die anderen, die es vorziehen, von menschlichen 'Konflikten und Problem', welche zu psychosonatischen Zuständen führen, zu sprechen. Zwifellos hat in der letzten Jahren die zweite Gruppe viele Anhänger gewonnen, sie ist aber immer noch weit davon entfernt, die Mehrheit der Ärzte auf ihrer Seite zu haben."

Michael BALINT, 1973

INTRODUCCION

Resulta en la actualidad un hecho obvio el que las enfermedades coronarias reclaman para sí uno de los primeros puestos en el perfil preocupante del ejercicio médico cotidiano.

Determinar aquí y ahora cuáles puedan ser las influencias psíquicas y su grado de participación en este acontecimiento, resulta extraordinariamente complicado, dada la proteiforme condición de las mismas, así

(*) Profesor Adjunto de la Cátedra de Patología Médica de la Universidad de Córdoba

como su enmarañada complejidad, que apenas si autorizan su desvelamiento y mucho menos su objetivación.

La delicada disección de estos factores que el especialista, en contadas ocasiones, se atreve a intentar, se obstaculiza, además, por una cierta concepción de la medicina, arraigada ya desde hace tantos años. Nos referimos al concepto de causalidad.

En un antiguo y famoso trabajo, Víctor Von WEIZSACKER se hacía eco de la "preocupación de que tantos médicos e investigadores parezcan creer que las dificultades del materialismo se pueden vencer considerando que la actividad de los órganos está dirigida por el sistema nervioso. Ellos, empero, se representan el sistema nervioso como una máquina". Una vez que se reduce el hombre a la sola dimensión mecanicista-materialista, en la que es posible, sólo relativamente, establecer la relación determinista-causal, resultará más fácil marginar o al menos poner en cuestión, la influencia que los factores psíquicos puedan tener en el infarto de miocardio. Pretender explicar el infarto desde una perspectiva racionalista sería, en nuestra opinión, un intento de nulificar la vida y la experiencia clínica a fin de cohonestarla con la retícula lógico-causal, apriorísticamente concebida por la razón.

Pero la vida es "lógica y antilógica" y, en la práctica, cuando tratamos al hombre nos "encontramos con el quiero, puedo, podría, debo y tengo que"—llamado por V. von WEIZSACKER, el "pentagrama emotivo"— "que no se puede utilizar para explicar ni el reflejo, ni la conducción, ni la localización".

La concepción materialista de la medicina —que no ve sino relaciones causales por todos lados y ningún "motivo"; que pretende "explicar", pero no atiende a la "comprensión" de la enfermedad— acaso pueda justificarse como medio conquistador de la perseguida seguridad del hombre, audaz, en el intento de encerrar en la lógica de su pensamiento la totalidad de la vida y de la muerte, de la salud y de la enfermedad.

A ello tal vez se encaminan, de un modo inevitable, una buena parte de nuestros mejores esfuerzos; pero no es precisamente la pasión algo que sea lógico, aunque se agote y se desgaste en el afán de comprender lógicamente —causal, materialmente— el proceso de la enfermedad.

El proceso buceador de causas "explicadoras y tranquilizantes" en la enfermedad coronaria está facilitado al ser más intenso el quiasma de entrecruzamiento entre los factores psíquicos y somáticos, resultando con frecuencia que el investigador percibe una cierta sensación de haber encontrado la causalidad extrínseca a la enfermedad, mientras su miopía no le permite la observación de los factores psicológicos concomitantes.

Un ejemplo de tal falacia interpretativa podemos tomarlo al azar de uno de los enfermos estudiados. Cuando fue visto por nosotros, había ingresado ya en un estado de labilidad afectiva que apareció simultáneamente con su infarto. Ante este dato, la postura de la medicina-causal lo podía interpretar como una consecuencia más de la enfermedad. Sin embargo, sin intentamos un buceo fenomenológico en la personalidad previa del paciente, acaso podamos encontrar la constancia de ese dato que habría intervenido en la génesis del infarto, y cuya interpretación no podía ser adscrita *a posteriori* de su estado de enfermedad, sino *a priori* y, posiblemente, incluso como uno de los determinantes fundamentales.

En el presente trabajo trataremos de desvelar, en lo posible, la correlación vinculativa existente entre el *stress* y el infarto de miocardio, en una casuística que abarca 19 pacientes. Las conclusiones a las que hemos llegado nos obligan además a relacionar dichas interconexiones con la específica patología antropológica-existencial de estos pacientes.

Nos hemos propuesto, en definitiva, espigar aquellos factores aparecidos en el horizonte personal y biográfico del enfermo, que muy bien pudieran ser considerados como la última apoyatura de un patológico estilo de vivir, o lo que podría llamarse una forma de patología de la existencia teleológicamente dirigida a suscitar en la vertiente biológica una situación permanente de *stress*.

Finalmente, intentamos una aproximación al difícil campo de la angustia de muerte, que con tanta frecuencia está presente en la irrupción y evolución de esta enfermedad.

Esta especial clase de angustia plantea espontáneamente una toma de actitudes, tanto por parte del médico como del personal sanitario, frente al enfermo con infarto de miocardio.

Con ello esperamos haber puesto a disposición del clínico nuestra modesta ayuda, a la hora de tratar clínica y médicamente a este difícil enfermo, hoy desgraciadamente tan frecuente.

Si esta colaboración alcanza a significar la finalidad propuesta entre nuestros compañeros en el ejercicio de la Medicina, nuestros esfuerzos no resultarían baldíos y el autor se vería más que pagado con ello.

CAPÍTULO I.—MATERIAL Y METODO

La presente investigación corresponde a un extenso trabajo desarrollado durante varios años consecutivos en la Unidad de Cuidados Intensivos, adscrita a la cátedra de Patología General del Prof. Cruz Auñón (Universidad de Sevilla).

La extensión de nuestra casuística es más bien breve, resumiéndose sólo en 19 el número de enfermos estudiados.

La metodología empleada abarca dos vías de penetración (bien distintas) hacia la realidad total. Por un lado, el partir de una concepción antropológica de la enfermedad —como una “antróposis”, tal y como lo expresara BINSWANGER—, nos ha forzado a dirigir nuestra atención al abigarrado y minucioso escenario personal de los enfermos. Se trata, sobre todo, de escudriñar en su perfil biográfico —anterior a la aparición de la enfermedad— para tratar de manifestar la constelación de rasgos comunes que pudieran ser asumidos con cierta propiedad dentro de las coordenadas de una patografía específica.

Con este proceder intentamos dar cumplimiento a la pesada y necesaria herencia que como reto lanzado al mundo médico nos dejó Viktor von WEIZSACKE al escribir: “Así, pues, no se puede traducir la lengua de las enfermedades al dialecto de la física y de la química. Si, a pesar de todo, se hace, se cometen errores. Es más acertado interpretar cada historial clínico como la historia de una vida, traducir el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía. Yo quisiera ser lo suficientemente joven para poder alcanzar ahora esta tarea. Mas espero confiado

en que vendrán investigadores más jóvenes para llevar a cabo esa traducción. Describo la investigación médica de los próximos tiempos como una exploración de lo subjetivo en el hombre enfermo”.

Desde el comienzo hemos usado del método biográfico empleado desde hace tiempo por THOMAE, VON WEIZSACKER y ALLPORT, buscando la clase de encuentro existencial aconsejado por Martin BUBER para elicitarse así la historia vital íntima de nuestros pacientes, como fundamento en donde establecer la arquitectura de la psicoterapia antropológica realizada.

De esta forma procurábamos dar validez en la práctica al consejo pronunciado por LÓPEZ-IBOR en 1949. “El auténtico ideal de una medicina antropológica consiste en averiguar cuáles son las estructuras del enfermo para así poder integrar ambas vertientes de su enfermedad”.

Con el uso del método biográfico —utilizado también por prestigiosos psicológicos y psiquiatras como BUHLER, DEBESSE, JAENSCH, MEIER, PFAHLEN, SCUPIN, SHINN, SPRANGER, STANLEY, HALL, STERN— se perfecciona ese tipo de acercamiento humano al enfermo, que lejos de significar un encuentro esporádico más, hunde sus raíces en las inflexiones más genuinas de las curvas vitales personales.

Atiende en su recabamiento de datos a las siguientes características: el buceo fenomenológico más completo posible de las condiciones en que las vivencias de los enfermos se han producido; la transparencia que evita todo prejuicio, incluso teórico, y manifiesta la estructuración de los rasgos y actitudes nucleares que trazan su existencia personal; el análisis de la biografía del paciente registrando las constantes de su personalidad en el transcurso de las distintas épocas de su vida pasada, así como los cambios fundamentales operados en aquélla.

Es necesario, además, asumir hasta donde sea posible lo intencional del proyecto personal mediante el cual el paciente hace posible su propia existencia, así como el grado de exigencias y frustraciones que el medio social en que está incluido le facilitó en cada instante.

Lo importante es, pues, una actitud globalista mantenida mediante una atención flotante y fácil a la empatía, capaz de alejar de sí toda teoría por brillante que sea y aquellas anécdotas que por periféricas ni siquiera rozan el perfil biográfico y trascendente del sujeto.

Acaso la eficacia de esta metodología se vea amenazada, en ocasiones, por dos tipos de problemas. Por una parte, el médico necesita evadirse de una cierta identificación con el paciente que convertiría la relación interpersonal en simétrica, bloqueando de esta manera las posibilidades terapéuticas. También deberá renunciar a una actitud directiva tantas veces veladora de la propia angustia, como aquella otra de intentar dinamizar demasiado a un paciente que, como más adelante observaremos, mantiene un precario equilibrio psicobiológico tejido de angustia y desesperanza, siempre próximo a romperse. Por otra parte, la amenaza de hacer fracasar el método proviene, en algunas ocasiones, del propio enfermo.

Siguiendo el modo de operar del “modelo social” del papel del médico, el enfermo se negará fácilmente si se le comunica que le va a estudiar un psiquiatra o un “médico de nervios”.

El rechazo por parte de quien esté cargado de angustia, orillando un límite de la existencia, resulta inevitable.

Entre los tipos de “modelos” que de los médicos hace la sociedad

--según nuestra experiencia-- más fácilmente ansiógenos, se encuentran casi siempre el cardiólogo y el psiquiatra, a los que se le añaden también el odontólogo y el cirujano.

Por ello, en nuestro trabajo asumimos el papel de un médico internista, más dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, pasando desapercibida para el paciente nuestra condición de especialista en psicología y psiquiatría. Penetrábamos así, mediante este ardiz, en la intimidad del enfermo, armados de la intuición necesaria para una comprensión al modo de JASPERS (1953) —genética o dinámica y estática o fenomenológica— que renaciera en nosotros al estilo de una percepción interna (Max SCHELER) o que iluminara tiñendo el escenario del encuentro como una "Wesenschau" en el sentido husserliano.

La participación en la intimidad del enfermo para aprehender lo pático y vivencial en el mismo, exige recorrer el camino de su historicidad vital haciéndole compañía y procurando desnudar los procesos intermedios corticales.

Más tarde, mediante la reflexión y trabajando sobre la ordenación estructural de sus vivencias, podemos penetrar en el anverso gnóstico del paciente.

Creemos que los resultados obtenidos avalan suficientemente el hacer uso de esta metodología.

(Ruego al lector interesado que hasta aquí ha tenido la amabilidad de leer, disculpe mi prolongación en la exposición metodológica, pero supuse que era necesaria para hacer más comprensible y ordenado el contenido totalitario del mismo.)

Los procedimientos de esta vía metodológica pueden agruparse en las dos cuestiones siguientes:

1. Una valoración de las actitudes psíquicas, vivencias, tensiones y angustias encontrados en los pacientes, que han sido distribuidas según el criterio cronológico de su aparición. A la vez se estudia su correlación —la que nos pareció más exacta y científica, según se deducía de nuestro estudio— con las tradicionales fases en que el estudio del stress fue dividido por Hans SELEY y Gaston CÔTÉ.

2. La aproximación al problema fecundo de la angustia de muerte observado en casi todos los pacientes a propósito de las relaciones establecidas con ellos en el seno de un conjunto de sesiones de psicoterapia individual de raíces antropológicas.

La valoración de las influencias ejercidas por esta especial vivencia en el curso y evolución de la enfermedad nos han parecido necesariamente concluyentes.

Simultáneamente, hemos empleado, llevados de un afán de objetivación, el cuestionario de percepciones somáticas de Robert M. STERN y HIGGINS (*Somatic Perception Questionnaire*), tratando así de ampliar nuestro conocimiento sobre los radicales stressantes manifestados en la corporalidad, a fin de esclarecer esta cuestión tan debatida hasta ahora. Este sería, pues, el otro camino metodológico seguido en este trabajo.

Podría ser casual la relación que al parecer existe entre *stress* e infarto de miocardio. También sus interconexiones podrían adscribirse a una mera conquista de la insistente repetición con que los mass-media vienen haciendo uso de estos términos en sus afanes divulgadores y publicistas, de forma que tales términos hubiesen alcanzado al fin un

feliz emplazamiento —incluso a un nivel inconsciente— en algún rincón perdido de la mente del clínico.

La “modernidad” ha penetrado además —aunque tal vez sólo periféricamente— la barrera tecnológica de la Medicina, intentando abrirse paso ahora con el esfuerzo frustrado, pero a la moda, de psicologizar la Medicina. Acaso a esta razón última podría hacer deber el lector la justificación del presente trabajo.

Cuando empiezo a redactarlo no acabo de hacer pie en ninguna de las razones apuntadas. Tal vez, al final del mismo encuentre el justo y definitivo motivo que ahora apenas si yo mismo podría describirlo.

Sin embargo, una razón motivacional se me aparece como legítima: ofrecer al compañero-amigo las conclusiones de un trabajo de investigación realizado sin hurtar ningún esfuerzo personal.

La extensión de nuestra casuística es más bien breve, aglutinando solamente a 19 pacientes, cuya distribución por edad, sexo y diagnóstico, queda reseñada en las tablas I y II.

TABLA I

<i>E D A D</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
35 - 40 años	1	—	
40 - 50 años	5	1	
50 - 60 años	9	2	
60 - 70 años	1	—	
<i>Total</i>	16	3	= 19

Distribución según edad y sexo de los 19 enfermos estudiados.

TABLA II

<i>D I A G N O S T I C O</i>	<i>Núm. de casos</i>
Infarto transmural	12 (1)
Infarto pared posterior	1 (2)
Bloqueo completo de rama izquierda	2 (3)
Infarto no transmural	4 (4)
<i>Total</i>	19

Distribución de los 19 enfermos según el diagnóstico.

- 1) Encontramos un caso de depresión.
- 2) Este enfermo murió por asistolia.
- 3) Uno de ellos muerto por shock.
- 4) Un caso de muerte por fibrilación ventricular.

CAPÍTULO II.—PATOLOGÍA EXISTENCIAL

Desde que Rudolf KREHL (1815) introdujo la personalidad del enfermo como factor importante en el estudio de la enfermedad, hemos llegado a comprender cómo cualquier enfermedad no sólo es un acontecimiento que incide en la biografía y en la intimidad personal del enfermo, dejando una huella casi siempre; sino que incluso aquella enfermedad ha sido amasada y "hecha" desde la misma personalidad, con frecuencia

Desde otra perspectiva, la enfermedad supone también una convulsión del tiempo en el hombre. El presente queda comprometido en las actitudes de desesperanza, rebeldía, aceptación o entrega frente a la enfermedad. El futuro se modela ahora desde la enfermedad como posibilidad o no de curación, pronóstico, evolución y expectación ante los efectos de la terapia. La función del pasado se construye con los materiales que parecen ser la causa de aquella enfermedad: la herencia, el ambiente, el castigo, la culpa, etc.

Así, la etiología —la causa de la enfermedad— nunca es ni organicista ni psicológica, sino relacional (BALINT, 1961) y no por un modo de escape ecléctico que intente cohesionar las dos partes en lugar de enfrentarlas entre sí, sino más bien porque el síntoma es valorado aquí como la expresión de una relación a descubrir en la etiología unitaria, que a la vez es pluridimensional.

Esto lleva a una jerarquización causal, en la que no es fácil saber cuál es la causa dominante o específica de aquella enfermedad.

En realidad, tal causa no es siempre fija, sino que, sujeta a una gran variabilidad, evoluciona dinámicamente en relación con otras variables (orgánicas, personales, vitales, sociales, terapéuticas, etc.), a lo que hay que añadir el sentido que toda causa justa connota inevitablemente en el paciente, cuya sustancia está también en función de las demás variables.

Parece, pues, interesante que a la hora de evaluar las implicaciones de tantas variables en la etiología de una enfermedad, partamos de una base antropológica razonable, en tanto que el hombre está también adherido a una realidad cultural y social. El punto de vista desde donde hemos estudiado a nuestros enfermos no es otro que el de la *Medicina de la persona*¹.

Ahora bien; cuando hablamos de patología existencial, ¿qué queremos significar? Aunque la cuestión está como rodeada de una densa niebla, con tal término intentamos expresar que es acaso una determinada actitud ante la vida, un cierto estilo del vivir humano, el que mayormente pudiera responsabilizarse de este tipo de enfermedades.

"SULLS había inventado —como ha escrito hace poco Alfonso PASO— un término que no ha tenido la fortuna que merece: IPSOPATOLOGIA; es decir, patología de *si mismo*, de la mismidad, de eso que es diferente siempre, como son diferentes las huellas digitales de todos los hombres. Algo que es más que el yo y que el superyó. Para entendernos, algo que influye en la personalidad, pero que no es la personalidad; algo que forma y conforma la constitución, pero que no es la constitución.

1. Conviene agradecer desde aquí el esfuerzo realizado por Paul TOURNIER, quien precisamente ha publicado un apasionado libro que lleva este título.

La mismidad es la identificación del hombre con su armonía dentro de lo creado. La naturaleza es una autopista que nos lleva a donde Dios quiere con el vehículo adecuado que Dios nos presta. Este vehículo tiene un motor. Y lo que falla, en ocasiones, es el motor... la mismidad falla; es decir, la mecánica de la mismidad acepta la enfermedad, y la acepta cuando exige del motor, de su cuerpo, más esfuerzo del que pueda dar, según el proyecto de construcción funcional y fisiología a que está sometido todo lo biológico antes de ser establecido en el ser.

Cuando el ser humano se deja prender por una intencionalidad tejida sólo con lo utilitario o exitoso y de espaldas a otros valores, es capaz de sacrificar su propio cuerpo y su salud mediante un esfuerzo hercúleamente sostenido—, en aras de dar satisfacción a sus bastardas intenciones.

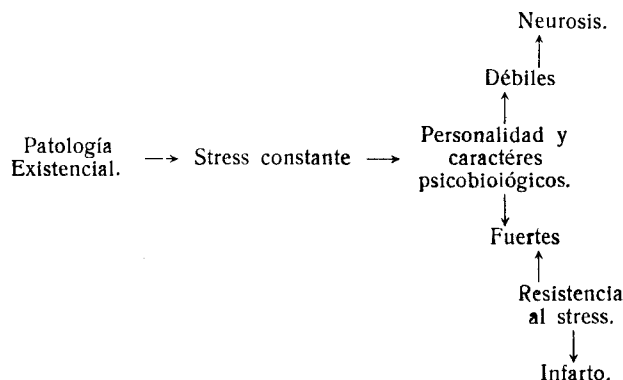
Sucede como si la intencionalidad del proyecto ganase la batalla permanente en la balanza de las decisiones, frente a las recomendaciones y consejos escapados de la propia biología.

La razón última por la que la patología existencial (que a continuación describiremos en sus rasgos más nucleares) productora del stress ocasione en unos individuos una entrega a su enfermedad, mientras que en otros suscite sólo una encronizada resistencia, acaso tengamos que encontrarla en cuanto llevamos dicho.

En cierta forma, la pregunta planteada sería: ¿Por qué para unos el stress —subproducto de una estructura existencial más o menos normal o patológica— sirve para ajustarlos a su mundo, y para otros se convierte en cauce de su personal disarmonía y desajuste?

Para algunos autores, las contestaciones vendrían desde el lado de los caracteres psicobiológicos personales asociados a la personalidad del sujeto. Si éstos son más bien débiles, el constante sometimiento a un stress sin tregua daría por resultado una neurosis; mientras que en aquellos otros de naturaleza más fuerte, tal experiencia se resolvería bien en una resistencia frente a ese stress, o en otras ocasiones siendo aquella vencida y haciendo un infarto.

ESQUEMA I



En uno u otro caso, con ciertas probabilidades, o sea defrauda la vertiente psicológica ocasionando una neurosis, o el desajuste actúa a nivel biológico desencadenando el infarto u otra enfermedad (véase el esquema I). En alguna ocasión, la fase de resistencia al *stress* continuado se dilata un tiempo sin desencadenar ningún padecimiento, sobre todo si relativamente pronto se pone fin a sus causas existenciales.

Para no hacer demasiado larga esta exposición nos limitamos a continuación a reseñar, siquiera brevemente, los rasgos nucleares encontrados en los perfiles biográficos de nuestros pacientes, en los que hemos realizado una prospección desde los 5 años anteriores a la fecha de aparición del infarto².

Entiéndase bien que esta constelación básica no lo es tanto que configure un modo particular de personalidad. Hasta el punto que hoy resultan insostenibles viejas estadísticas, como las de HOCHREIN, SCHLEICHER y los trabajos de DUNBAR, en los que esta enfermedad mostraba una gran afinidad por profesiones como las de empresarios, industriales, directores, etc., lo que en otras lenguas se llamó *manager-krankheit*, *managers' disease*, etc.

1. ACTITUDES LABORALES

En la actualidad, desgraciadamente, estas enfermedades se han democratizado. Tal fenómeno se justifica, en primer lugar, como HAU advierte, por una mayor repartida responsabilidad dentro de los distintos grupos profesionales; y, en segundo lugar, por unas actitudes diferentes respecto al trabajo.

El hombre actual es un eterno trabajador insatisfecho, a pesar de sus muchos rendimientos. La intensidad en su trabajo predispone no sólo a alejar la ansiedad, sino que incluso contribuye a ella y no en pequeña proporción.

Mas esta intensidad profesional actúa de un modo centrífugo con respecto a la ansiedad, aumentando así las revoluciones de un ciclo que resulta viciado.

Lo únicamente valorado es el *rendimiento*, que inevitablemente introduce la variable del tiempo, de modo que se podría escribir que $r = (f) t/p$ (en donde r = rendimiento, t = tiempo y p = productividad). De aquí que, cuando por el cansancio, este rendimiento se percibe como disminuido, se eche mano con relativa facilidad a estimulantes (café, tabaco, alcohol, medicamentos, etc.), que sólo consiguen, paradójicamente, el ineficaz y frustrante resultado de aumentar la ansiedad y contribuir así a un aumento del cansancio y a una mayor falta de rendimiento. De este modo, el cansancio consecutivo a tanto esfuerzo —cansancio fisiológico que aparece en las primeras y tradicionales fases del *stress* (consúltense tablas finales)—, es amplificado estúpidamente, convirtiéndose en un cansancio patológico.

2. En lo sucesivo, aconsejamos al lector que se interese por los datos obtenidos sobre cada uno de los radicales que a continuación exponemos, consulte las tablas y gráficos que aparecen al final de este trabajo.

Esta obsesión, por el aprovechamiento del tiempo³ (véase más adelante el problema de la temporalidad en estos enfermos) produce en ellos una falsa imagen de trascendencia. Lo pasional, el deseo humano de trascender lo rutinario convirtiéndolo en infinito, es ahora confundido con la trascendencia. La actividad febril del yo envenena un poco también, poniendo anestesia a las propias vivencias corporales.

Aparentemente convertido en dueño de sí mismo, al marcar sus propios rasgos y sus fronteras sin límites de realización, reinventa proyectos vitales múltiples, cada día más altos y exigentes.

Acaba así por condicionarse personalmente, claudicando —si es que no perdiendo— de su libertad más específica y esclavizándose al fin en tal grado que acaba por imponer aquella tiranía inevitable sobre la propia economía biológica.

Esta *patoergomanía* (una manía patológica de trabajar) es justificada trivialmente por la necesidad de procurarse unos bienes económicos imprescindibles. Aunque, según nuestros hallazgos, no serían más que una falsa pantalla enmascarante de un camino íntimo descubierto recientemente como vía de realización: lo que el recientemente fallecido Gabriel MARCEL llamaba el *haber-posesión* ahora establecido en el epicentro axiológico más importante⁴.

La vivencia del tiempo, vivido cargado de urgencia y acompañado de un estado de expectación como a la espera de que ocurra algún suceso importante, determinan una predisposición hacia la impaciencia ansiosa⁵.

Si además, en muchos casos, han de tomar decisiones de cierta importancia en un tiempo relativamente breve, el conflicto se instaurará diariamente.

Ocurre, sin embargo, que no puede ejercitarse como solución al conflicto una reacción que quiera ser espontánea, porque por muy molesto que sea aquél (cuya presencia física es además mantenida), el hombre se ve urgido a reprimirla en aras del bueno comportamiento establecido según la normatividad social.

Bastantes de estos enfermos se dejan así hurtar por un modo de existencia profesional, que valorado equivocadamente como trascendente, encierra en sí un estilo de vida trivializado, infecundo y que significa una amenaza constante a la pervivencia personal.

2. NIVEL DE ASPIRACIONES Y FRUSTRACIÓN

A uno de los enfermos estudiados, recuerdo haberle oído contar un refrán que me impresionó vivamente. Decía, con un cierto tono persuasivo, que "*quien no procura subir, vive para no vivir*". Quizá ese que

3. La necesidad de hacer muchos kilómetros en automóvil —véase tablas al final de este trabajo— justifica talazmente la velocidad de circulación. Velocidad que, por otro lado, contribuye a esa vivencia de falsedad consistente en un dominio de la espacialidad, que es vivenciada como lo vertiginoso de la realización personal.

4. Cfr. al final de este trabajo la tabla que agrupa los distintos conflictos sociales determinantes.

5. Cfr. A. POLAINO-LORENTE: «Aproximación antropológica y clínica a la patología de la esperanza», en *Galicia Clínica*. Diciembre, 1972; págs. 1073-1096.

“vive para no vivir” consigue una mayor prolongación de una vida más higiénica desde el horizonte de la salud mental.

El hecho es que en 12 de nuestros pacientes encontramos un elevado —tal vez demasiado— nivel de aspiraciones. Su confrontación fue manifestada en el análisis realizado desde las situaciones sociales básicas de donde partieron y aquellas otras deseadas por ellos desde tantos años.

Es importante a este respecto que el desajuste encontrado por nosotros entre el nivel de aspiraciones deseado y el conseguido por nuestros enfermos, arroja la proporción de 9/19.

En un trabajo realizado por WOLF (1969) en sujetos sanos, encontró la proporción de 10/65.

A pesar del desajuste hallado en nuestros enfermos, sin embargo, el nivel socio-económico de partida y el actual varían ostensiblemente.

Este conflicto, fruto en ocasiones de un esfuerzo prolongado ante la desproporción habida entre las posibilidades del individuo y sus aspiraciones, parece significativo.

La conclusión es que este nivel de aspiraciones es más elevado en estos enfermos que en personas sanas y, con frecuencia, parecen no estar en consonancia con sus posibilidades.

Da la impresión que el candidato al infarto, ajeno a su realidad, se lanzase a un maratón cotidiano en el que difícilmente llegará a la meta, a no ser a expensas de perder su salud y disciplinar su cuerpo en demasía.

Esta emulación mal dirigida en unos casos, resultó ser la consecuencia de una como “reválida del ser” en la que el hombre llegado a la madurez y puesto a prueba, examina su pasado considerándolo baldío. La inseguridad nacida de su misma desconfianza le hace pensar que ya ha iniciado su declive existencial, ante el que reacciona con una sobrecarga de desmedido esfuerzo.

En otros casos encontramos unos ciertos radicales de minusvaloración, depresión y odio que tendían a ser compensados con una agresividad competitiva, en el fondo de la cual existía una vivencia remota de autodestrucción, no siempre velada a la conciencia personal.

La constancia en la persecución de los objetivos personales ha sido puesta de manifiesto con suficiente claridad, como se desprende de los modos de conducirse frente a la frustración (cfr. tablas al final de este trabajo).

Hasta tal punto se mantuvieron estos objetivos deseados, que en algunos casos el contenido de su pensamiento se transformó en un rumiarse ansioso y automático, ocupador de la atención y hasta desobediente al control racional⁶.

La agresividad que proviene del área de la competitividad se desplaza y generaliza a otras provincias personales. El mecanismo empleado podría ser el de la extrapolación, en virtud del cual se invaden todas las parcelas en que el hombre unitario queda constituido, por el modo insuficiente de nuestro conocimiento.

Esta invasión se traduce en una afilada susceptibilidad, que hace difícil y problemáticas por fuerza, cualquier tipo de relaciones interper-

6. Un enfermo manifestó cómo mientras leía continuaba pensando en sus preocupaciones, comprobando al final de la lectura que no había comprendido nada de aquella.

sonales. El nerviosismo —en 6 casos fue asociado al insomnio, jugando este factor una gran importancia—, la irritabilidad y el cansancio vienen así a sobrecargar una ansiedad latente que se procura refrenar con todos los medios posibles.

El primitivo conflicto personal deviene así en conflicto familiar y social (véanse las tablas al final).

La distribución del campo de intereses no profesionales, a excepción de 3 casos, no agrupaba ningún *hobby* ni ejercicio físico. Como si la idea de la propia estima lo hubiera cerrado a otros intereses, escotomizando así su horizonte existencial motivacional.

Ocio y descanso ausentes, los medios empleados en beneficio de un cierto placer se desplazan más, en casi todos nuestros enfermos, a aquellos llamados serviles, dispuestos siempre a comprarlos y adjetivados por BERNANOS como la “mediocridad elocuente”.

Ninguna actividad creadora (estética, lúdica, deportiva o humanística) había sido practicada por nuestros pacientes. Faltó en todos ellos esa liberalidad exigida por la propia condición humana, que además de perfeccionar la personalidad, dilata el horizonte vital y satisface el cansancio.

Nos parecía que la justificación de la propia existencia cobraba sentido únicamente a través de una lucha constante, sin descanso, profundamente diluida en la escondida ansiedad, que como niebla pegajosa les esclaviza en el hermetismo de su claroscuro vital, obstaculizando así la transparencia significativa de un sentido para su vida.

En estos pacientes, existencia y ansiedad casi se superponen en varios niveles:

1. En la intimidad, porque la ansiedad se vivencia como una amenaza de la totalidad del ser, que precisamente en ese momento intenta torpemente conquistar su existencia cada vez más lejana, huidiza y vacía.

La batalla que se establece resulta ser, por otra parte, la más importante de las acaecidas en la vida personal.

2. En la articulación entre la vida y el mundo, en cuyo caleidoscópico escenario —que también es el del cuerpo⁷— el conocimiento humano es siempre vivido, existenciado y encarnado. Y aunque la reflexión de la conciencia personal no asista a la representación en ese momento, puede afirmarse que de alguna manera queda allí también con contemplaciones”.

3. En la contemplación agudizadora de los sentidos y potencias que ahora no puede tener lugar, por no existir una espacialidad que lo permita.

El activismo sustituye a ese tipo de actividad latente en que consiste el dejarse asombrar, siendo protagonista la contemplación de las cosas.

La sabiduría popular ha sabido acuñar certeramente en su lenguaje coloquial esta situación. Y así se dice al hombre activo: “No le trates contemplaciones”.

El truncado conocimiento contemplativo es sustituido por el agresivo conocimiento, hipotecado y subordinado a la adquisición de utilidades,

7. Recuérdese que MERLEAU-PONTY solía afirmar que «el cuerpo no es un mosaico ciego, mosaico de secuencias causales independientes, sino el vehículo de nuestro ser-en-el-mundo, y que permite la comprensión del otro».

desde cuya postura, en verdad, desrealiza a las cosas, adscribiéndoles otra significación distinta a la propia.

Las cosas son alusiva y agresivamente así manipuladas por el hombre utilitarista, incluso con su propia vida.

El *pathos hipocrático* (padecimiento del hombre) se identifica con el *ponos* (lucha). El sufrimiento humano coincide con la ansiedad nacida en la lucha entre el hombre ávido de manipulación, y las cosas resistentes a ser tomadas en la escotomizada significación utilitarista.

3. EL SENTIDO DE LA AUTORIDAD

Los hábitos profesionales perfeccionistas constituyen un hallazgo que es denominador común en nuestra casuística.

El respeto por la autoridad establecida e incluso la necesidad de mantener esa autoridad a toda costa⁸ y a la que están siempre sometidos, van modelando los radicales rígidos encontrados en estos pacientes.

Más tarde, el modelo aceptado se desborda en una actitud casi compulsiva, de exigencia y dureza, tanto con ellos mismos como con los demás. De aquí que sean tan amantes de la disciplina personal. Sin embargo, a lo largo de nuestro estudio sólo hemos podido hallar un caso de neurosis obsesiva y no demasiado florida en su sintomatología.

En este punto sí que coincidimos con las conclusiones de DUNBAR. En efecto, frente a un aparente autodomínio y control, existe una insuficiente e inadecuada capacidad para que aflore una ansiedad construida de tensiones y recelos. Igualmente, es característica constante la ambición que se concreta en realizar proyectos prematuros, ensamblada casi siempre con excesivos escrúpulos.

También se manifiesta aquí la intencionalidad monopolizada por un único valor —el de la persecución del éxito casi siempre— al que se subordinan las demás, como descubriera HAU.

No estamos muy de acuerdo con ALEXANDER, que aparte de situar el centro de sus investigaciones en el desarrollo de la personalidad de los enfermos cardíacos, dio excesiva importancia —en nuestra opinión— al factor que juega la inhilición. A pesar de que ALEXANDER no le daba el valor de especificidad, sin embargo nosotros apenas lo hemos encontrado.

4. TEMPORALIDAD

ROSENMAN presentó en el VII Congreso Internacional de Psicoterapia, celebrado en Wiesbaden en 1967, lo que caracterizó como *Behavior Pattern Type A*, y que en su honor reproducimos tal como él lo expuso en aquella ocasión, por suponer un hallazgo que parece fundamental en este terreno:

"Pattern A primarily is characterized by certain personality traits, including aggressiveness, ambition, drive, competitiveness and a profound sense of time urgency. Some or most of these traits are variously

8. Véase A. POLAINO-LORENTE: «Autoridad y Psicología». En *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España* (en prensa).

present in most, but men with Pattern A behavior possess them to an excessive and often inordinate degree. In association with these emotional facets he frequently exhibits certain typical muscular or motor phenomena: his speech is usually forceful, rapid and often explosively uneven and emphatic, accompanied by sudden gestures such as fist-clenching and taut facial grimaces, and his locomotion and mannerisms are rapid, reflecting his enhanced drive, competitive striving, chronic restlessness, impatience, and sense of time urgency. In particular, the man with Pattern A appears to be excessively driven to achieve and willingly committed to get things done, while being unable to overcome the inflexible factor of time itself, and while struggling against the competing and obstructing influences of other persons and things. He thus appears habitually to be living under the time pressure that most physicians so readily understand...

The man with Pattern A, immersed as he habitually appears to be in these new stresses, often is seemingly content with his multiple commitments, despite their propensity to produce deadlines and enhance his sense of time urgency."

Conviene advertir que el *Type A de Rosenman* reclama un puesto específico y propio, no siendo posible identificarlo con una simple neurosis de ansiedad o con una variedad específica entre las frecuentes neurosis.

Lo que más nos ha impresionado en nuestros enfermos es la radicalidad con que es vivido el sentimiento de urgencia del tiempo, identificando el tiempo simbólico —en el que deberá ocurrir el acontecimiento imaginado— y el tiempo real.

Este tipo de conducta y de estructura personal la hemos encontrado casi con idéntica frecuencia tanto en los varones como en las hembras.

Lo que acaso ocurra es que la mujer, al estar sometida a un *interplay* de rasgos de conducta tan distintos a los del varón, disminuye así el riesgo de los factores stressantes. A ello se añade el que, además, suele hacer más ejercicio físico durante su trabajo que el hombre. Probablemente, por aquí podamos justificar el que en nuestra casuística sea tan pequeño el número de enfermas en relación con el de los varones.

De otro lado existe el *Type B*, cuya forma de vivir la temporalidad es muy distinta a los del tipo A, lo que de algún modo modificaría su forma de enfrentarse a la existencia.

Las comparaciones entre los dos tipos, Pattern A y B, como FRIEDMAN ha demostrado, implica un mayor riesgo hacia el infarto entre los que han adoptado el Pattern A, siendo mucho más bajo para los que adoptan el segundo.

A continuación transcribimos lo expresado por FRIEDMAN:

"Two additional age-paired groups also were studied, one being free of significant competitive striving and 'deadline pressures' (that is, they exhibited Pattern B), while the other consisted of men blind from early age and chronically exhibiting simple anxiety. Pattern A men were found to exhibit significantly higher serum cholesterols, were rapid blood clotting and a sevenfold higher prevalence of already present CHD, striking differences which could not be attributed to differences of diet, smoking, or exercise habits... The results indicate that Pattern A men not only exhibit higher coronary morbidity and mortality rates, but also

significantly more severe underlying coronary atherosclerosis than do men with the conserve Pattern B.”

Bien es verdad que no todos los factores habidos en el Tipo A de Rosenman hablan inevitablemente de la influencia de estos factores psicológicos. Es más: tampoco aquéllos actúan necesariamente en todos los casos. Pero su comparación con los factores hallados en el Tipo B, que además se dan tan constantemente, vendrían a corroborar nuestras hipótesis.

Parece importante por esto que la anamnesis biográfica de estos pacientes se haga detalladamente, a la vez que se examina su comportamiento respecto de su nivel de aspiraciones y de su consecución o fracaso.

5. DOLOR Y ANSIEDAD

Se ha discutido mucho si en la fenomenología de la aparición del infarto interviene o no el dolor. Conocemos desde hace bastante tiempo el comportamiento diferencial del dolor en el infarto y en la angina de pecho, tal y como lo resumimos en el esquema adjunto:

<i>D O L O R</i>	<i>INFARTO</i>	<i>ANGINA</i>
Intensidad	+ + +	+/-
Irradiación	Brazo, espaldas, cuello y cabeza.	No.
Duración (aprox.)	10 minutos.	De 1 a 5 minutos.
Aparición	Durante el descanso.	Durante el excesivo esfuerzo.

En nuestra casuística, sin embargo, hemos encontrado los resultados siguientes:

En los 19 casos estudiados, los pródromos del infarto a este respecto durante el último mes anterior al infarto, fueron así:

<i>PRODROMOS</i>	<i>Núm. de enfermos</i>
1. Dolor en el pecho:	
— Dolor isquémico en reposo de duración inferior a 15 minutos	7
— Dolor a un esfuerzo excesivo	4
— Dolor en reposo y durante el esfuerzo	2
2. Sin dolor	6
3. Disnea de esfuerzo	3
4. Palpitaciones	1
5. Fibrilación auricular demostrada por el E.C.G. ...	1
6. Dolor como motivación por la que consultaron al médico	6

El dolor en todos los casos se presentó de modo recidivante, apareciendo entre los días quinto y décimo anteriores al infarto. Después de esto parece aconsejable modificar el criterio hasta ahora sostenido

sobre el papel que pueda desempeñar el dolor en el infarto de miocardio. Ya se hace notar que tal factor nunca es vinculativo, por lo que no hay más remedio que ponerlo en estado de cuestión como signo patognomónico.

Pero se hace necesario recordar que el dolor puede adquirir nuevas potencias y formas, perdiendo su específica entidad de dolor coronario al resultar enmascarado por la coexistencia de otras afecciones crónicas extracoronarias, casi siempre adscritas a la patología digestiva, renal o vertebral, que imprimen a la sintomatología una más proteiforme y compleja distribución significativa. Es en estas circunstancias donde la ambigüedad de la interpretación del dolor adquiere su más alta significación. Si además de estas realidades tenemos en cuenta la valoración subjetiva que todo enfermo realiza al interpretar sus dolores, comprenderemos cómo éstos, más que ser sensaciones, devienen en una especial clase de sentimientos sensoriales y vitales.

No poco ha de influir en ello la ansiedad de que a continuación hablaremos, que contribuye a colorear de este modo una imagen vivencial mucho más compleja.

Pensamos por ello que la sintomatología dolorosa no puede contribuir poderosamente al diagnóstico del infarto coronario, a no ser como motivación concreta que fuerce la decisión del enfermo a consultar con su médico. De otra parte, el nivel de la aumentada sensibilidad ante los factores psíquicos en estos enfermos, parece justificación fácil.

El papel de la personalidad en el interjuego de las variables hasta aquí expuesta resulta bastante válido, aunque no tanto que descarte una susceptibilidad especial para algunos factores psíquicos a causa de la propia dolencia.

El establecimiento de este viciado circuito se refuerza por la influencia de otros factores no menos importantes. La ansiedad producida por la falta de conocimientos y aclaraciones que esta enfermedad suscita en el paciente, y en la que el médico, en contadas ocasiones, tiene no pequeña responsabilidad, podría ser un factor importante a tener en cuenta. De otra, la publicidad, divulgadora de miedos hostiles, que abriéndose paso a través de la mass-media llega al lector más alejado, que en el ahora de las circunstancias de su enfermedad —aumentada su susceptibilidad— es interpretada de un modo subjetivo y erróneo.

Como escribe Claude Bersay: "...la forte charge émotive, affective, investie dans le coeur, organe situé au plus profond de nous-mêmes, mystérieux, à qui le langage populaire et poétique attribue les passions et qui, effectivement bat plus vite à la peur, à l'émotion et se ralentit au repos, au calme, à la détente."

Además, los choques emotivos —según la metodología del pensamiento médico causal— seguiría esta doble línea de actuación: produciendo un angioespasmo, en primer lugar, y ocasionando un cambio en el metabolismo de los lípidos.

La incertidumbre diagnóstica y la gran cantidad de prescripciones que son vividas por el enfermo casi siempre como una gran limitación y una amenaza a la libertad personal, acaban perjudicándole mucho más que una explicación comprensible y clara acerca de su concreto padecimiento.

Aún no hemos acabado una investigación que empezamos hace unos

años —en colaboración con otro compañero de distinta especialidad— en la que procuramos evaluar el efecto del tratamiento, así como la conducta de sometimiento del enfermo a las prescripciones aconsejadas sobre su estilo de vida y las dosis medicamentosas, en relación con el hecho de haberles explicado o no el proceso de su enfermedad. Esperamos llegar un día no lejano a algunas conclusiones cuya exposición dejamos para otro lugar más apropiado.

A continuación exponemos las distintas fases en que aparece la ansiedad, según las fundamentadas opiniones de NATAN S. KLINE (Director del Centro de Investigaciones del Rockland State Hospital de Orangeburg, New York), con el que coincidimos plenamente, después de realizado este trabajo.

Entre las distintas fases distinguimos:

a) *Ansiedad por hiperactividad:*

- Se vive por el enfermo como una anticipación de algo que sucederá con cierta inmediatez, ya sea real o posible.
- Supone además una excesiva reacción ante cada suceso diario, por trivial que éste sea, no proporcionado al estímulo.
- El presente sufre en cada enfermo una futurización, en virtud de la cual el sujeto no está en lo que hace, sino que se sitúa en un más allá rebasándose a sí mismo en la concreción de un futuro anticipado que parece dar sentido a cada uno de los “ahoras” presentes.

b) *Generalización de la ansiedad:*

- La repetición de los estímulos traumáticos origina un modo de generalización de la ansiedad que, invadiendo la personalidad total, sitúa al enfermo en un estado constante de expectación inconsciente no selectiva.
- Con el tiempo se establece un cierto tipo de conducta automática, cargada de ansiedad, que escapa al control de la razón.
- Se establece así una situación de condicionamiento —condicionamiento dependiente, en gran parte, del propio individuo más que del ambiente y su estimulación— que es reforzado continuamente por multitud de estímulos inespecíficos.

c) *Aumento de la ansiedad ante el fracaso en el rendimiento personal:*

- El rendimiento personal insuficiente, fruto del cansancio del que hemos hablado en otro lugar, aumenta la ansiedad al originar una como a modo de evaluación global de sí mismo, considerando a este radical como el único criterio de la valoración.
- El descenso de la conducta eficaz —tanto tiempo quizá valorada como exitosa— lleva en más de una ocasión a sembrar una cierta desazón en los sentimientos de autoestimación.
- La inseguridad nacida de mantener a toda costa el nivel de aspiraciones —aun a pesar del rendimiento deficiente— origina así un reciclaje vicioso que por retroalimentación —mecanismos de *feedback*— engruesa la potencia del condicionamiento ansioso.
- Tal vez sea éste el momento en que la opinión pública, que tanto ha “cargado” los conceptos de prisa, enfermedad coronaria, etc. —a través de una divulgación publicista y tantas veces acien-

tífica de muchos conocimientos médicos, causando verdaderas enfermedades iatrogénicas— entre en el modelado del pensamiento del sujeto, aumentando sus temores y ansiedades.

d) *Ansiedad libre y flotante:*

- Es éste el resultado final de aquella fase en que las capacidades de respuesta de los ansiosos pacientes se ven impedidas ante cualquier clase de estímulos.
- Sólo resta un cierto determinismo expectante ante el suceso fatal que se presiente que ocurrirá.
- Esta clase de presentimiento resulta muy aproximado a lo que desde HEBERDEN (1768) se conoce como *angor animi*, siendo imposible a veces señalar las fronteras entre ambos.
- Dejemos aquí apuntado —aunque su estudio será el contenido de un trabajo próximo— que el *angor animi* es aquella somatización de la ansiedad localizada preferentemente en el pecho, que se acompaña de una sensación de estrangulamiento y cuyo componente psíquico más importante no es el miedo a la muerte, sino la firme convicción de estar sintiendo la muerte en aquellas circunstancias concretas.

De alguna manera, casi todas estas fases de la ansiedad estuvieron presentes —aunque en distinto grado y duración, según el espectro emocional *sui generis* de cada uno de los pacientes— en la totalidad de nuestros enfermos, especialmente en las fases inmediatamente anteriores al advenimiento del infarto.

Aquí, las vivencias psíquicas y ciertas sensaciones corporalizadas se reúnen y potencian simultáneamente. Por ello, conceder al dolor —y sólo a él— una gran importancia en el caso del infarto nos parece insuficiente, tanto más cuanto que estas sensaciones devienen en sentimientos en cuyas entrañas están presentes infinidad de vivencias psíquicas.

Todos estos rasgos, como es lógico pensar, influirán decisivamente en mantener un *stress* constante, lo que no significa que en la enfermedad coronaria, e incluso en el mismo *stress*, no influyan en gran medida otros factores como el tabaquismo, el nivel de colesterol en sangre, etc., a cuya exposición hemos renunciado por considerarlos un poco alejados de nuestro propósito.

De todas formas, remitimos al lector al esquema V, en el que se incluyen bastantes de ellos.

CAPÍTULO III.—REFLEXIONES CIENTÍFICAS Y PSICOLÓGICAS EN TORNO A LAS PARADOJICAS SIGNIFICACIONES DEL STRESS

Hace bien poco, se ha traducido la palabra inglesa *stress*, castellaniéndose y convirtiéndose en *estrés*, cuya definición, aceptada por la Real Academia Española de la Lengua, es la de aquella “situación de un individuo vivo o de algunos de sus órganos o aparatos a los que al

serle exigido un rendimiento muy superior al normal, se les pone en el riesgo de enfermar”⁹.

Precisamente hoy, que la era tecnológica y el maquinismo han asumido tanto esfuerzo físico como anteriormente recaía sobre el hombre, éste, lejos de estructurarse en el ocio gozando de la contemplación de las cosas, se esfuerza de continuo por problematizar aún más su ya compleja existencia.

Habría que preguntarse, por tanto, ¿por qué el hombre actual pretende exigir a su organismo más de lo que éste puede darle? Cuando la máquina rescata al hombre de angustiosos esfuerzos, el hombre paradójicamente, se busca otra clase de esfuerzos angustiosos, todavía más imposibilitados de sustitución.

La vida se transforma así en una huída amenazada constantemente por la angustia, en la que resulta imposible, o al menos muy difícil el disfrutar de la serenidad a la que tiene derecho.

Sin embargo, y aunque una consecuencia de este estilo de vida sea el stress, éste no siempre resulta perjudicial, por lo que hemos de salir aquí en su defensa, frente a ciertas generalizaciones difundidas universalmente.

Sin el stress no podríamos conservar la vida. Conocido de todos es el hecho de cómo actúa éste en defensa de la salud humana frente a la enfermedad. Lo que sucede es que, en ocasiones —como trataremos de demostrar en este capítulo—, el mismo stress puede volverse contra el hombre y ser causa de enfermedad.

Tampoco sin el stress podría el hombre adaptarse a tantas peripecias de su andadura por la vida, ni a las variadas situaciones de su articulación con el mundo.

A él se debe también, en su mayor parte, el poder dar alcance a las grandes metas que el hombre proyecta acerca de su existencia. Siempre que el hombre vence un obstáculo externo o interno, o cuando abrazando una contrariedad no se deja abatir por ella, hemos de pensar que el stress está informando, si es que no constituyendo, la infraestructura soterrada, gracias a la cual el hombre obtiene aquello.

El autodomínio, la serenidad y el equilibrio —al menos aparente¹⁰— que tan necesario es hoy representar —como veremos más tarde— es comprado a un gran precio por el hombre moderno. Su papel en la formación de la personalidad es, por otra parte, incuestionable.

Lo que ya no está tan claro —al menos desde el punto de vista de la propia economía biológica— es la validez del esfuerzo necesario para su consecución. El sentimiento latente de inseguridad queda así metamorfoseado en una fachada de aparente calma que, de cuando en cuando, inevitablemente se descompone a pesar del costoso esfuerzo, debido a la gran labilidad que subyace en el fondo de este tipo de

9. El subrayado es nuestro.

10. De aquí la crítica al *behaviorismo*, que en una reducción simplista sólo interpreta la visión del escaparate de la vida humana, volviendo sus espaldas a toda la realidad interior y biológica del hombre. Para una mayor explicación, cfr. A. POLAINO-LORENTE: «Las psicologías cerradas y deterministas». *Galicia Clínica*, 1973.

Muchas veces, esa seguridad y equilibrio aparentes tienen su más honda apoyatura en el stress que los mantiene, traduciéndose en la intimidad en la más exigente tensión hecha de miedos y ansiedades, y cuyas repercusiones biofisiológicas y psicológicas resultan obvias.

arquitectura personal. Acaso, como indica Cl. BERSAY, "L'infarctus serait peut-être le prix de l'acquisition difficile d'un *self control*".

El *stress* se transforma en un disvalor cuando es mantenido hasta el punto que deviene, por un fenómeno de generalización, en invasor del comportamiento total sin efectuar ni siquiera una selección imprescindible de los estímulos.

El hombre, habiendo perdido la libertad frente al *stress* y persuadido de la ineficacia de su cansancio, se refugia en los estimulantes. Entonces el *stress* lleva a la identificación de los dos factores hipocráticos, haciendo superponible el *pathos* (padecimiento) y el *poros* (lucha), de forma que se produce un sufrimiento en la lucha diaria, siendo difícil la distinción de las fronteras entre la batalla diaria y el sufrimiento inseparable que le acompaña. Así, cada cual deberá encontrar el óptimo nivel personal de *stress*, de forma que se ajuste armónicamente, adaptando sus energías y su ritmo vital a la estructura psico-bio-social propia. De acuerdo con este nivel óptimo de *stress*, podrá lanzarse a construir lo que ha de ser su proyecto existencial.

El realismo también es en biología un buen camino; el único camino dentro de una bien integrada higiene mental. Este *stress*, apenas frenado por la razón y tan frecuentemente sostenido, señala el primer fracaso de la homeóstasis del organismo. Lo interesante es descargarlo y no alimentarlo con la continuidad de estímulos socio-biológicos que racionalmente son incontestables.

Un cambio de actividad puede asumir el *stress* descargándolo al aplicarlo en la consecución de un deseo eficaz, para el que no existe un freno racional. Es éste el caso del deporte, que consume la adrenalina y corticosteroides, cuyos altos niveles en sangre (tanto tiempo ineficazmente mantenidas y almacenados) amenazan el equilibrio biológico personal.

Parece, por tanto, como si el problema se hiciese metafísico. A través de lo cultural y de lo social, el hombre remonta su nivel de aspiraciones¹¹ hasta una atalaya difícilmente alcanzable. Para su conquista precisa de un almacenamiento de energías que su vertiente biológica estaría dispuesta a prestar, pero cuya prestación es, en muchas ocasiones, conflictiva. En primer lugar, porque esa clase de energía biológica no es la necesaria y específica para poder poner en marcha el desarrollo del proyecto cultural ideado. Y, en segundo lugar, porque la producción de esa energía —que supone la entrada en actividad del motor *stressante*— no es consumida eficazmente, pues la vía biológica de consumo no se superpone a la vía psicológica que demanda su producción.

En resumen: la vertiente psíquica —dirigida por un proyecto existencial excesivamente ambicioso— demanda una gran cantidad de energía, que una vez producida —con grave riesgo por lo que supone de poner a prueba al organismo— no sólo no puede ser consumida —por inadecuación de las vías de producción y utilización—, sino que atasca

11. Basta observar lo que está ocurriendo en el campo de la enseñanza universitaria. Una gran proporción de adultos —no pensamos, en este momento, en los casos valiosos que, gracias a esta vía, se incorporan al fin a la cultura— con títulos universitarios y en la edad fronteriza de la madurez, amplían ahora su horizonte profesional, llevados no se sabe de qué dudosa intencionalidad.

y oblitera a la misma central cortical demandante, creando así el conflicto.

Conviene tener en cuenta, además, que, como afirma WOLF (1969), "la influencia del fracaso en los procesos reguladores emocionales ante situaciones de intenso *stress*, puede ser decisiva en la provocación de situaciones que desemboquen en la muerte. En este sentido, podemos considerar a la muerte como una adaptación a dicho proceso".

Una prueba concluyente respecto a lo hasta aquí sostenido se puede encontrar en los trabajos de C. D. ENSELBERG (*Amer. Heart J.*, 1970, 80, 137). El autor se propuso en el artículo citado el análisis de una cuestión muy discutida hoy: la actividad corporal en el individuo con insuficiencia coronaria.

ENSELBERG llega a los siguientes resultados: Entre el personal de los autobuses londinenses es mucho más frecuente el infarto de miocardio entre los conductores —que desarrollan su actividad en posición sentada— que entre los cobradores, frecuentemente en movimiento. "También los estudios realizados en el personal ferroviario y de correos, así como en granjeros de Estados Unidos, ponen de manifiesto una mayor frecuencia de infartos coronarios en el personal con menor necesidad de movimiento durante su trabajo".

La justificación de estos resultados sería la que sigue: El efecto que el entrenamiento corporal produce en la circulación se atribuye a un aumento del tono simpático, por lo que la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea ascenderían menos durante la sobrecarga. Además, supondría un cambio en la distribución de la sangre, cuya corriente seguiría la dirección — a causa de los movimientos corporales— desde la piel, la musculatura inactiva y la región esplácnica a las áreas de los grupos musculares despertados a la actividad, fenómeno que se acompaña necesariamente de una disminución de la resistencia periférica. Esto explicaría el que sea una excepción encontrar en la literatura científica casos de infarto aparecidos durante una excursión o paseo.

Y de aquí también que convenga ir contando en lo sucesivo entre los modernos tratamientos de la insuficiencia coronaria con la cinesiterapia. Con ello se nos advierte de la necesidad de distinguir entre causa y motivo. Las *causas* —tenidas frecuentemente en cuenta por la medicina natural— suponen una actuación obligatoria y necesaria, mientras que a los *motivos* —empleados por la medicina antropológica abierta a la realidad socio-cultural— compete sólo el significado de posibilidad.

Con las causas se trata de *explicar*, mientras que con los motivos lo que se pretende es *comprender*. Esto explicaría tal vez por qué existen individuos que, a pesar de estar sometidos al *stress*, jamás enfermarán de infarto.

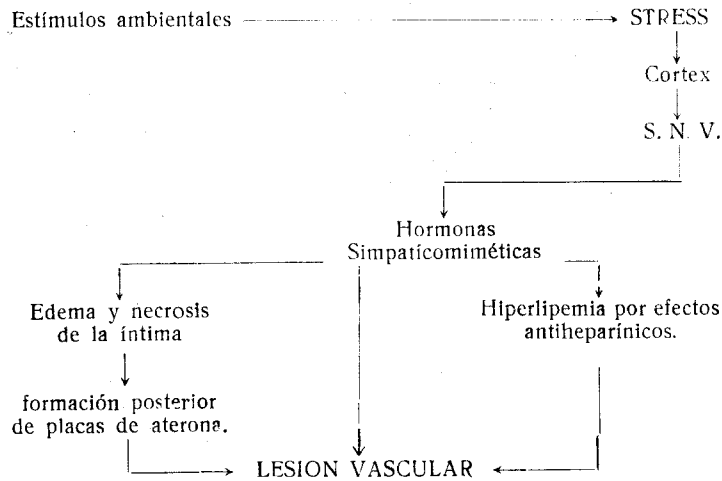
El mismo SELYE nos decía que "il y a plusieurs gradations entre ces deux extrêmes, c'est-à-dire entre l'agent pathogène qui agit d'une façon absolument non conditionnée et l'agent qui ne produit jamais par lui-même de maladies. Il faut alors distinguer entre ces deux prototypes si nous voulons éviter l'erreur très commune de la logique médicale, notamment qu'un agent donné ne peut être la cause d'une maladie s'il n'a pas été prouvé qu'il peut produire de telles lésions chez plusieurs patients".

El papel del *stress* en el infarto ha sido en muchos casos infrava-

lorado, llegando al máximo en aquellos casos conocidos como "infartos de esfuerzos". Como dice BERSAY, "L'importante du stress est probablement sous-évaluée; en effect, il est rare que l'effort soit isolé de l'émotion. On court parece qu'on a peur, parce qu'on veut être le premier, etc. Ainsi, un certain nombre d'infarctus dits d'effort, sont en réalité dus à l'émotion". Aparte de que, en general, el infarto sobreviene en reposo, contrariamente a lo que sucede en la angina de pecho, que suele aparecer al hacer un esfuerzo.

El trabajo que verdaderamente aumenta es el del corazón y no el físico, en el caso del infarto, y ello se debe a que el *stress* aumenta la acción de las hormonas simpático-miméticas, que a la vez tienen una acción ionotropa y cronotropa sobre las fibras cardíacas.

El mecanismo de actuación del *stress* podría resumirse en el esquema siguiente:



Y es que, como han afirmado HANS SELYE y GASTON CÔTÉ, "Le stress est une des causes prédisposant à la lésion cardiaque". Sin embargo, añadirán que "le stress a une forme caractéristique, mais aucune cause spécifique".

El *stress* aislado no es, pues, específico del infarto (reconocida es también su función en otras enfermedades como la úlcera péptica, la hipertensión, la diabetes, etc.), pero colabora de un modo general e inespecífico en su producción, siendo uno de los más importantes radicales, sobre todo si se tienen en cuenta otras circunstancias (cfr., las tablas del último capítulo).

Experimentos llevados a cabo en diversos animales y por diferentes autores (GOULD, HOLLANDER, MASTER, RAAB, SCOENMACKERS, SELYE, TABBOTT y ZSOTER, principalmente) han demostrado cómo determinadas sustancias stressantes introducen una cierta especificidad en las lesiones anatomopatológicas del corazón, que sí que son en alguna forma homologables con otras formas lesionales encontradas en la anatomopatología humana.

Exponemos a continuación, en forma sucinta, estos resultados:

ESQUEMA III

Sustancias

Mineralocorticoides (Dexosicorticosterona) y sales de sodio (Cl Na) en animales sensibilizados por nefrectomía.	Esteroides y sales de sodio (fosfato y sulfato sódico) en animales sometidos a ejercicios físicos intensos.	Esteroides y grandes cantidades de sales de calcio.
---	---	---

Efectos ocasionales en el animal

Cardiopatía hialina.	Cardiopatía rápidamente fatal.	Cardiopatía calcificante.
----------------------	--------------------------------	---------------------------

Efectos anatomopatológicos homologables en el hombre

Cardiopatía espontánea. Periarteritis nudosa. Enferm. de Libman-Sachs.	Infartos miliars. Miocarditis de Fiedler. Miocarditis consecutivas a otras enfermedades.	Calcificaciones del miocardio. Uremia. Hipertiroidismo.
--	--	---

Cl. BERSAY piensa que ciertos hechos podrían justificarse por estos mecanismos y bajo la dependencia del sistema simpático. Dice así: "La création d'athérome chez le lapin par injections d'adrenaline (JOSUÉ); l'athéromatose précoce et les lésions coronariennes des Phéochromocytomes; les troubles de la repolarisation, observés au cours d'atteinte du système nerveux; et l'action bénéfique dans l'angor des inhibiteurs du sympathique".

Las experiencias llamadas por GASTON y SELYE de *resistencia simple* y *resistencia cruzada*, halladas en investigaciones con animales, nos autorizan a hablar de una cierta inmunología del infarto (Cfr. H. SELYE et GASTON CÔTÉ, "Stress et cardiopathies", en *Coeur et Medicine Interne*, tomo VII, núm. 2, abril 1968, págs. 242 y ss.).

El resumen de las conclusiones desveladas podría ser el siguiente:

a) La mediocridad y la rutina también pueden matar al hombre. Por repetición, siempre idéntica, de una misma circunstancia stressante, se produciría una específica sustancia hormonal, ya que las distintas condiciones stressantes originan selectivamente la segregación de sustancias diferentes.

Al hacer siempre lo mismo, actuarían siempre también los mismos grupos hormonales y entonces se originaría una situación condicionante. Si se participa de otros *stress* —aun siendo stressantes—, éstos introducirían en el juego hormonal la intervención de distintas sustancias, que por lo pronto romperían el condicionamiento a que aquéllos habían sometido el organismo. De aquí la necesidad de buscar un desarrollo armónico de la vida comprometiéndola en actividades muy distintas.

b) El poco trabajo —aparentemente beneficioso—, unido a un au-

mento del *standard* de vida, determinarían una nutrición demasiado rica que facilitaría la aparición de un *stress* siempre idéntico.

c) El *stress* de determinada proporción, característica y constancia, lesiona mucho más que la acción de otros *stress* cuyo origen responde a circunstancias muy variadas. El primero lesiona, mientras que los segundos salvan. No podía ser de otra forma. En principio, el *stress* es una reacción natural al servicio y en defensa de la vida. La vida humana, amparada y protegida por él, se dilata en el tiempo. Pero cuando es manipulada su finalidad natural y se pone al servicio de fines antinaturales, se vuelve contra el hombre mismo. La naturaleza no se deja hurtar ni manipular fácilmente. Tiene un sentido y una finalidad y hemos de respetarlos. Cuando éstos se quebrantan, se resquebraja también el sujeto total.

Acaso estos experimentos no tengan más que la significación de que determinadas situaciones vitales repetidas de continuo, originan un *stress* específico, que produciendo sustancias hormonales específicas —que actuarían continuamente— inducirían un determinado y específico tipo de lesiones.

Tal vez lo que el organismo necesite para la homeóstasis preventiva del infarto sea no renunciar a todos los tipos de *stress* —cosa, por otra parte, imposible—, sino admitir en su seno la exposición a *stress* muy diferentes, de forma que actúen proporcional o cíclicamente las distintas sustancias hormonales que aquéllos connotan.

Por ello, toda esta patología, de algún modo, es una patología del mal uso de la libertad. De la libertad del hombre, que puede ir contra sus propios recursos biológicos y conservadores de la vida, poniéndolos al servicio de fines bastardos, sean éstos el éxito o las pasiones egotistas de cualquier género, cuya misión no es otra, en el fondo que la de entronizar al yo, alimentando así la vivencia de los falsos trascendentalismos.

Cuando el desarrollo armónico del ser impera a un *stress* específico para una determinada actividad, sucede otro también específico pero de distinta clase, y la homeóstasis interna disfruta de ese reciclaje natural, salvador y específicamente humano. Se previenen de esta forma los desajustes por agotamiento. Cada actividad distinta supone un descanso eficaz. En cierto modo, lo que se propondría el hombre sería cambiar de vez en cuando la posición de las ruedas de su motor funcional, para que siempre estén en marcha las mismas y oponerse así a un desgaste repentino.

Agrupamos en el siguiente esquema lo que puede suponer en distintos sectores de la economía humana la vida rutinaria bajo la acción de situaciones stressantes monótonas.

ESQUEMA IV

LAS SITUACIONES VITALES RUTINARIAS Y STRESANTES

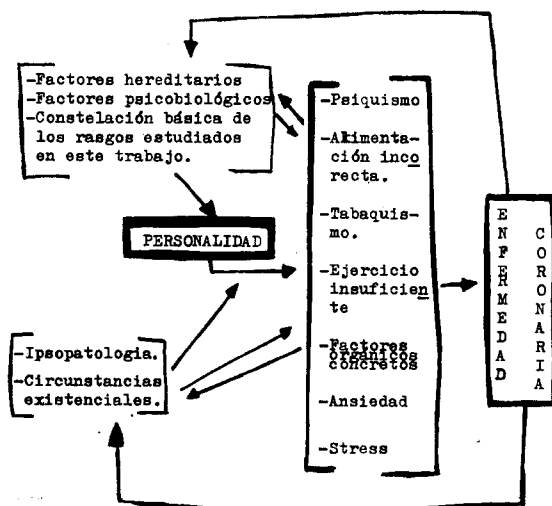
Stress A.	Conflictos A perma- nentes.	Motivación única y permanente.
Sustancias A liberadas por el Stress A.	Sentimientos A perma- nentes.	Renuncia a los demás valores.
Agotamiento del ser biológico en aquella faceta.	Weltanschauung esco- tomizada.	Monopolio insuficiente del sentido vital.

No contradice, sin embargo, esta experiencia el hecho de la muerte repentina ante la exposición súbita de la vida humana a un *stress* poco frecuente. Aunque estos casos sean poco frecuentes, su interpretación podría sugerirnos la excepción que confirmaría precisamente esta teoría experimental.

El hombre, animal que también sabe vivir de múltiples deseos, está forzosamente vocado a la búsqueda de la plenitud en áreas muy distintas de su horizonte existencial. Cuando en este horizonte se minimizan aquellas posibilidades hasta el extremo de empobrecerlas en una sola variante, el ser queda atascado y sumiso al único objetivo perseguido. La biología misma protesta entonces ante ese dejarse hurtar lo que por naturaleza está forzado a ser.

Desarrollo armónico de la personalidad y compromiso práctico de la vida y de la salud como posibilidades abiertas, parecen estrecharse la mano en un momento que quizá pudiera calificarse de estético.

A continuación reproducimos un esquema personal sobre la intervención de los distintos factores en la producción de la enfermedad coronaria.



Esquema del autor, fundamentado en el de F. Labhardt (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Basilea. Prof. Dr. P. Kielholz).

CAPÍTULO IV.—EXPOSICION COMENTADA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRA CASUISTICA

1. RESONANCIA VEGETATIVA AL STRESS

Para tratar de investigar las *percepciones de las reacciones fisiológicas al stress*, hemos usado el cuestionario de percepciones somáticas (*Somatic Perception Questionnaire: SPQ*) de Robert M. Stern y Higgins, siguiendo la versión modificada de los autores publicada en 1971, cuya comunicación personal nos la envió Stern en agosto de 1970, y que modificaba la empleada por ellos en 1968.

Se trata de una traducción relativa a la autopercepción de las resonancias del sistema nervioso autónomo a través de la sensibilidad biológica de los sistemas de repuesto situados en el extremo biológico-perceptivo del *feed-back* stressante. Después de los cambios operados por sus creadores nos hemos circunscrito al estudio en nuestra casuística de los siete síntomas siguientes, que se reúnen en tríadas, según fueron auto-observados por nuestros pacientes en el curso del último año anterior al infarto y cuyos resultados aparecen expuestos en la tabla siguiente:

TABLA III
RESONANCIAS VEGETATIVAS DEL STRESS

Fenómenos autoevaluados Intensidad del fenómeno percibido	Número de enfermos			Total
	Leve	Moderado	Agudo	
I.-Sweating palms and body sweating	3	8	8	19
II.-Lump in throat, cold, hands, and frequent urination	2	8	9	19
III.-Increased heart rate, and aware of heart	1	12	6	19

Resultados obtenidos de la aplicación del SPQ de Robert Stern y Higgins en nuestra casuística.

(Cfr. Frank J. Landy and Robert M. Stern: "Factor analysis of a somatic perception questionnaire", en *Journal of Psychosomatic Research*, Val. 15, págs. 179-181. Pergamon Press, 1971). Tal vez pudiera adoptarse este criterio —sumado a otros que más adelante comentaremos— en forma de cuestionario que facilitase una cierta predicción en relación con la candidatura del infarto.

Una prueba no valorada en el presente estudio (no la hemos incluido aquí porque sólo a un número proporcionalmente bajo de nuestros pacientes se les efectuó estos estudios, no teniendo aún validez concluyente), pero que estamos seguros se revelaría muy eficaz, sería el tener en cuenta los resultados obtenidos por la moderna trombología, así como por la analítica de los factores de la coagulación, el trombograma, etc.

TABLA V
ANALISIS DE LAS ACTITUDES Y DE LA DISTRIBUCION LABORAL, ENCONTRADAS EN NUESTRA CASUISTICA

	Menos de 8 horas	Entre 8 y 10	Más de 10 horas
I.-Horas/día de trabajo y Núm. de enfermos	7	5	7

TABLA IV: CORRELACION DIACRONICA - SINCRONICA ENTRE LOS DISTINTOS FACTORES ESTUDIADOS Y LAS TRADICIONALES FASES DEL STRESS

STRESS (Fases)	1.ª ALARMA	2.ª RESISTENCIA	3.ª AGOTAMIENTO
PATOLOGIA EXISTENCIAL DE LA AUTOAGRESION (Fases)	RESISTENCIA A LA ESTIMULACION EXISTENCIAL CONTINUADA	SUMISION	PREINFARTO → INFARTO (Entrega a la enfermedad).
RESONANCIAS VEGETATIVAS AL STRESS (Véase Tabla III)	Leve	Moderada	Aguda
RESPUESTAS PSICOSOMATICAS CONCOMITANTES	<ul style="list-style-type: none"> — Molestias gástricas — Taquicardia — Hipotermia — Tensiones musculares 	<ul style="list-style-type: none"> — Insomnio — Disminución del apetito — Irritabilidad — Excitabilidad aumentada 	<ul style="list-style-type: none"> — Palpitaciones, extrasistoles, hipertensión — Molestias precordiales — Sudor frío y cianosis — En ocasiones, manifestaciones de amigdalitis, curvas diabéticas, enfermedad reumática y cuadro ulceroso.
<p>Análisis factorial de otras manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. — Capacidad de reacción 2. — Capacidad de aceptación del reto de la propia vida. 3. — Intensidad del esfuerzo hasta entonces sin precedentes. 4. — Afán competitivo personal. 5. — Rendimiento profesional. 	<p style="text-align: center;">+ + +</p> <p style="text-align: center;">+ + +</p> <p style="text-align: center;">+ +</p> <p style="text-align: center;">+ +</p> <p style="text-align: center;">+ +</p>	<p style="text-align: center;">+ + +</p> <p style="text-align: center;">+ + + +</p> <p style="text-align: center;">+ + +</p> <p style="text-align: center;">+ + + +</p> <p style="text-align: center;">+ + + +</p>	<p style="text-align: center;">+ / —</p> <p style="text-align: center;">+ / —</p> <p style="text-align: center;">+ / —</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">—</p>

lo que consigue
con una sola
prescripción

FRENESPAN®

acción
espasmolítica analgésica

MÁS POR SU COMPONENTE AMO*

acción antiemética

acción peristaltógena

acción relajante
del esfínter de Oddi

COMPRIMIDOS:

Cada comprimido contiene:
N₁(4-acetilamido-5-cloro-2-metoxi)
benzoil-N₂, N₂-dietil-etilendiamina
N₂-óxido** 14 mg.
Butil-bromuro de Hioscina 10 mg.
L-Pir-353* 70 mg.
Benzosulfimida sódica 5 mg.
Excipiente idóneo c.s.

SUSPENSION:

Cada 100 c.c. de suspensión contienen:
N₁(4-acetilamido-5-cloro-2-metoxi)
benzoil-N₂, N₂-dietil-etilendiamina
N₂-óxido** 140 mg.
Butil-bromuro de Hioscina 100 mg.
L-Pir-353* 700 mg.
Benzosulfimida sódica 66 mg.
Excipiente idóneo c.s.

INYECTABLES:

Cada inyectable contiene:
N₁(4-acetilamido-5-cloro-2-metoxi)
benzoil-N₂, N₂-dietil-etilendiamina
N₂-óxido** 20 mg.
Butil-bromuro de Hioscina 20 mg.
Dipirona magnésica 1000 mg.
Excipiente idóneo c.s.

SUPOSITORIOS:

Cada supositorio contiene:
N₁(4-acetilamido-5-cloro-2-metoxi)benzoil-N₂, N₂-dietil-
etilendiamina N₂-óxido** 25 mg.
Butil-bromuro de Hioscina 15 mg.
Dipirona magnésica 600 mg.
Excipiente idóneo c.s.

* (Nombre genérico AMO)
* Productos patentados

Laboratorios Miquel, S/A. Viladomat, 71
Barcelona-15 (España)

	Normal (vivido como relajación)	Excesivo y tendente a lo patológico	Crónico e intenso
6. — Cansancio, fatiga ..	+ +	+ + +	+ +
7. — Tensiones y conflictos. (Vease Tabla VI).	+ +	+ + +	+ + (vivos como ineficaces)
8. — Uso de estimulantes. (Vease Tabla VII)	+ / -	+ + +	+ + +
9. — Desasosiego interior.	+ (vida como prisa)	+ + + (vida como utilitarismo trascendente)	+ + + (flotante, libre y constante)
10. — Ansiedad.	+ / -	+ + +	+ + +
11. — Irritabilidad, inestabilidad e impulsión.	-	+ + +	+ + +
12. — Intransigencia frente a la amenaza de su autonomía por una enfermedad.	-	+ / -	+ + +

Los enfermos se quejan de:

- Falta de reflejos.
- Pérdida de memoria.
- Incapacidad para concentrarse.
- Aburrimiento.
- Imposibilidad de emplearse eficazmente en algo.

Al fundamentar nuestras investigaciones en una casuística de tan corto alcance se hace fácil comprender que bastantes de los aspectos aquí correlacionados no sean tan exactos como aparecen en esta tabla. Sin embargo, su interés indicativo y la posibilidad de comprobación en otros trabajos posteriores, aconsejaba incluirlos en este estudio.

II.-Horas/día en que está sentado	6-8	8-10	Más de 10	
Núm. de enfermos	10	5	4	
III.-Horas/día sueño	8	6-8	Menos de 6	
Núm. de enfermos	4	9	6	
IV.-Pluriempleo ¹		SI	NO	
Núm. de enfermos		14	5	
V.-Kms./semana recorridos en automóvil por ciudad o carretera, conduciendo el paciente	0-200	200-400	400-600	Más de 600
Núm. de enfermos	5	3	8	3
VI.-Hobbies deportivos		SI	NO	
Núm. de enfermos		6	13	

El estudio detenido de los datos recogidos en la Tabla V, tal vez podría sugerir al médico general y al cardiólogo una perspectiva interesante desde donde contemplar la enfermedad coronaria. Donde acaso se manifieste más eficaz es a la hora de la rehabilitación de los enfermos y en el momento preciso de facilitar unos consejos encaminados a la prevención de esta enfermedad.

Un análisis periférico de esta tabla nos invita a reconsiderar los datos siguientes, de tanta importancia:

- Obsérvese el apretado horario de trabajo, sobre todo si se considera la proporción abundante de enfermos que han hecho uso del pluriempleo: aproximadamente un 75 % en nuestra casuística.
- Las horas de sueño también escasean, sobre todo si tenemos en cuenta el cansancio asociado a tanto esfuerzo, lo que exigiría para ser reparado casi un incremento del 25 % del tiempo dedicado al descanso nocturno.
- El número de kilómetros recorridos cada semana, siendo conductor del vehículo el propio enfermo —con todo lo que supone de riesgos, ansiedades y cansancios—, lo que también parece ser un dato significativo. Más significativo resulta aún, si lo relacionamos con las muchas horas diarias que soportan en una postura sedentaria, y con la escasez de *hobbies* deportivos, que tanto bien podrían producir en estos enfermos.

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN DE LOS CONFLICTOS FAMILIARES Y LABORALES EN LOS ENFERMOS ESTUDIADOS

S E X O	Conflictos familiares	Conflictos laborales
Varones	8	12
Hembras	2	1
TOTAL	10	13

1. Admitimos por *pluriempleo* el caso del sujeto que trabaja: a) en más de dos sitios distintos; b) con dedicaciones horarias casi contiguas; c) con contenidos laborales distintos, y d) que exigen una cierta urgencia resolutive. Basta que falten dos de las condiciones apuntadas para que no sean valorados como pluriesempleistas.

Obsérvese la escasa diferencia entre los datos acumulados en una y otra área. Es probable que ambos estén interrelacionados, de modo que arrancando lo conflictivo en una de ellas invade —según un proceso de generalización a que ya nos referimos— la otra y ésta a su vez influye en aquélla.

TABLA VII
USO Y ABUSO DE ESTIMULANTES ENCONTRADO EN LOS ENFERMOS DE ESTA CASUÍSTICA

SEXO	ESTIMULANTES		
	Tabaco ¹	Alcohol ²	Café ³
Varones	14	6	9
Hembras	1	—	3
TOTALES	15	6	12

Entrea los estimulantes que llamaríamos vulgares, sorprende la frecuencia con que se usa del tabaco y del café —y esto a pesar de haber limitado la aplicación de estas categorías según la cantidad consumida—, lo que equivale en nuestra casuística a un 78 % y 63 %, respectivamente.

No hemos incluido en este apartado el estudio del consumo de medicamentos estimulantes, por resultar difícil valorarlo en estos enfermos, fácilmente olvidadizos para acordarse del nombre del producto, dosis, etc., además de que la casuística nos pareció, en ese aspecto, demasiado pobre.

TABLA VIII
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS, SEGUN LAS DISTINTAS PROFESIONES EJERCIDAS Y EL SEXO

SEXO	Adminis- trativos	Profesiones libres	Empre- sarios	Otros
Varones	4	5	3	4
Hembras	1	—	—	2
TOTALES	5	5	3	6

Podría ser concluyente el que la desigualdad laboral de la mujer justificase así la menor frecuencia con que ésta enferma. Acaso también influya el hecho de que, por lo general, la mujer realiza más ejercicio físico durante su trabajo.

De todas formas, nos parece que la enfermedad coronaria no tenga afinidad por ciertas profesiones, como hasta la actualidad se venía sosteniendo.

Por el contrario, parece haberse iniciado el desplazamiento de esta epidemiología patológica desde los empresarios hacia aquellos otros dedicados al ejercicio de profesiones liberales. Si observamos la distribución

1. Más de una cajetilla de cigarrillos al día.

2. En este caso hemos aplicado el criterio contenido en A. POLAINO-LORENTE: *Dimensiones epidemiológicas y psicológicas de los alcoholismos en Sevilla*. Secretaría de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla, 1972.

3. Hemos considerado sólo a los que tomaban más de tres cafés diarios.

de los enfermos, según su adscripción a las distintas profesiones ejercidas, constataremos que la proporción alcanzada en cualquiera de ellas resulta bastante homologable a la obtenida en las restantes.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F.: "Psychosomatische Medizin" (deutsch). Walter de Gruyter & Co., Berlin, 1951.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Fundamentos de la Psiquiatría actual". Dos tomos. Paz-Montalvo. Madrid, 1968.
- AUZEPY, P.; LOCKHART et coll.: "L'angine de poitrine spontanée. Etude clinique et électrique de 195 observations de crises brèves". *Bull. Men. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 113: 209, 1962.
- BINSWANGER, L.: "Grudformen und Erkenntnis-menschlichen Daseins". Zürich, 1942.
- "Traum und Existenz". Berna, 1946.
- "Ueber Phänomenologie". Franke Ed. Berna, 1955.
- "Análisis existencial y psicoterapia". Zürich, 1956.
- BOLLNOW, Otto F.: "Filosofía de la existencia". Ed. *Revista de Occidente*. Madrid, 1954.
- BOSS MEDARD: "Psicoanálisis y analítica existencial". Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1958.
- BRAUTICAN, W.: "La psicoterapia en su aspecto antropológico". Ed. *Gre-dos*. Madrid, 1964; pág. 62 y ss.
- BUBER MARTIN: "Urdistaur und Beziehung". Heidelberg, 1951.
- "Das Problem des Menschen". Heidelberg, 1954.
- BÜCHNER, F.: "Cuerpo y espíritu en la Medicina actual". Ed. *Rialp*. Madrid, 1969; pág. 205 y ss.
- CATTELL, R. B.: "The meaning and strategic use of factor analysis. In Handbook of Multivariate Experimental Psychology" (Edited by R. B. Cattell). Rand-McNally. Chicago, 1966.
- CLEVELAND, S. E. et JOHNSON, D. L.: "Personality patterns in young males with coronary disease". *Psychosomatic Med.* 24: 600, 1962.
- COURVOISIER, S.; FOURNEL, J.; DUCROT, R.; KORSKY, M. et KOETSCHET, P.: "Propriétés pharmacodynamique de chlorhydrate de chlor 3 (diméthylamino-3-propyl)-10 phénothiazine (4560 RP)". *Arch. Inyernat. Pharm. et Thérap.*, 92 (fasc. 3-4), 305-361, 1953.
- CHALMERS, D. V. & STERN, R. M.: "Voluntary control of autonomic responses: External feedback and perceived reactivity". Unpublished manuscript. *Psychology Dept.* Pennsylvania State University (1970).
- CHAPMAN, I.: "Relationship of recent coronary occlusion and myocardial infarction". *J. Mount Sinai Hosp.*, 35, 149, 1968.
- CHRISTIAN, P.: "Risikofaktoren und Risikopersonlichkeit beim Herzinfarkt". *Verh. Dtsch. Ges. Kreisf. Forsch.*, 32. Tag, págs. 97-107 (1966).
- DAWBER, T. R.: "The epidemiological of coronary heart disease". Symp. on Arteriosclerosis. Oktober, 1961. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 55: 265-271 (1962).
- DELL, P. C.: "Some basic mechanism of the translation of bodily needs into behaviour". Ciba Foundation: Symposium on the Neurological Basis of Behaviour. Londres, 1958; págs. 187-203.
- DUNBAR, F.: "Emotions and Bodily Changes". Columbia University Press, 1947.

- "Psychosomatic diagnosis". Hoeber Ed. New York, 1945.
- DURON, B. et TASSINARI, C. A.: "La respiration au cours du sommeil chez l'homme". *Presse Med.* 74: 2208, 1966.
- EDWARDS, J. B.: "What is Myocardial Infarction?" *Circulation*, Sup. 4; pág. 5, 1969.
- EPSTEIN, G.: "The epidemiology of coronary heart disease: a review". *J. Chron. Dis.* 18: 735 (1965).
- "Epidemiologic studies of cardiovascular disease in a total community". Tecumseh, Michigan. *Ann. Inter. Med.* 62: 1170 (1965).
- FASOLI, A.; BINDA, G. et PRIORE, P.: "L'iproniazide nel trattamento della angina pectoris: ricerche cliniche con la sperimentazione a doppia cecita". *Malattie Cardiovascolari*, 3: 551 (1962).
- FRIEDBERG, C. K.: "Physical effort and emotion in acute coronary thrombosis". *Circulation*, 27: 855 (1963).
- "Diseases of the heart". 3ième édit. W. B. Saunders Co. édit. Philadelphia et Londres.
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. & BYERS, S. O.: "Deranged cholesterol metabolism and its possible relationship to atherosclerosis: a review". *J. Geront.*, 10: 60-85 (1955).
- "Serum lipids and conjunctival circulation after fat ingestion in men exhibiting a (Type A) behaviour pattern". *Circulation*, 29: 874-886 (1964).
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H.; STRAUSS, R.; WURM, M. & KOSITCHEK, R.: "The relationship of behaviour pattern A to the state of the coronary vasculature. A study of fifty-one autopsy subjects". *Amer. J. Med.*, 44: 525-537 (1968).
- FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R. H.: "Comparison of fat intake of American men and women; possible relationship to incidence of clinical coronary artery disease". *Circulation*, 16: 339-347 (1957).
- "Association of a specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease". *J. Amer. Med. Ass.*, 169: 1286-1296 (1959).
- FRIEDMAN, M.; GEORGE, S. St.; BYERS, S. O. & ROSENMAN, R. H.: "Excretion of catecholamines, 17-ketosteroids, 17-hydroxycorticoids and 5-hydroxyindole in men exhibiting a particular behaviour pattern (A) associated with high incidence of clinical coronary artery disease". *J. Clin. Invest.*, 39: 758-764 (1960).
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. & BROWN, A. E.: "The continuous heart rate in men exhibiting an overt behaviour pattern associated with increased incidence of clinical coronary artery disease". *Circulation*, 28: 861-866 (1963).
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. & CARROLL, V.: "Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress". *Circulation*, 17: 852-861 (1958).
- FRY, D. L.: "Acute vascular endothelial changes associated with increased blood velocity gradients". *Circulation Res.*, 22: 165 (1968).
- FROMENT, R. et GONIN, A.: "Les angors coronariens intriqués". *Expansion Scientifique Française*, édit. Paris, 1956 (contenant quatre cents références et l'essentiel de la bibliographie antérieure à 1956).
- GLEHORN, E.: "The significance of the state of the central autonomic

- nervous system for quantitative and qualitative aspects of some cardiovascular reactions". *Am. Heart. J.*, 67: 106 (1964).
- GERTLER, M. M.: "Herzinfarkt. Gefahr und Verhütung". *Hippokrates*. Stuttgart, 1966.
- "Coronary heart disease in young adults". Harvard Univ. Press, 1954.
- GONIN, A.; BERGER, M.; MORNEX, P.; GRANDMOTTET, P. et PELLOUX, H.: "Effets thérapeutiques de l'iode radio-actif dans l'insuffisance cardiaque et coronaire. (Résultat, obtenus dans 36 essais personnels dont 26 avec plus de six mois de recul)". *Arch. Mal. Coeur.*, 53: 537-548 (1960).
- GORLIN, R.: "Pathophysiology of cardiac pain". *Circulation*, 32: 138-148 (1965).
- GOULD, S. E. (Ed.): "Pathology of the Heart". 2nd. ed. Thomas. Springfield, 1960.
- GROEN, J.; VALK, J. M.; van der TREURNIET, N.; Kits van HEYNINGEN, H.; PELSER, H. E. en WILDE, G. J. S.: "Het acute myocardinfarct, een psychosomatische studie". De Erven F. Bohn. Haarlem, 1965.
- GROOM, D.; MCKEE, E. E. and WERB, C. "A comparative study of coronary disease in Haitian and American Negroes". *Sth. Med. J.*, 52: 504-510 (1959).
- GUYTON, A. C.: "Textbook of Medical Physiology". Saunders. Philadelphia, 1961.
- HAHN, P.: "Eine Möglichkeit zur Darstellung des Infarktprofils". *Risikofaktoren und Risikopersonlichkeit* in graphischer Darstellung für die Einzelfallstudie. *Manuskript*, 1966.
- HAHN, P.; NÜSSEL, E. und STIELER, M.: "Psychosomatik und Epidemiologie des Herzinfarktes, Übersichtsreferat". *Z. Psychosom. Med.*, 12: 229-253 (1966).
- HARTWELL, A.; BURNETT, J.; GRAYBIEL, A. and WHITE, P. D.: "The effect of exercise on four commonly used drugs on the normal human electrocardiogram with particular reference to T-wave changes". *J. Clin. Invest.*, 21: 409 (1962).
- HAU, Th.: *Z. Psycho-som. Med.*, 10: 26 (1964).
- HEIDEGGER, M.: "Ueber den Humanismus". Frankfurt a. M., 1947.
- "Was heisst denken?". Tubingen, 1954.
- HEYDEN-STUCKI, S.: *Schweiz. Med. Wschr.*, 95: 1535 (1965).
- HOLLANDER, J. L.: "Arthritis and Allied Conditions. A Textbook of Rheumatology". 6th. ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1960.
- HOME, E.: "Life of John Hunter: In Classic descriptions of Disease". 4th ed.; págs. 423. Major, R. H.: Charles C. Thours, Ed. Springfield, III, 1955.
- HOCHREIN, M. und SCHLEICHER, L.: "Unternehmer-Krankheit". Stuttgart, 1953.
- HUSSAR, A. E.: "Coronary heart disease in chronic schizophrenic patients. A clinic-pathologic study". *Circulation*, 31: 919-929 (1965).
- JAMES, T. N.: "Anatomy of the coronary arteries and veins", en *The Heart*. Hurst & Logue McGraw-Hill, 1966.
- JASPERS, Karl: "Esencia y crítica de la Psicoterapia". Ed. Fabril. Buenos Aires.
- JOUBE, A.; DONGIER, M.; DELAAGE, M. et BARRABINO, J.: "Personnalité et stress dans la genèse de l'ischémie cardiaque (angor et infarctus)". *Arch. Mal. Coeur et Revue de L'Athérosclérose*, 2: 154 (1960).

- JOUVE, A. et DONGIER, M.: "Recherches psychosomatiques en cardiologie". III. Incidences thérapeutiques. *Presse Med.*, 70: 708 (1962).
- KAISER, H. F.: "The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis". *Psychometrika*, 23: 187 (1958).
- KOWAL, S. J.: "Emotions and angina pectoris. An historical review". *Am. J. of Card.*, 5: 421 (1960).
- LAIN ENTRALGO, P.: "El estado de enfermedad". Ed. Marfil. Madrid, 1968.
- LAUBRY, C. et SOULIE, P.: "Les maladies des coronaires". Masson et Cie, édit. Paris, 1950.
- LENEGRE, J. et GERBAUX, A.: "Le traitement de l'angine de poitrine par un nouvel I.M.A.O., l'isopropylhydrazide de l'acide p-chlorophénoxy-acétique (PC 603)". *Bull. Mem. oSc. Med. Hóp.*, 113: 1093 (1962).
- LEVINE, S. A.; ERNSTENE, A. C. and JACOBSON, B. M.: "The use of epinephrine as a diagnostic test for angina pectoris". *Arch. Int. Med.*, 45: 191 (1930).
- LIAN, C.: "L'angine de poitrine". Masson et Cie, édit. Paris, 1932.
- LOFTUS, T. A.; GOLD, H. and DUETHELM, O.: "Cardiac changes in the presence of intense emotion". *Am. J. Psych.*, 101: 697 (1944).
- LOPEZ IBOR, J. J.: "La idea del hombre en la biología moderna". en *Arbor*, t. XVIII, núm. 64, pág. 514. C.S.I.C., 1951.
- "Las neurosis como enfermedades del ánimo". Ed. Gredos. Madrid, 1966.
- MASTER, A. M.: "Incidence of acute coronary artery occlusion. A discussion of the factors responsible for its increase". *Am. Heart J.*, 33: 135 (1947).
- MERLEAU-PONTY: "Fenomenología de la percepción". F.E.C. México, 1957.
- "La Sstructure du Comportement". 4.^a ed., P.U.F., 1960; pág. 3, 196.
- MINC, S.: "Emotion and ischemic heart disease". *Am. Heart J.*, 73: 713, 1967.
- MITCHELL, J. M. and SHAPIRO, A. P.: "The relationship of adrenalin and T-wave changes in anxiety state". *Am. Heart J.*, 48: 323 (1954).
- MORGAN, C. T.: "Physiological Psychology". McGraw-Hill. New York, 1965.
- MORRIS, J. N.: "Recent history of coronary disease". *Lancet*, 1: 1-7 (1951).
- MUSTARM, J. F. and PACKHAM, M. A.: "Platelet function and Myocardial infarction". *Circulation*, Sup. 4: 20 (1969).
- NESTEL, P. J.; VERGHESE, A. and LOVELL, R. H.: "Catecholamine secretion and sympathetic nervous responses to emotion in men with and without angina pectoris". *Am. Heart J.*, 73: 227 (1967).
- NOWLIN, J. B.; TROYER, W. G.; COLLINS, W. S. and coll.: "The association of nocturnal angina pectoris with dreaming". *Ann. Int. Med.*, 63: 1040 (1965).
- OSBORNE, G. R.: "The incubation period of coronary thrombosis". London, 1963.
- OSLER, W.: "Angina pectoris". *Lancet*, 1: 697 (1910).
- OSTFELD, A. and others: "Prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease". *J. Chron. Dis.*, 17: 265 (1964).
- PAUL, O.: "Intractable Angina". *Progress in Cardiov.*, 6: 212 (1963).
- RAAB, W.: "Hormonal and Neurogenic Cardiovascular Disorders". Williams and Wilkins Co., Publ. Baltimore, 1953.
- RAAB, W. and KRZYWANEK, H. J.: "Cardiovascular sympathetic tone and

- stress response related to personality patterns and exercise habits A potential cardiac risk and screening test". *Am. J. Card.*, 16: 42 (1965).
- ROBINSON, B. F.: "Relation of heart rate and systolic blood pressure to the onset of pain in angina pectoris". *Circulation*, 35: 1073-2084 (1967).
- ROSENMAN, R. H. and FRIEDMAN, M.: "Association of specific behaviour pattern in women with blood and cardiovascular findings". *Circulation*, 24: 1173-1184 (1961).
- "Behaviour patterns, blood lipids and coronary heart disease". *J. Amer. Med. Ass.*, 184: 934-938 (1963).
- ROSENMAN, R. H.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WURM, M.; KOSITCHEK, R.; HAHN, W. and WERTHESEN, N. T. "A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Stud". *J. Amer. Med. Ass.*, 189: 15-26 (1964).
- ROSENMAN, R. H.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R. WURM, M.; JENKINS, C. D.; MESSINGER, H. and KOSITCHEK, R.: "Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: A follow-up experience of two years". *J. Amer. Med. Ass.*, 195: 86-92 (1966).
- ROSENMAN, R. H.; FRIEDMAN, M.; JENKINS, C. D.; STRAUS, R.; WURM, M. and KOSITCHEK, R.: "The prediction of immunity to coronary heart disease". *J. Amer. Med. Ass.*, 198: 1159-1162 (1966).
- RUSSEK, H. L.: "Relative significance of heredity, diet and occupational stress in coronary heart disease of young adults. Based on an analysis of 100 patients between the ages of 25 and 40 years, and a similar group of 100 normal control subjects". *Am. J. Med. Sc.*, 235: 266 (1958).
- SAPHIR, O.; OHRINGER, L. and SILVERSTONE, H.: "Coronary arteriosclerotic heart disease in younger age groups: its greater frequency in this group among increasingly older necropsy population". *Amer. J. Med. Sci.*, 231: 494-501 (1956).
- SCHOENMACKERS, J.: "Wie entsteht ein Eerzinfarkt?". *Deutsche Med. Wchnschr.*, 83: 2139 (1958).
- SELYE, H.: "The Pluricausal Cardiopathies". Charles C. Thomas Publ., Springfield, 1961.
- SHELDON, W. H. and STEVENS, S. S.: "The varieties of temperament. A psychology of constitutional differences". Harper and Row. New York, 1942.
- SIGLER, L. H.: "Abnormalities in the electrocardiogram induced by emotional strain. Possible mechanism and implications". *Am. J. of Card.*, 8: 6, 807 (1961).
- TALBOTT, J. H. and FERRANDIS, R. M.: "Collagen Diseases: Systemic Lupus Erythematosus, Polyarteritis Dermatomyositis. Systemic Scleroderma. Thrombotic Thrombocytopenic Purpura". Grune & Stratton. New York, 1956.
- WOLF, S.: "Psychosocial forces in myocardial infarction and sudden death". *Circulation*, Sup. 4: 74 (1969).
- WEISACKER, V. von: "Los conceptos fundamentales de la investigación". En *Arbor*, tomo XVIII, núm. 61, 1951, pág. 59, CSIC.
- YUDKIN, J.: "Diet and coronary Thrombosis. Hypothesis and fact". *Lancet*, 11: 155-162 (1957).
- ZETTERBERG, H. L.: "On Theory and Verification in Sociology". N. Y. The Bedminster Press, 1965.