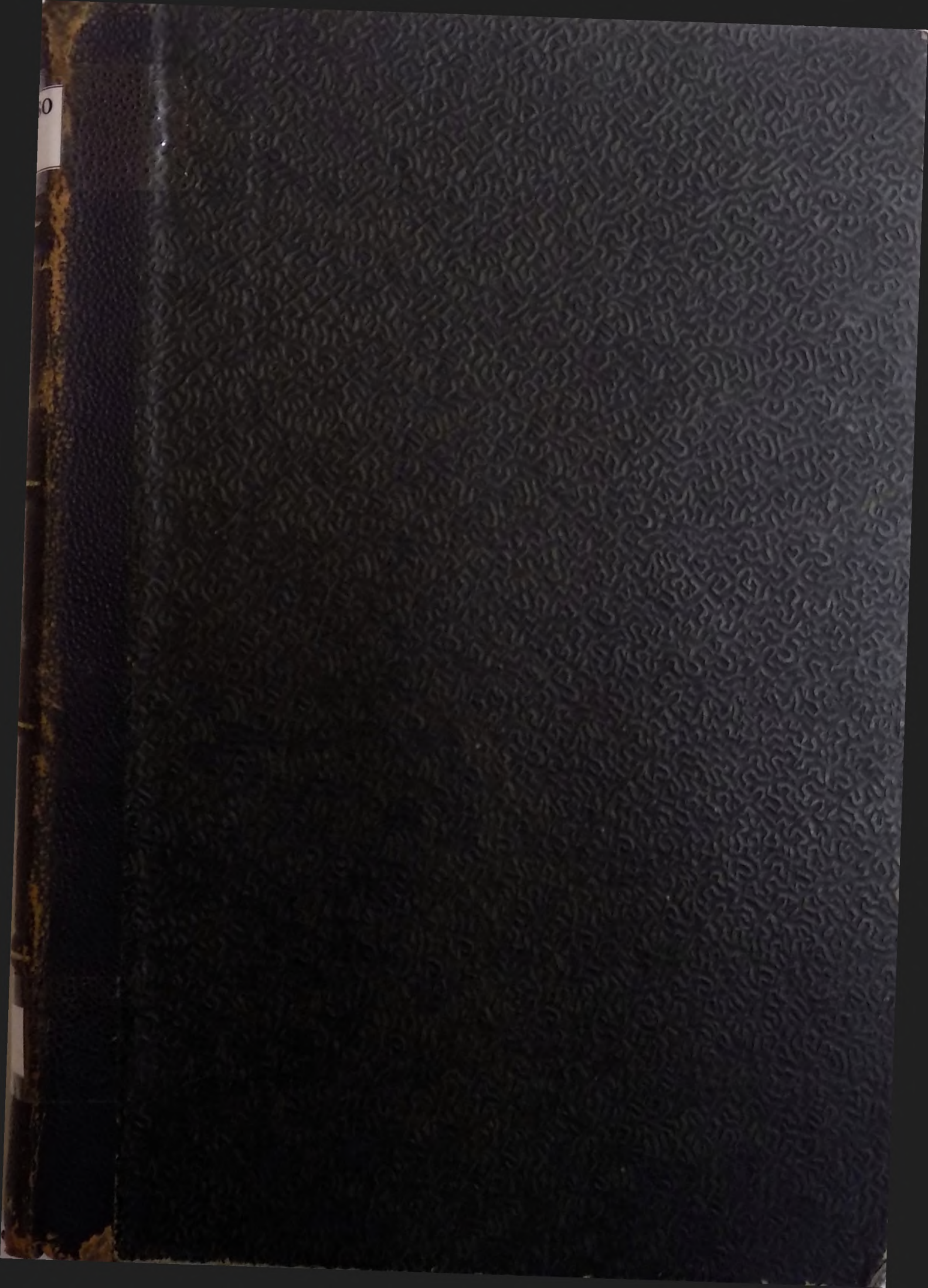




ISIDRO MAS DE AYALA

PROFESOR LIBRE DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

*Para la Biblioteca de la Facultad
de Medicina de Montevideo.*

Homenaje de Isidro Mas de Ayl.

1949.

PSIQUIS Y SOMA EN LAS ENFERMEDADES

MEDICINA PSICOSOMÁTICA
Y SOMATOPSÍQUICA

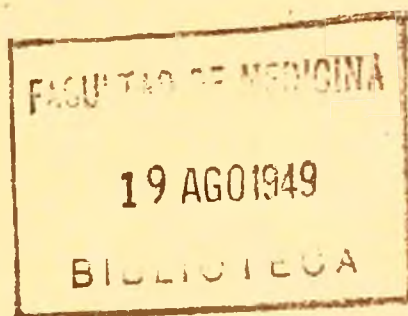
075980

LIBRERÍA Y EDITORIAL "EL ATENEO"

FLORIDA, 344 — CÓRDOBA, 2099 — BUENOS AIRES

1949
MAS
22.9.

Reparado



Sócrates refiere:

"... Habló el tracio: Pero Zamolxis, nuestro rey, que es un dios, dice: así como no debiera intentarse curar los ojos, descuidando la cabeza, ni ésta sin atender a todo el cuerpo, así también es posible curar el cuerpo sin tratar el alma. Ésta sería también la causa de que entre los helenos los médicos se sintieran impotentes ante la mayoría de las enfermedades, pues ignoraban la totalidad a la cual debían apuntar sus cuidados, ya que hallándose mal ésta es imposible que una parte se sienta bien. Pues todo, añadió, procede del alma, lo bueno y lo malo, e irradiaba de allí al cuerpo y a todo el hombre... Aquélla es, pues, lo que precisa tratar primero y más cuidadosamente... Pero el alma, dijo, se trata mediante ciertos diálogos."

PLATÓN.
Diálogo Cármides.

LAS DOS VERTIENTES DE LA MEDICINA

LAS CIENCIAS AL FINAL DEL SIGLO XIX

Si hubiera que encontrar una denominación que expresara el espíritu que animaba a las ciencias al terminar el pasado siglo, habría que decir que fué entonces la era de las *ciencias naturales*, a tal punto la física, la química, la anatomía, la historia natural y la astronomía alcanzaron en esa época un considerable desarrollo.

La Historia Natural, que con Cuvier había dado sus primeros pasos firmes, tuvo propulsores de singular valor en Saint-Hilaire, Lamarck, Agassiz y, finalmente, Darwin intentando desvelar con su transformismo el misterio del origen del hombre.

Otro tanto ocurrió con la Física que, ya terminado el estudio de la Estática, la Óptica y la Mecánica, abordaba la Electricidad y preparaba el camino para la Radioactividad, que cerraría el siglo con descubrimientos que enorgullecerían al hombre.

La Astronomía iba entregando uno a uno sus secretos al telescopio, a la espectroscopia y al cálculo infinitesimal. Neptuno había surgido de las sombras; se conocía ya al detalle el número de todos los satélites planetarios y se sabía cuántos años empleaba para llegar hasta nosotros la luz de un asteroide de la Constelación de Capricornio.

Lavoisier, por su parte, había introducido el empleo de la balanza en el estudio de los fenómenos químicos, llegando así a formular leyes y principios que fundaron la Química, a cuyo desarrollo contribuirían luego en tan alto grado Gay Lussac, Dalton, Dumas, Berthelot, Davy.

En este reinado del número —pues todos los descubrimientos e inventos podrían reducirse al común denominador de las cifras:

gramos, segundos, metros— análogo desarrollo tomaron las restantes ciencias. Los talentos más brillantes del siglo fueron así en su totalidad sabios de las ciencias naturales y la físico-química: von Humboldt, Davy, Faraday, Lyell, Herschell, Lord Kelvin, Edison, Curie, Marconi.

Y hasta la misma Filosofía —como una reacción a las abstracciones metafísicas de los neokantianos— se hallaba bajo el imperio de lo medible, lo objetivo, lo sensible. El Positivismo de Augusto Comte, en auge en toda la mitad del siglo XIX, basa la Filosofía en leyes concretas, orgánicas, que comprenden a las ciencias y también a la sociedad, y en las que todo tiene un orden y una jerarquía.

La Medicina, naturalmente, no podía hacer excepción a la tendencia universal y se convirtió en una ciencia natural basada en la aplicación de la física y la química al organismo vivo. Los mejores descubrimientos que entonces se realizan proceden de esa orientación físico-química. La *aplicación del microscopio* y el *descubrimiento de la célula* que entonces tienen lugar, condujeron a un concepto orgánico y de localización para las enfermedades. Virchow, cuya obra en tal sentido fué tan vasta e influyente, sostuvo que no existen enfermedades generales, sino sólo enfermedades de los órganos y de las células. La patología celular, atomista, parcial, quedó así convertida en un dogma. El *descubrimiento de los microbios* realizado por Pasteur, y el desarrollo que de inmediato alcanzó la *bacteriología*, contribuyeron a confirmar tal postulado; y no hubo dudas, desde entonces, que las causas de las enfermedades consistían en las alteraciones patológicas locales de los tejidos.

No escaparon a tal concepto materialista ni aquellos géneros de investigaciones que —como la Psicología— podían haber sostenido los derechos tan olvidados de la vida anímica del ser humano. La Psicología se hizo, ella también, experimental. Fechner, Weber, Wundt, crearon laboratorios donde se intentaba diseccionar en partes la personalidad humana y realmente sólo se estudiaba la fisiología de los sentidos. Mediante aparatos mecánicos: cilindros registradores, cronómetros, tambores de Marey, se desarrolló una psicología de la visión, de la audición, del sentido del tacto, de la atención, en la que todo aparecía reducido a números, a grados, a fracciones de segundo.

La Medicina, imbuida de ciencias naturales, consideró al ser vivo como una *máquina físico-química*. Al mismo tiempo, el espíritu detallista y parcelario le hizo olvidar lo general por lo par-

ticular, lo anímico por lo orgánico, el todo por la parte y, muchas veces, las causas por los efectos. La profesión de fe física con que se iniciaba el siglo XX era tan grande y general que pudo entonces tener como su formulación más precisa aquella frase de Galileo: "Mide todo lo medible, y lo que no lo sea hazlo mensurable".

LA MEDICINA EN EL COMIENZO DEL SIGLO XX

En los estudios médicos todo concurría para darle al futuro profesional una mentalidad marcadamente organicista. Ya desde los primeros años de Facultad, el estudio excesivamente minucioso y prolongado de la Anatomía le deja la marca —de la que ya le será difícil librarse— de ese concepto organicista, que apoyarán luego más decididamente la histología, la anatomía patológica, y que le conducirán en lo sucesivo a pensar —con la lógica de un silogismo— que siempre que hay un dolor o una enfermedad existe un tumor, una lesión, una alteración física de un órgano.

Ese criterio anatómico y particularizador, que prima en el médico, obedece principalmente a que el estudio del ser humano comienza por la célula. Se le dice entonces al estudiante: "Y en el principio era la célula" —esto es, la parte, lo separado, lo independiente—, en lugar de decirle: "Y en el principio fué el todo"; es decir, la totalidad armónica, la unidad funcional, el ser total e indivisible.

Tal error emana del hecho de haber confundido la enseñanza de la ciencia con su realidad; y se ha considerado así que tenía existencia verdadera el esquema didáctico del pedagogo. Éste, a los efectos de facilitar la enseñanza, dividió la realidad en esquemas (órganos, aparatos, funciones artificialmente independientes). Pero, ya aprendida la lección, y debiendo poner en práctica la ciencia adquirida, el técnico ha seguido manejando aquellos esquemas y creyendo en esa división de funciones que obedecía sólo a razones didácticas. Que es como si el astrónomo creyera que tienen existencia real en la esfera celeste ese cuadrículado que pone en la lente de su telescopio para dividir en partes el cielo y metodizar su estudio.

Se había dividido, pues, al cuerpo humano y también a su psiquis en partes, y se desarrolló así una medicina analítica, particularista, olvidando que del estudio exclusivo de las partes nunca puede ser interpretado el todo, y que *las partes sólo pueden ser comprendidas cabalmente después de conocerse el significado del todo*.

No es azar que entonces los mejores talentos médicos a quienes insatisficaban las explicaciones localistas y parcelares, se orientaran hacia dos campos de la medicina que entonces llegaron a su auge: la *neurología* y la *endocrinología*. Veamos las razones.

La unidad del organismo se expresa con claridad y evidencia en las funciones del sistema nervioso. Todas las partes del cuerpo están conectadas, directa o indirectamente, con un sistema central de control y de gobierno, que es justamente el sistema nervioso. La neurología, mejor que otra especialidad de la medicina, comprende que, como lo dice Cohen, los órganos no son en modo alguno "partes", sino que una formación sólo se convierte en "órgano" cuando se halla integrando un sistema orgánico.

Por las mismas razones puede explicarse el entusiasmo con que se recibió a la teoría de las secreciones internas. La Endocrinología venía a satisfacer esa necesidad de *causas generales* que sentía el pensamiento médico. El descubrimiento de las glándulas de secreción interna, su acción como sistema regulador central y general, y, por otra parte, la insatisfacción y poca eficacia de los tratamientos locales, explican el auge que obtuvo rápidamente la endocrinología, puesto que ella podía explicar las causas generales y las razones de la armonía interfuncional.

Empero, la vida anímica de los enfermos continuaba ausente de la consideración de los médicos e investigadores. No es extraño ello si se recuerda que la fisiología materialista que servía de base a la medicina, hacía experimentos con seres narcotizados y con animales descerebrados.

EL DESAMPARO DE LOS NEURÓTICOS

La medicina de comienzos de siglo, enorgullecida por los progresos técnicos y sus comprobaciones anatómicas y bacteriológicas, no advirtió que había toda una categoría de enfermos, que sumaban una legión, los cuales no presentaban órganos lesionados ni focos con alteraciones tisulares y, sin embargo, sufrían a la par de los orgánicos. Estos enfermos, denominados "nerviosos", hipocondríacos, imaginarios, y que hoy se les reconoce con el nombre de neuróticos, no eran considerados enfermos por la ciencia médica. Por otra parte, los alienistas no veían a esta clase de pacientes, pues no son alienados y no concurren a los manicomios.

Cuando se leen los múltiples libros de historia de la medicina, sorprende advertir que sus autores no logran explicarse el auge que en todo tiempo han tenido las doctrinas espectaculares y mis-

teriosas. Se ha olvidado ya el éxito extraordinario alcanzado hace un siglo y medio por Mesmer y su experiencias colectivas de magnetismo, cuya difusión no fué menor que la que en los tiempos actuales tiene la Christian Science. Y entre uno y otro movimiento igualmente colectivo estuvo la boga y extensión del hipnotismo propulsado éste hasta por neurólogos eminentes como Charcot.

Todos estos sistemas misteriosos han tenido en todo tiempo un público numeroso y devoto. La explicación está dada por el olvido que la medicina oficial tenía por la vida anímica de los pacientes. Los enfermos hipocondríacos, neurasténicos, fóbicos, ansiosos, que la moderna medicina denomina neuróticos, no eran atendidos por los médicos, y hasta muchas veces eran corridos de los consultorios y de las salas del hospital como huéspedes indeseables que iban a hacer perder el tiempo. El examen físico de estos pacientes no comprobaba trastornos objetivos. Se les repetía: "Usted no tiene nada", ignorando que quien no tiene nada no concurre a los consultorios médicos.

Esas legiones de enfermos sin lesión, rechazados por la medicina oficial, sirvieron de coro complaciente, y a menudo encomiástico, a charlatanes, hechiceros y gentes inescrupulosas que explotaban la insatisfacción en que se hallaban tales pacientes en su deseo de atención médica y su necesidad de un lenguaje psicológico. Todo método nuevo, sea cual fuera su grado de seriedad, ha contado siempre a su favor con la ilusión y la esperanza de esas masas de neuróticos desamparados de toda terapéutica y mirados por los médicos con desaprobación, reproche y hasta con desprecio compasivo.

LLEGA SEGISMUNDO FREUD

No hay efecto sin causa. Cuando un fenómeno, tanto físico como psíquico o social, se produce, es porque estaban presentes y actuantes los factores necesarios para su impostergable realización. La rápida fortuna lograda por el psicoanálisis y su vertiginosa difusión fueron posibles, sin duda alguna, porque llegó en su instante oportuno para llenar las grandes lagunas que tenía el concepto físicoquímico de la medicina de fines del siglo XIX y su errónea consideración del organismo vivo sólo como un mecanismo de reflejos y actitudes fisiológicas.

Constituyó uno de los grandes méritos de la doctrina psicoanalista su punto de vista general, unitario y total, que le desti-

naba a ser recibida hasta con entusiasmo por todos aquellos a quienes insatisfacía aquel concepto anatómico, analítico y unilateral de la medicina clásica. El paciente, como lo dice Alexander, es entonces considerado como un ser humano, con *sus preocupaciones, sus temores, sus esperanzas, sus desesperaciones*, como un todo indivisible (lo dice la palabra individuo: no dividido) y no sólo como un portador de órganos, de un hígado o estómago enfermo.

Tomando así en cuenta los problemas conflictuales de cada individuo y su situación en la vida —además de los elementos constitucionales de su personalidad— pudo el psicoanálisis aclarar la causa de la enfermedad en los psiconeuróticos, que constituyen, sin duda, la mayoría de los pacientes, y para quienes la medicina somática y focalista no tenía ni una explicación satisfactoria ni elementos terapéuticos que los beneficiaran.

Estaban también fuera de toda ayuda las *organoneurosis*, esto es, las alteraciones en las funciones vegetativas del organismo que no es posible atribuir a trastornos morfológicos, ni macro ni microscópicos, sino únicamente a perturbaciones funcionales, que Freud demostró que se hallaban causadas o condicionadas por *un factor psíquico*. Y el enfermo histérico, desarrollando síntomas neurológicos que no correspondían a la distribución topográfica de los nervios, sino a ideas mórbidas, significaba para la medicina anatómica una acusación viva y una infracción tan manifiesta que tales enfermos eran expulsados, hasta con cólera, de las clínicas donde buscaban asistencia. Carentes de una explicación racional al querer explicarlo todo por factores físicos y por la anatomía patológica, los médicos clásicos afirmaron doctoralmente: —“La histeria no existe”. Mas, como la vida es más fuerte que las teorías, y la naturaleza, que también se expresa en la patología, no se impresiona ni se modifica por las afirmaciones dogmáticas de los sabios, siguió habiendo histéricos. Y Chavigní pudo responder entonces con sorna formulando una nueva pregunta: —“Bien: la histeria no existe. Pero ¿qué hacemos con los histéricos?...”

El cuerpo se halla al servicio de la psiquis, tal es el postulado fundamental del psicoanálisis. La personalidad humana es asiento de una pugna permanente entre el deseo de placer y el principio de la realidad. La conducta de cada individuo se halla representada por la resultante de ese paralelogramo de fuerzas generalmente antagónicas. Y el resultado de esta lucha, que se libra en el inconsciente, actúa también sobre los órganos corporales, los

que están naturalmente al servicio de la psiquis y sobre los cuales influyen sus conflictos. De este modo, los síntomas corporales pueden tener un significado profundo, oculto, no fácilmente perceptible por el médico no psicólogo y que sólo puede ser comprendido por el estudio de la personalidad total del paciente y el conocimiento de su situación en la vida: *sus conflictos pasados, sus angustias presentes, sus temores por el porvenir*.

Por otra parte, no estaba solo el psicoanálisis con su tendencia sintética y unitaria en el estudio de la personalidad del paciente. También la psicología no médica reaccionaba ya contra aquel enfoque exclusivamente analítico de los experimentadores de laboratorio. Se estudiaban ahora las interrelaciones de todas esas diferentes facultades que la psicología experimental trató de aislar y atomizar, y se hizo entonces el estudio de la personalidad humana integral. Kohler, Wertheimer, Koffka fueron los primeros en reaccionar contra aquella tendencia particularísima y formular con claridad la tesis de que el todo no constituye la suma aritmética de las partes, y que del estudio exclusivo de las partes nunca puede ser interpretado el sistema total. Por el contrario, las partes sólo pueden ser interpretadas claramente sólo después de haber sido descubierto el significado del todo. O para decirlo con una frase de Bergson: *hay una sola función, que es la vida; y un solo órgano: el cuerpo*.

MEDICINA PSICOSOMATICA

En toda época las gentes habían observado la influencia que las emociones agudas tienen en las funciones del cuerpo. A cada situación emocional: alegría, pena, vergüenza, ira, acompaña un síndrome psicosomático que tiene lugar en el ritmo cardíaco, en la respiración, en la irrigación sanguínea, en las secreciones, en el sistema muscular, etc. No obstante ser ello viejo como el mundo, la medicina no lo tomaba en cuenta porque esos cambios psicomotores pertenecen a la vida normal y la medicina sólo estudiaba a los enfermos en el hospital. Del mismo modo como la fisiología académica se hizo sobre ranas descerebradas y perros narcotizados; lo que hizo decir entonces a Letamendi que “a la medicina humana le falta hombre y le sobra rana”.

Por otra parte, tales emociones suelen ser pasajeras y luego que desaparece la alegría o la pena o se desvanece la vergüenza o la cólera, vuelve el corazón a latir con su ritmo habitual, la respiración se tranquiliza, la tensión arterial se hace normal y los

músculos recobran su tonicidad fisiológica. Mas, si esas emociones se prolongan o se vuelven permanentes, se pueden entonces producir perturbaciones funcionales en los órganos del cuerpo. Una taquicardia emotiva no deja huellas en el miocardio si dura breves instantes. Empero, si ella se prolonga horas enteras el músculo cardíaco es afectado.

Freud pudo demostrar de un modo innegable esa influencia de la psiquis sobre los síntomas corporales en un género de pacientes: los *neuróticos*, y, en especial, en las *neurosis viscerales* u *organoneurosis*. En estos enfermos pueden observarse perturbaciones del sistema cardiovascular, del estómago, de los intestinos, de los bronquios, etc., causadas por procesos nerviosos. Freud demostró que en estas personas, cuando una emoción no puede ser expresada libremente por medio de las vías normales, llega a convertirse en una causa de perturbación para las funciones de la vida vegetativa. El aparato que la emoción buscará entonces para su "conversión" estará determinado por una predisposición orgánica constitucional, y su función será entonces trastornada. De este modo, pues, el enfermo expresaría el resultado de sus conflictos mentales mediante la perturbación del funcionamiento de aquellos órganos ya estigmatizados constitucionalmente y dotados por esta razón de una fragilidad especial que los vuelve aptos para esa expresión visceral del psiquismo.

Sin embargo, no es sólo en lo neuróticos que puede observarse la referida influencia del psiquismo sobre los síntomas corporales. Fueron los clínicos generales los que empezaron a sospechar que las emociones prolongadas y los estados de ansiedad de larga duración pueden llegar a producir trastornos orgánicos innegables con modificaciones anatómicas visibles. Covisart, en su Tratado sobre *Las enfermedades y lesiones orgánicas del corazón*, dice: —"No soy el único médico que haya pensado que estas lesiones orgánicas del corazón han sido más frecuentes en los horribles tiempos de la revolución que en la calma ordinaria del orden social". Todos los cardiólogos saben que pueden aparecer extrasístoles por una excitación psíquica; que el corazón participa en el aumento general de la presión sanguínea durante la actividad psíquica. Y hasta son conocidos casos de muerte repentina a consecuencia de una emoción.

La influencia de las emociones se muestra aún más patente en las secreciones digestivas. Conflictos anímicos de larga duración pueden determinar hiperacidez duradera en el estómago como primer paso que, a su vez, puede producir una úlcera gástrica.

Del mismo modo, fuertes influencias emotivas producen una taquicardia que, si se prolonga, conduce a la hipertrofia del músculo cardíaco que puede llegar a la presentación de perturbaciones anatómicas lesionales.

Tales desórdenes orgánicos psicogénicos, que pueden afectar a cualquier viscera, se producirían, pues, en dos etapas. En la primera, una emoción duradera provoca la perturbación funcional de un órgano vegetativo. En la segunda etapa, la perturbación funcional prolongada conduce a la producción de cambios anatómicos definidos y al cuadro clínico de una enfermedad orgánica.

Ahora bien, ¿cómo se explica que las emociones perturben la función de determinados órganos y no la de los restantes? En primer término, existen emociones y órganos vinculados por análogas posibilidades de expresión: la repugnancia y el vómito, el miedo y el temblor, la angustia y la disnea, el pánico y las perturbaciones de la motilidad, etc. En otros casos, un defecto de la evolución de determinado órgano lo hace particularmente sensible para que sea el asiento de las perturbaciones mórbidas.* Otras veces, enfermedades anatómicas anteriores de determinado aparato orgánico lo dejan en situación especial para que en él se manifiesten los nuevos trastornos.

Es tomando en cuenta las razones que antecedente que ha podido decir muy justamente Schwarz: "El hallazgo de una enfermedad orgánica no dispensa nunca de investigar el influjo eventual de factores psíquicos, ya sea porque la enfermedad se instauró de un modo puramente psicógeno, o porque su aspecto clínico o su aparición quedara matizada por un componente psicógeno. Defectos anatómicos demostrables no excluyen la psicogenia, sino que en un número de casos, difícil de calcular, constituyen precisamente su condición previa. Es, en general, cuestionable si en un órgano que no se halle de algún modo estigmatizado pueden manifestarse tendencias psíquicas de carácter patológico; por esta razón la decisión diagnóstica en el caso particular no reza "orgánico o psicógeno", sino sólo ¿qué significación, qué posición corresponde dentro de la totalidad del cuadro patológico a los trastornos somáticos y a los psíquicos?"

* Ejemplos típicos de esta clase lo constituyen buena parte de los enfermos de las glándulas de secreción interna. La insuficiencia endocrina los hace más sensibles para los insultos psíquicos. Estas personas no son enfermos porque tienen una insuficiencia endocrina (porque entonces lo serían permanentemente puesto que es constante su insuficiencia hormonal) sino sólo cuando elementos exteriores actúan sobre ellos: el cuerpo así estigmatizado les ofrece posibilidades de expresión (Schwartz).

Los investigadores que, por encontrar en un enfermo una lesión anatómica, creen que el nudo del problema está resuelto y que esa lesión es la causa de los trastornos del enfermo, razonan del mismo modo que aquellos que acusan a las alteraciones del músculo cardíaco, que sobrevienen a veces por excesos de ejercicios y de fatigas, como siendo la causa de estos excesos de ejercicios.

Por otra parte, dado que cada órgano sólo puede responder con un número muy limitado de reacciones a las perturbaciones de que pueda ser asiento, no es posible deducir por el conocimiento aislado del síntoma su naturaleza y su origen. La vejiga se vaciará con facilidad tanto si el estímulo es una emoción como si es una hipertrofia de la próstata, puesto que ese es *su modo específico de reaccionar* a los diversos estímulos. El árbol respiratorio se expresará mediante la tos tanto en el caso de una banal secreción bronquial como de una alteración grave del parénquima pulmonar.

En otros casos, la considerable desproporción comprobada entre los hallazgos anatómicos y los trastornos de la función pone de relieve en qué alta escala participa el elemento individual en la exteriorización de la patología orgánica. No es raro que los cirujanos, en ocasión de una laparotomía, encuentren una vesícula biliar llena de cálculos que no habían dado nunca signos de sufrimiento, en tanto que en otras personas alcanzan leves perturbaciones funcionales para producir bulliciosos cuadros clínicos abundantes de síntomas. Y con frecuencia en muchos casos de discretas lesiones orgánicas, más perjudicial para la vida del enfermo es la angustia paralizante que su conocimiento le produce que el propio valor de las lesiones.

INFLUENCIA SOMATOPSÍQUICA

Si es innegable el influjo de los factores nerviosos sobre las funciones orgánicas, no lo es menos el hecho de que alteraciones orgánicas pueden ser acompañadas, y hasta ser el origen, de perturbaciones emocionales. Si a la primera se le llamaría acción *psicosomática*, habría que denominar *somatopsíquica* a esta influencia de la parte orgánica sobre el psiquismo.

Una emoción puede desencadenar palpitaciones cardíacas; pero, no es menos cierto que la comprobación de tales palpitaciones por un sujeto puede producirle angustia. No hay dudas ya de que un estado de conflictos permanentes puede determinar una

hiperacidez duradera en el estómago de una persona; mas tampoco se duda de que un estado permanente de hiperacidez gástrica puede traducirse por un malhumor permanente, propicio, pues, para la producción de conflictos repetidos.

Son por todos conocidos los concomitantes psíquicos que desarrollan estados físicos tales como el hambre, la sed, la necesidad de sueño o la fatiga, y que cesan rápidamente por la desaparición de tales estados físicos. La actual guerra demostró cómo los casos de neurosis entre los combatientes son mucho más frecuentes entre los soldados agotados por el esfuerzo sostenido, el insomnio y las privaciones físicas; y cómo cesan buen número de esas manifestaciones nerviosas cuando dichos soldados, en la retaguardia, duermen prolongadamente y son alimentados a satisfacción.

Una alegría puede hacernos olvidar el dolor de una herida, pero el dolor de un panadizo es capaz de alterar desfavorablemente nuestro carácter. También son demostrativas las investigaciones de Braun sobre las sensaciones que parten del corazón enfermo. Del mismo modo, de los pulmones, de los órganos abdominales y, en general, de todos los órganos parten grupos de sensaciones tanto durante las enfermedades como en la salud, que influyen necesariamente sobre el estado del psiquismo, su alegría o tristeza, su desasosiego o su serenidad.

Es de frecuente observación el cambio de humor y de carácter que experimenta quien se sabe portador de una lesión delicada. Una persona dinámica, de optimismo amplio y de acción sostenida, queda, después de un infarto del miocardio, con una prospección vital de radio corto y no se lanza ya a sus empresas ni a sus entusiasmos anteriores.

Por otra parte, todos los médicos de experiencia han visto enfermos, cuya dolencia orgánica se manifestó más tarde con signos físicos de importancia, pero cuya primera fase se tradujo sólo por perturbaciones psicológicas: manifestaciones cenestésicas, hipocondría, tristeza, astenia, melancolía. Y el propio Freud, con leal honestidad, refiere errores de diagnóstico a que fué llevado en pacientes —cuya evolución les mostró como orgánicos— por esa primera fase de síntomas anímicos, que eran, pues, síntomas premonitores de una afección orgánica sobrevenida en un sujeto de psiquismo frágil. Es fácil comprender, por otra parte, que estas personas de psiquismo frágil —y por eso fácilmente expresivo frente a las noxas patógenas— puedan revelar por una perturbación psíquica, antes que por cualquier manifestación de los otros aparatos, los trastornos graves de que es asiento su organismo.

Vemos cuán vasto y útil es este concepto de la unidad psico-somática que hace decir a Max Scheller que la frontera de lo psíquico coincide con la de lo vivo. La comprensión integral del problema de la enfermedad lleva al ilustre neurólogo Kurt Goldstein a considerar la enfermedad como una lesión de toda la actividad vital mezclándose en ella lo psíquico y lo físico.

La participación de lo psíquico en el cuadro de todo proceso mórbido y, a su vez, la expresión corporal de ciertos estados psíquicos, pueden conducir en una enfermedad —esto es, en un proceso mórbido psicofísico— a las siguientes posibilidades:

- a) Por una vulnerabilidad neurósica del paciente, el cuadro psíquico llega a tener más importancia que el cuadro objetivo que lo ha provocado: con unos miligramos de albúmina en la orina el paciente miedoso presentará una angustia terrible frente a la nefritis.
- b) A causa de la mayor expresividad de su lenguaje psíquico —propio también de los pacientes neuróticos— procesos patógenos verdaderamente orgánicos se traducirán primeramente por manifestaciones psíquicas antes de hacerlo por signos objetivos.
- c) Las manifestaciones psíquicas, causadas por un proceso orgánico, pueden incidir sobre éste, agravándolo y creando así un círculo vicioso en el que los influjos órganopsíquicos y psicoorgánicos van creciendo por acción doble y recíproca.
- d) Una vez desaparecido el cuadro orgánico, puede persistir una actitud psíquica de enfermedad, secuela frecuente cuando el médico tratante ha sido sólo “un ingeniero del cuerpo” y ha olvidado su función de psicoterapeuta.

Vemos, pues, cuán plástica y reversible es esta doble acción en la que existe un lenguaje corporal de los hechos psíquicos, pero también una expresión psíquica de hechos corporales. Por tal razón, en el justo diagnóstico de un enfermo y en su adecuada asistencia tanto mal puede hacer un médico materialista, unilateral, focalista, que sólo ve la parte orgánica —y realice así sólo la mitad de la medicina— como esos otros médicos diletantes, que olvidan o desconocen la importancia corporal en su afán dogmático de querer explicarlo todo por razones psicológicas.

El cuadro que ocupa la página 20 representa una sinopsis de los fenómenos que pueden tener lugar en los individuos a causa de esta doble y simultánea acción: somatopsíquica y psicósomática. Nos ahorra mayores disquisiciones la claridad de dicha sinopsis para cuya confección tomamos por base el cuadro expuesto por el Prof. Mauricio de Medeiros en su valiosa conferencia “La medicina psicósomática y su metodología”, muy serio trabajo hecho con un auténtico y firme sentido clínico.

MEDICINA INTEGRAL

En la revista sumaria que acabamos de pasar sobre la evolución del concepto de enfermedad, hemos podido ver cómo, reaccionando contra el exagerado predominio de una medicina casi exclusivamente materialista, se llegó a la valorización de los elementos anímicos del enfermo, obteniéndose así el conocimiento completo del caso patológico con sus síntomas corporales y sus componentes psíquicos. De aquella medicina unilateral, analítica, focal, anatómica, se llegó a la actual medicina, psicósomática y somatopsíquica: total, sintética, comprensiva, que no se limita al estudio en superficie de la enfermedad y a la localización del foco patógeno, sino que busca el conocimiento profundo de la personalidad del enfermo en todos sus aspectos bio-fisio-psico-social, puesto que de cada uno de ellos puede provenir el agente, la herida o la injuria que lo enferme.

Surge así la necesidad de basar la Medicina, no en la Física ni en la Química ni sólo en la Biología o en la Psicología, sino en la Antropología, esto es, en la ciencia del hombre, que lo aprehende como personalidad global; que no sólo enfoque al individuo como naturaleza, sino como “ciudadano en el mundo de los valores”, como sujeto de la cultura”. Pues, por grande que sea la inferioridad constitucional o adquirida del órgano donde se manifiesta la organoneurosis —dice Sarró— siempre habrá que ir a buscar su origen en aquel centro “existencial” en que el hombre acosado siempre por la angustia, debe decidirse entre las sollicitaciones del momento y las que emanan de la totalidad histórica de su vida, entre lo real y lo ideal, entre el individuo y la sociedad, entre el instinto y la norma.

Antes el credo de la medicina era de que los estudios biológicos minuciosos acabarían por revelar una base anatómica de todas las perturbaciones funcionales y hasta psiquiátricas. Hoy se reconoce que es a través del conocimiento de la historia de la vida

I.—REPERCUSION PSIQUICA DE PROCESOS INICIALMENTE ORGANICOS: fenómenos somatopsíquicos.

Trastornos psíquicos en enfermedades orgánicas.	Infecclones o intoxicaciones, agudas y crónicas.
	Enfermedades cardiovasculares, digestivas, respiratorias, endocrinas; neoplasias, etc.
	Afecciones neuropsiquiátricas: parálisis general, demencias orgánicas, tumores cerebrales, traumatismos craneales; disfunciones nerviosas.

II.—INFLUENCIA DE LA PSIQUIS EN LA GENESIS Y EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

- a) Menor resistencia a las infecciones o intoxicaciones y a los disturbios neurovegetativos y metabólicos, a causa de la tristeza o la tensión emocional. b) La influencia de los factores psíquicos en la evolución de las enfermedades orgánicas.

III.—PERTURBACIONES ORGANICAS DE ORIGEN PSIQUICO: fenómenos psicosomáticos.

Las organoneurosis o neurosis viscerales	Perturbaciones digestivas, respiratorias, cardíacas, circulatorias, urinarias, sexuales, ginecológicas, cutáneas, alérgicas, metabólicas, neuromusculares, sensitivas, sensoriales, reumáticas, etc.

del paciente, sus accidentes, sus fracasos, sus angustias, que se puede revelar los comienzos funcionales de perturbaciones que llegaron a hacerse orgánicas.

Muchas enfermedades orgánicas causadas por factores externos o por microorganismos no se hubieran producido si la resistencia natural y la energía vital del sujeto no estuvieran debilitadas por la tensión emocional que surge de la vida cotidiana en su lucha por la existencia. No obedece sólo a razones microbianas el hecho de que aumenten las enfermedades infecciosas, y también las muertes, en épocas de angustia colectiva como las que se atravesaban en las guerras y, en especial, después de las grandes derrotas o colapsos de los países.

Aparece así un elemento valioso para la comprensión de la aparición de las enfermedades y que la medicina materialista desconocía: *el factor social*. Sin que se influya físicamente sobre el individuo, éste puede ser conmocionado —y por tanto debilitado en su resistencia vital— por la modificación más o menos brusca de las condiciones sociales que le rodean. Toda la actual y tan abundante patología orgánica y neurótica de los refugiados de la presente guerra es una demostración mayúscula del valor considerable del elemento social y de su influencia en la génesis de las enfermedades.

La afección mórbida que, en tales condiciones, haga cada individuo estará indicada por sus predisposiciones constitucionales que ofrecerán determinados órganos frágiles a la acción de los agentes patógenos. Cada persona presenta, por acción de factores hereditarios y de los elementos que sobre él han actuado en el curso de su vida, órganos o sistemas de menor resistencia, particularmente frágiles, vulnerables, y es en ellos donde se asentará el ataque patógeno cuando el organismo total se encuentre debilitado.

Tan importante, pues, como el conocimiento de los microorganismos es el estudio de la vida anímica del sujeto y de su ambiente familiar y social. Corresponde a Freud —de quien pudo decir Schwarz que hasta sus adversarios son sus discípulos— esta consideración del paciente en su totalidad. Gracias a sus investigaciones ingresó en la medicina el estudio de la personalidad del paciente y con ella una nueva perspectiva del hombre enfermo: *su vida anímica*.

Finalmente, también desde el punto de vista terapéutico —no olvidemos que la medicina es, ante todo, el arte de curar— esa plasticidad y la reversibilidad, que la interpretación significativa

revela entre las manifestaciones psíquicas y los síntomas corporales, representan mayores posibilidades de tratamiento, puesto que la interpretación médica integral conduce a un optimismo terapéutico más beneficioso para el paciente que el escepticismo casi fatalista de la orientación materialista.

LAS DOS VERTIENTES DE LA MEDICINA

No está en el ánimo de quienes sostenemos los fueros de la psiquis minusvalorar las investigaciones orgánicas realizadas por los físicos, químicos, fisiólogos y médicos de la segunda mitad del siglo XIX. Dichos sabios contribuyeron con tales comprobaciones a afirmar la ciencia médica sobre una base biológica, y grande ha sido el mérito de Virchow sistematizando el estudio de las enfermedades mediante un criterio anatomoclínico. Tales métodos eran necesarios en la fundación de una ciencia que tenía que alejarse del empirismo.

Los organicistas del siglo XIX cumplieron, pues, una obra necesaria, de cuya utilidad todos estamos beneficiando. Pero fué exagerada la tendencia exclusivista de sus afirmaciones, que llegó en Virchow a sostener que no existían enfermedades generales, sino solamente enfermedades de órganos y de tejidos. Se descubrieron nuevos y fundamentales aspectos de la vertiente somática de la medicina, pero se padeció error al creer que ésta era su única vertiente.

La labor sostenida por Freud durante cincuenta años vino a destacar ese aspecto olvidado. Señaló el valor de la vida anímica del paciente en la génesis de sus enfermedades. Pero la exageración y el exclusivismo son propios de todo movimiento innovador, y a tal principio —que parece ser ley del pensamiento humano— no hizo excepción el psicoanálisis. Los freudianos exageraron el valor de sus afirmaciones en sentido contrario al que lo habían hecho los organicistas. La sola consideración del psiquismo del paciente, la interpretación de las enfermedades exclusivamente por su vida anímica, llevó a los psicoanalistas a incurrir en el mismo sofisma que los organicistas, esto es, tomar la parte por el todo, considerar que una sola vertiente: el aspecto psíquico, puede explicar toda la medicina.

Actualmente, en la mitad del siglo que estamos viviendo, la medicina, que ha oscilado pendularmente de un extremo a otro, se encuentra a sí misma, y considera en su cabal medida el valor de sus dos vertientes: la orgánica y la psicológica. Se ha logrado

así llegar a una *medicina integral*, que considera al fenómeno enfermedad en su doble aspecto, físico y psíquico. No es ya una medicina parcelar, sino total; no es estática, sino dinámica, en una palabra, es la única y verdadera medicina, como lo era en tiempos de Hipócrates y antes de los especialistas.

Veremos en capítulos próximos, cuando estudiemos la fisiología y la patología de la emoción, cómo los descubrimientos anatómicos realizados en el diencéfalo durante estas tres últimas décadas y las experiencias fisiológicas más recientes confirman la existencia de esta doble vertiente en la etiología y también en los síntomas clínicos de las enfermedades.

Los *núcleos hipotalámicos* —que llegan a cincuenta los descritos hasta la fecha— serían el asiento de la influencia psicosomática y somatopsíquica. Por su valor en la mecánica psicofisiológica se les ha comparado a la central de una red telefónica. En efecto, anatómicamente se han visto las importantes conexiones del hipotálamo, las que pueden resumirse así:

- a) conexiones de los núcleos hipotalámicos entre sí;
- b) conexiones del hipotálamo y la corteza cerebral;
- c) del hipotálamo con los órganos de los sentidos, de las que son las más importantes las conexiones opto-hipotalámicas;
- d) con las hipófisis y, por su intermedio, con todo el sistema endocrino; en especial, tiroides, suprarrenal y gonadas;
- e) con el sistema neurovegetativo —simpático y parasimpático— y, por su intermedio,
- f) con todos los órganos de la economía: estómago, corazón, vasos, intestinos, hígado, etc.

Estas relaciones, como todas las reacciones del organismo, pueden realizarse en los dos sentidos, al modo de las reacciones reversibles de la química, en las que un signo formado por dos flechas opuestas $\rightleftharpoons$ señala la dirección doble y simultánea.

Puede seguirse así el recorrido fisiológico de los efectos desencadenados por la emoción. Si, por ejemplo, suponemos que, como es frecuente, ella es motivada por percepciones visuales, podría sintetizarse así: ojos $\rightarrow$ hipófisis $\rightarrow$ hipotálamo $\rightarrow$ sistema neurovegetativo $\rightarrow$ órganos somáticos sensibles (aparato cardiovascular, tubo digestivo, etc.).

Pero dijimos que esas vías son de doble dirección y por el efecto opuesto explican la influencia que el soma tiene sobre el estado de la psiquis, y que, de un modo muy simple, puede esquematizarse así: órgano lesionado (corazón, estómago)→sistema neurovegetativo→hipotálamo→corteza cerebral. Se explicaría así el tono anímico penoso de quienes sufren una enfermedad orgánica y cuya cenestesia alterada llega hasta a influir sobre el curso del pensamiento.

Resulta ocioso advertir que los hechos ocurren de un modo más complejo que lo que representan los dos simples esquemas expuestos, que no pretenden ser exactos, sino sólo marcar una dirección. Tampoco son completos los diseños de los ríos en los mapas de los libros de geografía; sin embargo, señalan una dirección exacta. Del mismo modo, es verdadera la doble dirección de la dinámica anímico-orgánica y organo-anímica, cuyas principales etapas son actualmente conocidas y que buscan completar los modernos investigadores.

Para terminar este capítulo queremos destacar que esa doble y simultánea acción entre psiquis y soma, confirmada actualmente por las comprobaciones anatómicas y las modernas experiencias de fisiología, había sido señalada antes por la medicina, por una parte, y la psicología profunda, por otra. Aquí, una vez más, la clínica se había adelantado a la experimentación.

2

FISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN

LA EMOCIÓN EN EL HOMBRE

La emoción —de *motus*, *movimiento*— ha sido definida por Ribot como la reacción del sujeto frente a lo que compromete de un modo brusco e intenso su conservación.

Modernamente, Walter Cannon, en el capítulo "Las defensas naturales del organismo", de su libro *La sabiduría del cuerpo*, ha sintetizado en esta forma los cambios corporales que acompañan en el hombre a las grandes excitaciones emocionales, como la cólera y el miedo:

"La respiración se hace más profunda, el corazón late más aprisa, la presión arterial sube, la sangre es desviada del estómago y los intestinos hacia el corazón, el sistema nervioso central y los músculos; cesa toda actividad en el tubo digestivo, el azúcar es liberado por las reservas del hígado, el bazo se contrae y descarga en la sangre su contenido de glóbulos en gran concentración, y la médula suprarrenal segrega adrenalina. La clave de estas maravillosas transformaciones se halla en relación con los naturales acompañantes del miedo y la cólera: la carrera para alejarse y escapar al peligro, el ataque con el propósito de dominarlo. Sea cual fuere la acción, una lucha a vida o muerte se seguirá."

"Las respuestas emocionales antedichas deben razonablemente mirarse como preparatorias de la lucha. Son adaptaciones que, en la medida de lo posible, colocan el organismo en potencia de responder a las demandas para lo que ha de hacer. La adrenalina segregada coopera con los impulsos del sistema nervioso simpático, al vaciamiento del glucógeno almacenado en el hígado; la sangre circulante, con más azúcar, será más apta para el sostén de los músculos en actividad. La sangre es desviada de los órganos abdo-

minales inhibidos, para ayudar su llegada en abundancia al corazón, el encéfalo y los miembros, las partes esenciales para el esfuerzo físico. Los efectos de la fatiga muscular son más rápidamente abolidos si el organismo puede, con suficiente adrenalina en la sangre, restaurar los músculos agotados y darles la agilidad de los músculos frescos; adrenalina que hace la sangre más rápidamente coagulable. La respiración acrecida, la sangre redistribuida que circula a presión más alta, el mayor número de glóbulos rojos liberados por el bazo, estos tres factores proveen los músculos del oxígeno más necesario para la destrucción de los residuos ácidos y posibilitan una acción intensa y velocísima. Brevemente, todos estos cambios son directamente útiles y hacen al organismo más eficiente en el violento despliegue de energía que el miedo o la cólera representan."

Pero en la emoción no participan únicamente los órganos y sistemas referidos, sino que en ella se cumple una sinergia funcional entre centros vegetativos y somáticos y entre aquéllos y el sistema endocrino.

La emoción, en efecto, dice Pi Suñer, es el ejemplo más típico y el mejor conocido de reacciones totales somatovegetativas: en ella, al lado de fenómenos nerviosos, se producen efectos humorales, endocrinos y de otra clase; nos demuestra cómo un fenómeno vital puede alcanzar enorme radio de acción y cómo se enlazan distintos mecanismos fisiológicos.

Si bien la causa de la emoción es fundamentalmente psíquica —un recuerdo, una representación mental, un temor— se producen en la reacción emotiva un conjunto de fenómenos en una doble vertiente: psíquica y somática, y ha sido motivo de controversia y disputa entre psicólogos la prioridad de una u otra de estas manifestaciones.

La opinión antiguamente sostenida y que aun los profanos mantienen es que la emoción es un proceso puramente psíquico. Es la tesis *intelectualista*. Frente a ella se opuso la tesis orgánica que afirmaba que el proceso emotivo es provocado por modificaciones orgánicas profundas. Se conoce la tesis de James y Lange: los fenómenos corporales siguen inmediatamente a la percepción del hecho excitante, y la emoción es el sentimiento de estos fenómenos.

Se sabe hoy que la emoción es un complejo de elementos numerosos de la vida de relación y de la vida vegetativa. Veremos, a continuación, que ella es una *respuesta total* del individuo frente a un peligro o a una amenaza, y que, si bien comporta representa-

ciones conscientes, todo el organismo está puesto en acción, y en aquella respuesta participan elementos somáticos y vegetativos, psicológicos y fisiológicos, mentales y viscerales.

FISIOLOGÍA EXPERIMENTAL

Si se revisan los tratados de fisiología en procura de datos sobre la fisiología experimental de la emoción puede verse que ellos —aun los más modernos— se refieren parcelariamente más bien a la fisiología del hipotálamo. Se estudia la anatomía de esta región diencefálica, se describen sus numerosos núcleos, se anotan las conexiones entre ellos, por una parte, y con la corteza y el sistema simpático, por otra parte; y luego se describen algunas experiencias hechas con animales descerebrados, decorticados o simpaticoprivos. La emoción, fenómeno integrativo, respuesta total, escapa a este análisis parcelar, que a lo sumo sólo puede demostrar que tal órgano o sector es necesario para la integración del proceso emotivo.

Sherrington y Woodworth, en 1904, en gatos desprovistos de hemisferios cerebrales y de diencefalo, habían obtenido, por excitación de nervios eferentes, fenómenos semejantes a algunas de las manifestaciones de la emoción. Como es natural, tales reflejos no iban acompañados de un estado afectivo y tampoco tomaban la forma de reacción de defensa. No eran, pues, la emoción. Representaban sólo una parte de la vertiente vegetativa o motora de la emoción, pero faltaba por entero la vertiente anímica, subjetiva.

Un paso más adelante significan las experiencias llamadas de furia aparente, falsa rabia o *shan rage*, realizadas en animales privados de sus hemisferios cerebrales, cuerpos estriados y mitad rostral del diencefalo. Un gato en tales condiciones, si se le enfrenta un perro que ladre, reproduce exactamente el aspecto exterior del animal furioso: midríasis, exoftalmía, disnea, taquicardia, pronación del maxilar, erección de los pelos de la línea media, sudación de la pata.

El animal decorticado, pues, entra en furia con facilidad. Bechterew, en 1898, ya había señalado que la falta de corteza no impide las manifestaciones de la emoción, sino todo lo contrario. La cólera, en las experiencias de la *shan rage*, es fácil pero pasa también con rapidez.

Dado que la falsa rabia no aparece si en el animal se destruye la extremidad caudal del diencefalo o la porción craneana

del mesencéfalo, es justo admitir que los centros de las integraciones emotivas coinciden con los centros vegetativos del hipotálamo. La fisiología confirmaba de este modo las presunciones de los clínicos frente a casos de alteraciones emocionales coincidentes con tumores o lesiones del hipotálamo.

Las experiencias referidas permiten concluir, pues, que normalmente la corteza tiene una función inhibitoria sobre las actividades de los centros hipotalámicos. Estos, libres de aquella inhibición, provocarían con facilidad y rapidez fenómenos emocionales que, con su extravío, alterarían la función ordenada propia del intelecto. La corteza, pues, asiento de las representaciones y evocaciones, causas muchas veces de la emoción, tiene sobre ésta una función de contralor e inhibición. No en vano las gentes llaman "medulares" a quienes se enojan con facilidad. Corteza significa discriminación e, implícitamente para ello, inhibición.

Correspondió a Cannon el mérito de haber demostrado que el hipotálamo ejerce su acción sobre los órganos efectores, no por medio de hormonas, como llegó a presumirse, sino mediante el simpático. En efecto, en animales privados del simpático la estimulación del hipotálamo queda sin respuesta. Es, pues, por intermedio del simpático —y de su secreción: simpatina— que los núcleos diencefálicos actuarían sobre el sistema endocrino y los diversos órganos para conformar la respuesta emotiva.

La fisiología experimental, a pesar de no poder estudiar en su integridad al fenómeno emoción, ha puesto, pues, de relieve el valor que en su integración tienen los núcleos del hipotálamo. Dichos núcleos —los anatomistas han descripto ya más de 50— conectan los centros corticales propios de la vida de relación con el sistema simpático y, por intermedio de éste, con el sistema hormonal y las vísceras efectoras.

La moderna fisiología destaca día a día la importancia y valor del hipotálamo, centro principal del cerebro anterior para la integración de las funciones viscerales que condiciona el sistema nervioso autónomo. Puede juzgarse de la importancia fisiológica de los núcleos hipotalámicos por las recientes comprobaciones de Finley y Cragie, quienes demostraron que dichos núcleos son las áreas más intensamente vascularizadas del cerebro. Estas áreas poseen una red capilar por lo menos seis veces más extensa, por milímetro cuadrado de tejido, que la de la sustancia gris de la corteza cerebral. Estos hechos sugieren que dichas áreas tan vascularizadas, rodean neuronas que son específicamente sensibles a los cambios que se producen en la sangre, ya químicos o térmicos.

Por otra parte, el valor y la índole de las funciones que integran los núcleos hipotalámicos están puestos de relieve por las conexiones anatómicas de esta región con los otros sectores del sistema nervioso: por una parte, con la corteza cerebral y los centros sensoriales —ópticos, auditivos, táctiles, dolorosos, térmicos— y, por otra parte —mediante el simpático y también el parasimpático—, con las diversas vísceras y el sistema endocrino. La estimulación farádica de los núcleos hipotalámicos ha registrado las siguientes respuestas: aceleración del corazón, elevación de la presión sanguínea, dilatación de la pupila, retracción de la membrana nictitante, pilorreacción, inhibición del intestino. Por otra parte, las lesiones y tumores localizados del hipotálamo se acompañan de alteraciones térmicas, somnolencia y, a menudo, de lesiones ulcerosas del estómago e intestino. Son de tanta importancia los hechos experimentales comprobados por los fisiólogos, que creemos imprescindible, para la formación del verdadero concepto psicósomático y somatopsíquico, el conocimiento de la fisiología de tan importante región. Con tal objeto, remitimos al lector a las obras especializadas, entre ellas, *Fisiología del Sistema Nervioso*, de John F. Fulton; *Traité de Neuro-Endocrinologie*, de Roussy y Mosinger, y *Sistema Neurovegetativo*, de Augusto Pi Suñer.

LA EMOCIÓN, REACCIÓN TOTAL DEL ORGANISMO

De acuerdo con lo que dejamos expuesto puede reconstruirse la dinámica psicofisiológica de la emoción. Por un recuerdo, idea o representación mental (corteza) o mediante estímulos visuales, acústicos, olfativos o táctiles (sensoriales), o por unos y otros a la vez —como es lo más frecuente—, los núcleos hipotalámicos se ponen en acción y su respuesta tendrá lugar luego por intermedio del simpático —y a veces por el parasimpático— sobre el sistema endocrino, las vísceras y el aparato muscular. Este conjunto psicofisiológico es lo que se denomina *emoción*.

Las reacciones propias de la emoción son reversibles, tienen un doble movimiento: de lo psíquico a lo fisiológico y de lo fisiológico a lo psíquico. Cannon demostró que la emoción produce un aumento de adrenalina en la sangre. Pero una inyección de adrenalina pone al sujeto en estado de emoción. Puede comprobarse también el carácter circular de reacciones respiratorias y circulatorias en la emoción. Este carácter reversible y de acción recíproca de las reacciones de ambas vertientes —la somática y la psíquica— forma un círculo que se ensancha y agranda con la

intensidad del fenómeno emotivo. Y para el caso del hombre, la participación de elementos afectivos —temores, responsabilidad— y de factores subconscientes reprimidos, tiende a hacer todavía más intrincado y complejo el estudio de la emoción. Richet ha podido decir con razón que la emoción es un complejo de elementos numerosos de la vida de relación y de la vida vegetativa.

Desde el punto de vista fisiológico ya hemos visto cuáles son los fenómenos somáticos que acompañan en el hombre a la emoción, y que han sido descriptos por Cannon: a) la médula suprarrenal segrega adrenalina, b) aumenta la presión arterial, c) por liberación de las reservas del hígado aumenta la glucosa en la sangre, d) la sangre es desviada de los órganos abdominales para llegar en abundancia al corazón, al cerebro y los músculos, e) aumento del número de glóbulos rojos en la sangre.

Debemos agregar que recientemente se ha señalado en los estados emocionales aumento de los linfocitos (Farnis) y también de las plaquetas (Field), disminución de la coagulabilidad sanguínea y del índice refractométrico, baja de la reserva alcalina, aumento del ion potasio en el plasma, asimismo se producen alteraciones de la presión de los líquidos céfalorraquídeo, laberíntico e intraocular. Al mismo tiempo se conoce mejor la acción que mediante el simpático se ejerce sobre el aumento de la increción humoral, en especial, de las cápsulas suprarrenales, tiroides e hipófisis. Y se ha podido comprobar que en la emoción participa principalmente el sistema autónomo simpático, mas también, y en cierta medida, el parasimpático (Féré, Codet). Pero el centro del proceso se encuentra en el sistema diencéfalo-corteza, cuya función puede compararse a la de una central telefónica. Es, en efecto, por la acción de los núcleos hipotalámicos y sus relaciones en especial corticales, que tienen lugar las manifestaciones propias de la emoción que dejamos reseñadas. Sin embargo, ni la anatomía ni la descripción minuciosa de centros y vías, ni la fisiología con sus mecanismos nerviosos, humorales y endocrinos, pueden abarcar todo el fenómeno de la emoción. Hay un aspecto psicológico —toda la vertiente psicológica de la emoción, de tan grande importancia como lo revela la patología mental—, que escapa al microscopio y no puede, por su propia naturaleza, ser medido en los laboratorios de fisiología. Era este aspecto el que destacaban los psicólogos intelectualistas, pero se equivocaban en el valor de factor único que le adjudicaban.

Cuando se estudie al sujeto en su totalidad indivisible se verá que no tienen sentido las expresiones físico o psíquico, orgánico

o psicológico, y en cuya discusión se ha perdido tanto tiempo y tantas energías. El más leve estímulo emocional provoca alteraciones del ritmo respiratorio y el corazón late más aprisa. Y en el sujeto normal no ocurre nada orgánico que no promueva un estado psíquico. Por otra parte, dado que no existen órganos ni aparatos psíquicos, piénsese cómo podría manifestarse la emoción si no es mediante los órganos y sistemas del soma.

Concluimos repitiendo las palabras con que Augusto Pi Suñer condensa en el libro a que nos hemos referido, su notable capítulo sobre este tema: "La emoción, que comporta actos de conciencia y que pone en conmoción todo el organismo, es una reacción primitiva total, somática y vegetativa, psicológica y fisiológica, mental y visceral; una respuesta de todo el individuo ante la amenaza real o supuesta, de un peligro, o por una fuerte impulsión orgánica. Y esta reacción es posible por la participación del organismo entero, por la colaboración solidaria de centros de inervación de diferente jerarquía y por la actuación simultánea de todas las funciones vegetativas y de relación, unificadas por los procesos generales de integración nerviosa con otras participaciones fisiológicas, endocrinas, humorales —químicas en general— y también físicas. La emoción constituye un caso representativo de coordinación fisiológica, mediando el sistema neurovegetativo. Es en este ejemplo donde mejor se demuestra, seguramente, la unidad entre la vida afectiva y la vida intelectual".

PATOLOGÍA DE LA EMOCIÓN

En el capítulo que precede decíamos que la emoción —cuya importancia tan grande revela la patología— escapa por su propia esencia y naturaleza a los procedimientos de medición y de contralor objetivo que se emplean en los gabinetes de experimentación fisiológica. Como aquellos planetas no visibles todavía por nuestros medios ópticos, pero cuya existencia se comprueba y se estudia por las perturbaciones que provocan en las órbitas de planetas visibles, la emoción puede ser revelada en todo su valor por los trastornos que ella produce y que de continuo y con tanta frecuencia pueden verse. La patología viene así en ayuda de la fisiología y no es esto raro ni infrecuente. Buen número de comprobaciones fisiológicas de trascendental interés le llegaron a la fisiología desde el campo de los trastornos patológicos y del estudio de las enfermedades.

Por tales razones, hemos creído conveniente comenzar este capítulo por el estudio de los hiperemotivos.

LA CONSTITUCIÓN EMOTIVA

En todo tiempo se había observado que existen personas en quienes repercuten las emociones con mayor amplitud que en las normales y en quienes penas, conflictos y sustos ponen de relieve fácilmente una exageración y falta de equilibrio de su emotividad. Se les designaba con el nombre de “emotivos”, pero no se había hecho el estudio sistemático de sus rasgos físicos y psicológicos. Esta fué la obra del profesor Ernesto Dupré, quien en la reunión de las Sociedades de Neurología y Psiquiatría de París, en 1909, en la discusión sobre el papel de la emoción en la génesis de las

sfecciones nerviosas y mentales, expuso su doctrina sobre la Patología de la Emotividad y definió la "constitución emotiva". Posteriores contribuciones del ilustre psiquiatra francés sistematizaron este tema de un modo completo y es de sus trabajos que tomamos la síntesis que exponemos a continuación.

Pueden definirse la *constitución emotiva* como "un modo de desequilibrio del sistema nervioso, caracterizado a la vez por el erectismo difuso de la sensibilidad y la insuficiencia de la inhibición motriz, refleja y voluntaria, traduciéndose por reacciones anormales en su grado, su difusión y su duración, su *desproporción* con las causas que las provocan; y por todo ello el organismo se muestra incapaz de *adaptarse* a las circunstancias súbitas, a las situaciones imprevistas, a los medios nuevos."

La emoción consiste esencialmente en un shock psíquico, que determina en todas las esferas orgánicas, por intermedio del sistema nervioso, efectos sea de excitación, sea de depresión, sea de desviación funcional. Estos efectos, resultantes de la repercusión nerviosa sobre las diversas funciones, son variables en las diversas personas y dependen de su equilibrio nervioso, de la justeza de sus mecanismos inhibitorios y de la perfección de su adaptabilidad a las situaciones imprevistas o difíciles.

Toda emoción tiene en un sujeto normal una repercusión *adecuada* a su intensidad y *proporcionada* en su duración y su difusión. Esta repercusión responde a una función legítima de salvaguardia y de interés para el sujeto, y está ligada indudablemente al instinto de conservación. Un sujeto que se encontrara en situaciones de real peligro y gravedad sin que se modificara su estado psicofísico, correría riesgos de perecer por falta de defensa. Vimos en otra parte, como Cannon lo demostró, la sabiduría de cada uno de los mecanismos de defensa del organismo. Lo legítimo y normal, pues, es tener frente a una situación súbita o de riesgo una reacción emotiva proporcionada. Pero existe una categoría de sujetos —*los hiperemotivos*— que sobrepasan en sus reacciones los efectos útiles de la emoción en una forma tal que ya esa repercusión excesiva se vuelve contra ellos. Frente a una sacudida psíquica presentan manifestaciones exageradas de la reflectividad, profunda y superficial, perturbaciones sensoriales, vasomotrices y secretorias, reacciones anormales por su brusquedad, su difusión y su duración. Tales reacciones, que son excesivas y desproporcionadas al excitante emocional, traducen, por una parte, un estado permanente de excitabilidad y, por otra, una insuficiencia de las inhibiciones corticales.

Dupré ha caracterizado la constitución emotiva por el siguiente conjunto de signos:

1º) La exageración, sobre todo en la instantaneidad y la amplitud, de los reflejos tendinosos, cutáneos y pupilares.

2º) La hiperestesia sensitiva y sensorial en todos sus dominios, con reacciones vivas y difusas.

3º) El desequilibrio de las reacciones vasomotrices y secretorias, que se traducen por bruscos cambios en la constricción y la dilatación de los capilares: dermatografismo, alternativas de enrojecimiento y palidez, sensaciones de frío y de calor. En el dominio glandular se observan crisis sudorales, alternativas de sialorrea y sequedad de la boca; crisis de oliguria y poliuria; trastornos funcionales gástricos e intestinales: dispepsia, constipación, diarrea; crisis lacrimales súbitas y abundantes, etc.

4º) La tendencia a los espasmos de los músculos lisos que se revela por el faringismo, con disfagia a menudo electiva, el esofagismo con la sensación de bola llamada "histérica", el espasmo gástrico con dolores, vómitos, etc.; el espasmo intestinal con cólico, constipación o diarrea, el espasmo vesical con polaquuria, etc.

5º) El temblor de los músculos estriados, que se traduce por el llamado "temblor emotivo", fácil de observar en las manos. En las formas extremas puede verse el claqueo de los dientes, chuchos, agitación muscular incoercible. Las irregularidades del ritmo respiratorio y cardíaco, con sensación de angustia y opresión, son debidas también a temblores y espasmos de los músculos respiratorios, brónquicos y cardíacos.

Tales son los principales signos propios de los sujetos con constitución emotiva y pueden presentarse en todos los grados, desde el pequeño estado de nervosismo tan conocido hasta la fuerte avalancha emotiva. Debemos aclarar que los estigmas referidos de la constitución emotiva sólo valen por su conjunto y que cada uno de ellos, presentándose aislado, no tiene el mismo significado, puesto que puede obedecer entonces a causas distintas al desequilibrio sensitivomotor de la emotividad.

La constitución emotiva, cuyos signos específicos acabamos de pasar en revista, existe en estado fisiológico en la infancia. El niño, porque no tiene todavía suficiente desarrollo cortical, es un emotivo constitucional. Esta emotividad infantil se desvanece progresivamente con los años a medida que el desarrollo de las inhibiciones asegura el equilibrio natural del sistema nervioso.

Por las mismas razones ese equilibrio es más tardío en su aparición y más precario en su estabilidad en la mujer que en el hombre.

Ya hemos dicho que la emotividad representa una forma natural de la expresión del instinto de conservación. Puede vérsela en las diferentes especies de la serie animal y, en la misma especie, en los diferentes individuos. Es, pues, una manifestación propia de la biología general. Sólo se vuelve patológica por su prolongación más allá de la infancia de la emotividad propia del niño, o por el exceso, en el adulto, de sus manifestaciones desproporcionadas en su grado, en su difusión y en su duración con las causas que la han provocado.

El sujeto dotado de la constitución emotiva tiene, pues, un amplificador en las expresiones sensitivas y en los mecanismos motores sensoriales, secretorios y funcionales a causa de la deficiencia de sus mecanismos de inhibición. Se sabe que la emoción se asienta en el hipotálamo y sus inhibiciones parten esencialmente de la corteza cerebral. Serían estas conexiones hipotálamo-corteza las que en los sujetos hiperemotivos no han llegado a un grado suficiente de evolución y madurez.

TRASTORNOS PSIQUICOS LIGADOS A LA HIPEREMOTIVIDAD

El desequilibrio emocional que dejamos referido es generalmente constitucional y todo el mundo conoce familias de emotivos.

La constitución emotiva es, por otra parte, el sustrátum o terreno sobre el cual pueden desarrollarse perturbaciones neuropáticas que sólo pasaremos en revista de un modo sumario por pertenecer ellas especialmente al dominio psiquiátrico.

En primer término, debe citarse la *ansiedad*, ya sea pura, en el estado de expectativa ansiosa, ya ligada a fobias y obsesiones. Se conoce la gran difusión que en el mundo de hoy tienen los estados de ansiedad. Se le ha llamado a la ansiedad "la gran proveedora" de los consultorios médicos, sustituyendo en este papel a las manifestaciones de la histeria que se veían hace cincuenta años. Pues bien, la ansiedad desde sus formas menores hasta la gran neurosis de angustia, aparece siempre sobre el terreno de la constitución emotiva.

La misma constitución requiere la *melancolía ansiosa*, forma más grave de perturbación en la que ya aparecen trastornos de la *cenestesia*, alucinaciones y hasta ideas delirantes.

También la *hipocondría*, con su atención expectante puesta sobre tal o cual órgano, se desarrolla sobre la constitución emotiva. Es justamente el desequilibrio emocional que hará que el

paciente magnifique el significado de palpitaciones, digestiones lentas, algias banales u otras manifestaciones funcionales.

Asimismo, interviene la constitución emotiva en la *neurastenia*, la que era definida por Déjerine como "un síndrome de preocupación emotiva". Como se sabe, la neurastenia es una psicopatía adquirida, accidental, curable, provocada en sujetos sensiblemente normales, por causas poderosas de debilitamiento. Veremos más adelante que en la génesis de la neurastenia adquirida aparece un agotamiento nervioso producido, en buena parte, por una emoción intensa y prolongada actuando sobre un psiquismo frágil frente a las noxas emocionales.

En esta enumeración de las neurosis y psicosis vinculadas a la constitución emotiva no podíamos dejar de citar "la histeria". En esta neurosis, si bien juegan un papel importante la imaginación y la sugestibilidad del paciente —así como esa sinergia especial de su psiquismo y su cuerpo que le lleva, mediante su psicoplasticidad, a mentir enfermedades—, no es menos cierto que todo ese mecanismo se pone en marcha a partir de una emoción, y fácil es advertir en tales pacientes una hiperemotividad constitucional. Si se recuerda lo que dejamos dicho sobre la infancia y la constitución emotiva fisiológica de esa edad, puede comprenderse que el histérico, por falta de evolución y madurez de sus inhibiciones corticales, mantiene una reactividad emocional infantil porque le falta el poder de contralor de la autocrítica y de la voluntad.

Tan ligadas se hallan la histeria y la constitución emotiva que durante largos años se les ha atribuido a la primera síntomas y manifestaciones propias de la segunda. Pertenece a Babinski el mérito de haber deslindado con exactitud los límites de la histeria. La famosa "bola histérica", que desde el mismo Hipócrates se atribuía a "la gran neurosis", es sólo un espasmo faringo-esofágico de naturaleza emotiva, que puede verse en la histeria, pero también en los estados de ansiedad tanto neuróticos como también legítimos. Del mismo modo, todos los otros trastornos sensoriales, secretorios, sensitivos y motores atribuibles a la histeria son propios de la hiperemotividad y pueden ser vistos en todas las psiconeurosis y asimismo en personas sensiblemente normales cuando aumenta hasta grados extremos la intensidad del excitante.

LOS EMOTIVOS Y LA FUNCIÓN DE ADAPTACIÓN

Es normal y fisiológico que frente a un excitante emocional —cambio brusco, acontecimiento súbito, suceso imprevisto— tenga

el hombre una reacción psíquica adecuada al grado de aquella excitación y proporcionada a ella en su duración y difusión. Si el sujeto, frente a un acontecimiento de mediana o escasa categoría, pone en marcha de un modo excesivo el mecanismo de defensa de su emoción y mantiene tales reacciones sensitivomotoras durante un tiempo exagerado e innecesario, no cumplirá adecuadamente la función de adaptación tal como lo hacen todos los organismos sanos.

En efecto, como lo dice Siebeck, "lo propio del organismo sano es su adaptación amplia, merced a sus regulaciones, a las circunstancias variables del medio ambiente; puede así soportar y compensar influencias desfavorables del medio ambiente y verificar trabajos muy grandes sin que se altere en esencia". "El sano se encuentra bien. Posee, no sólo una sensación de integridad, sino que, además, no sufre molestias, y nota en sentido positivo que vive, que es capaz de trabajar y de resistir influencias perjudiciales".

Lo propio del organismo sano, pues, es su adaptación al ambiente en que vive. Mediante mecanismos ágiles y fluyentes de adaptación y de compensación, cambia cuando se transforma el medio donde se encuentra o contrabalancea y neutraliza dichas transformaciones cuando ellas son muy grandes o nocivas.

Esta justa y adecuada adaptación es condición no sólo de la salud psíquica, sino también de la salud física. Qué es la enfermedad física sino un desajuste de esa adaptación: frente a una noxa imprevista o a un tóxico, el organismo ha perdido aquella venturosa adaptación, y los síntomas mórbidos: fiebre, vómitos, transpiración, son los recursos del cuerpo para neutralizar los factores desfavorables de la nueva situación y lograr la adaptación perdida.

Los síntomas físicos y objetivos que presenta un enfermo son, pues, el resultado de la lucha emprendida por su organismo para lograr la adaptación frente a situaciones nuevas: infección microbiana, tóxico ingerido o lesión de sus tejidos. Un organismo muy débil en su función defensiva hará fiebre alta con facilidad frente a los aportes microbianos triviales.

En una circunstancia análoga está el sujeto hiperemotivo. Es lo normal que frente a una situación que significa un conflicto, nuestro aparato psíquico se mueva (emoción viene de *motus*: *movimiento*) en proporción adecuada y justa para aquel conflicto. Por falta o debilidad de sus inhibiciones corticales, el emotivo llegará a la ansiedad y a sus desajustes en situaciones que una per-

sona normal domina con sus mecanismos psíquicos de autocontrol.

De este modo, el hiperemotivo tomará una débil brisa por fuerte viento, éste le parecerá un ciclón, y una tormenta tendrá para él las características de una avalancha de los elementos...

Los emotivos, a causa del predominio de la afectividad sobre el raciocinio y la voluntad, se encuentran muy a menudo en situaciones de no adaptación, esto es, en situaciones de conflicto. Conflictos, una veces con el ambiente, en el que no obtienen la satisfacción de sus anhelos, y, otras veces, conflictos consigo mismo, entre el querer y el poder. Tales conflictos generalmente no son solucionados por el emotivo, y de esta no solución toma origen la enfermedad neurósica. El emotivo se ha transformado en un neurótico.

Es esa actitud especial de la personalidad lo esencial en el neurósico y no la modificación de una función: una parálisis, una anestesia o un espasmo. El médico que atiende sólo a este trastorno en un neurótico hará tan poco como quien diera medicación antitérmica a un infectado a repetición. El neurótico se encuentra en una situación-problema, y expresa su padecer mediante su sistema neurovegetativo. Y éste elegirá para su expresión territorios funcionales determinados, variables para cada sujeto.

En otro capítulo de este libro titulado *Las organoneurosis que ve el clínico* examinaremos por qué causas unos pacientes eligen unos órganos y otros órganos distintos para la expresión de sus conflictos anímicos. Veremos entonces que, como dice Von Bergmann, existen órganos o funciones estigmatizadas, lábiles, frágiles, a causa de factores hereditarios o por haber padecido enfermedades físicas anteriores. Y es mediante esos órganos o síntomas que el neurósico expresará su problema, utilizando lo que Adler llama "el lenguaje visceral".

Digamos sólo al pasar que se cumplen también aquí, naturalmente, las tres condiciones requeridas para la presentación de una neurosis visceral: 1º) la predisposición constitucional. 2º) la fragilidad orgánica, y 3º) la circunstancia accidental: problema o conflicto. Para el caso, por ejemplo, de un asma nerviosa, el primer factor será la constitución emotiva; el segundo, la espasmo-filia bronquial; y, el tercero, una contrariedad, una emoción, el frío, el polen, etc.

Vemos que el factor emocionante interviene sólo como una noxa circunstancial y externa que llega al resultado patológico porque encuentra un órgano lábil en una persona predispuesta constitucionalmente por su estructura psíquica.

TRASTORNOS EMOTIVOS EXPERIMENTALES

En los libros modernos de fisiología, al tratar el capítulo de la emoción, se refieren las experiencias llamadas de rabia aparente realizadas con gatos decorticados a los que se enfrenta un perro. En tales condiciones, el animal asustado presenta midriasis, exoftalmía, disnea, pronación del maxilar, sudación de la pata, erección de los pelos de la línea media de la cola, etc.

Esta experiencia, debida a Cannon y Britton, puede ser repetida fácilmente en los laboratorios de fisiología. A nuestro juicio, tal prueba, no obstante su interés innegable referente a la participación del hipotálamo en las emociones, es todavía muy gruesa para poder aportar datos útiles en el conocimiento de los delicados y complejos mecanismos emocionales que mueven la dinámica psíquica en el hombre. El propio Pi Suñer lo ha dicho: "La emoción es una reacción total del organismo, una respuesta del individuo entero, resultante de la colaboración solidaria de centros de inervación de diferente jerarquía y de la actuación simultánea de todas las funciones vegetativas y de relación, unificadas por los procesos generales de integración nerviosa con otras participaciones fisiológicas, endocrinas, humorales y también físicas".

En la referida experiencia de rabia aparente, *shan rage*, se reproduce exactamente el aspecto del animal furioso, pero esto no es toda la emoción. El animal está decorticado y se sabe que la corteza cerebral tiene en la emoción una doble reacción: por una parte, la inhibe mediante el contralor intelectual y volitivo, pero también puede exaltarla por medio de las representaciones mentales correspondientes a los procesos nerviosos superiores de la vida de relación.

En cambio, en nuestro medio y con material humano hemos asistido y seguido asistiendo a verdaderas pruebas experimentales del valor y las repercusiones de la emoción intensa, prolongada o repetida. Nos referimos a los severos concursos de oposición que se realizan, entre profesionales que tienen ya más de cuarenta años de edad, para seleccionar los profesores en algunas Facultades de nuestra Universidad. Ya en un trabajo nuestro titulado *Neurosis y psicosis en los concursantes*, describimos los cuadros psíquicos —en especial organoneurosis— que nos ha tocado ver en concursantes que disputaban tan serias pruebas.

Ya dijimos que los opositores en pugna han entrado en el quinto decenio de su vida. A menudo el número de cargos en

disputa es menor que el de concursantes, y éstos son siempre los médicos más estudiosos, tenaces y, podría afirmarse, sensiblemente iguales en su preparación, lo que va a hacer todavía más incierto el desenlace. Tales concursos duran siempre un plazo superior a dos años, que ha llegado en algunos casos a tres, cuatro y recientemente a cinco. Los participantes ya tienen una reputación científica, y las pruebas, que son públicas, son seguidas con interés por un público, muchas veces apasionado. Grande es la repercusión que el resultado de tales competencias tiene en nuestro medio científico y hasta social; y todos éstos son elementos valiosos que van a gravitar en la emoción del concursante, ya debilitada por la autointoxicación, resultado de sus largos meses de enclaustramiento en su sala de estudio. Hemos visto participar en tales concursos personas de más de 50 años, una vez 57 y, en cierta ocasión, 61. Y puede comprobarse que, a medida que se dilatan la verificación de las pruebas y se prolonga, en consecuencia, la preocupación emotiva, el número de concursantes en neurosis aumenta.

En el trabajo referido describimos en detalle las formas más frecuentes de perturbaciones psíquicas que nos ha tocado observar y que son: *neurastenia, estados de hiperemoción y de ansiedad, estados confusionales, organoneurosis y reacciones paranoicas*. Aquí sólo queremos sintetizar las conclusiones que podrían sacarse de esa experiencia emocional:

- 1º) Más que por las condiciones físicas del concursante (fatiga, falta de descanso, vida artificial), es al factor emotivo que se deben las perturbaciones anotadas.
- 2º) Son los opositores dotados de un psiquismo frágil quienes presentarán primero las manifestaciones mórbidas referidas.
- 3º) Cuando el concurso consta de numerosas pruebas y el tiempo del concurso se prolonga en exceso, aumenta el número de concursantes afectados de organoneurosis.
- 4º) Puede admitirse que si el concurso se prolongara cada vez más y su desenlace continuara incierto, no habría persona cuyo aparato psíquico no acabara por presentar anomalías.
- 5º) Con la desaparición de la causa emotiva —terminación del concurso— desaparecen en breve tiempo los trastornos anotados.

Digamos para finalizar este capítulo, que el hecho de que una persona presente perturbaciones anímicas provocadas por la emoción no significa que pertenezca a los emotivos constitucionales. Como puede verse, si se lee de nuevo la definición de la constitución emotiva dada por el profesor Dupré, son emotivos constitucionales aquellos sujetos que, frente a un estímulo, hacen reacciones exageradas en su grado, su difusión, su duración; y que no guardan proporción con las causas que las provocan. Emocionarse frente a una situación de real peligro y auténtica gravedad es normal y fisiológico. O dicho de otro modo: frente a excitantes de enormes proporciones todos nos comportaríamos como los hiperemotivos. Este punto, como todos en medicina —donde lo patológico es sólo el aumento o la disminución de lo normal—, es un problema de grado y medida, y no de esencia y naturaleza.

4

LAS ORGANONEUROSIS QUE VE EL CLÍNICO

El año 1910 publicó Déjerine su obra *Les manifestations fonctionnelles des psychonevroses*, cuyo prólogo iniciaba con estas palabras:

“Desde que me he dedicado —hace ya más de treinta años— al estudio de las enfermedades del sistema nervioso mi atención fué llamada, desde los primeros años de mi práctica, por el poco éxito que tenían, en los neurópatas, los tratamientos medicamentosos aliados o no a los medios físicos, y poco a poco fuí llevado por mi experiencia personal a preguntarme si en todos estos sujetos etiquetados bajo el término de neurasténicos y de histéricos no habría que buscar la causa de la enfermedad —y por tanto el método terapéutico a aplicarle— fuera de los síntomas objetivos que ellos presentaban. *Llegué así a convencerme cada vez más que no era lo físico sino lo moral que estaba en juego en todas las manifestaciones de que se quejaban esta clase de enfermos.*”

Y el ilustre Maestro de la Salpêtrière agregaba:

“La influencia de lo moral sobre lo físico ha sido conocida en todo tiempo. Es, en efecto, un proverbio popular el conocimiento de que las penas, los disgustos pueden producir alteraciones graves de la salud, pero los médicos en general han sido los últimos en reconocer que se trataba de una categoría muy especial de afecciones, que necesitan una terapéutica particular, no sintomática, sino causal. Me refiero aquí a los enfermos cuyo número forman una legión, que he designado bajo el nombre de falsos gastrópatas, falsos enterópatas, falsos cardiópatas, falsos genitales, falsos medulares, falsos cerebrales, que presentan síntomas a menudo muy graves, cuyo origen es enteramente psíquico

y que, todos los días, todavía, son tratados mediante una terapéutica pura y únicamente sintomática, cuyo resultado es fijar aún más en su espíritu la idea de una afección localizada en el órgano de que se quejan. De estos enfermos yo he visto millares."

Y a continuación, en la obra referida, Déjerine hace la descripción de los cuadros más frecuentes observados en la clínica. Tan exacta y completa ha sido dicha descripción, que desde entonces todos los libros, aun los más recientes que tratan el capítulo de las organoneurosis, siguen el mismo orden y, a menudo, repiten los mismos ejemplos del maestro francés. No deseamos singularizarnos. Por ello, en la sumaria enumeración de los trastornos funcionales de los organoneuróticos, seguiremos el mismo orden, devenido clásico, con las modificaciones que desde el punto de vista de su psicogénesis ha aportado el conocimiento de la psicología profunda así como los factores sociales y culturales propios de nuestra época.

DEFINICIÓN Y CONCEPTO GENERAL

De todas las definiciones que se han dado sobre las organoneurosis o neurosis viscerales, nos parece la más exacta la siguiente: "*Las organoneurosis son perturbaciones funcionales psíquicas y somáticas, cuyas causas determinantes son de origen psíquico, y se presentan cuando personas de fondo psicopático se encuentran en un persistente conflicto anímico*".

Como la definición lo expresa, las perturbaciones que constituyen este género de afecciones son de naturaleza *funcional*, unas psíquicas (ansiedad, preocupaciones nosofóbicas, temores hipocóndricos, insomnio) y otras somáticas (espasmos, atonía, temblor, vasoconstricción, vasodilatación, ptosis, etc.), pero nunca lesionales o estructurales, pues en tal caso constituirían ya las enfermedades orgánicas que estudia la patología celular. Las causas determinantes de dichos trastornos funcionales son de *origen psíquico* —penas, disgustos, preocupaciones— se presentan sólo en personas de psiquismo frágil, esto es, en quienes tienen un *fondo psicopático*, y únicamente cuando ellas se encuentran en un *conflicto anímico* de cierta duración. No es, en efecto, la emoción aguda que toca tan a menudo al hombre, sino el mantenimiento de situaciones conflictivas, de problemas sin desenlace y de prolongada tensión psicológica.

Como la escuela psicoanalítica lo ha puesto de relieve, tales conflictos capaces de llevar a los lábiles psíquicos a la organo-

neurosis, son de dos clases: conflictos del sujeto consigo mismo y conflictos del sujeto con el ambiente.

La primera categoría, conflictos consigo mismo, corresponde a aquellos casos en que es el propio sujeto pugna de dos fuerzas antagónicas, de dos tendencias opuestas en acción. Así, un concertista movido, por una parte, por el deseo de triunfar en público, pero presa al mismo tiempo de una gran timidez que le quita confianza en sí mismo, hace espasmo de la mano —del tipo del llamado calambre de los escritores— cuando debe dar un concierto en un teatro. Esa perturbación motora, que lo afecta en el órgano funcionalmente fundamental para el ejercicio de su instrumento —piano o violín— imposibilita su presentación en público y lo saca así de la situación conflictiva que le angustiaba.

El sujeto se encuentra en conflicto con el ambiente todas las veces que éste le exige esfuerzos y luchas que él, profundamente, desearía rehuir. El concursante obligado a pasar pruebas difíciles de competencia para poder optar a un título docente, debe reprimir sus deseos naturales de evitar las situaciones de riesgo. El conflicto entre los propósitos de su voluntad y sus temores e inquietudes naturales puede exteriorizarse entonces por perturbaciones funcionales localizadas a órganos sensibles para la expresión de situaciones de ansiedad.

De lo dicho se comprende que las *neurosis viscerales* pueden ser interpretadas como *medios de expresión de conflictos psíquicos*. Son los problemas y las angustias que vive el sujeto —unas veces por su fragilidad anímica, pero otras por las preocupaciones a que le ha llevado su vida económica, social o política—, que usarán para expresarse el lenguaje visceral o, como dice Adler, "el dialecto de los órganos". En efecto, el psiquismo no dispone de órganos para expresar sus trastornos como dispone el soma del sujeto cuando es lesionado por una noxa infecciosa o tóxica. De allí que la psiquis no pueda expresarse de otro modo más que utilizando para sus quejas o protestas los mismos órganos del soma. Y corresponde al clínico, en presencia de una perturbación funcional —espasmos, temblor, parálisis—, determinar si es el resultado de una causa física o de un factor psíquico.

Es a esta última categoría que corresponde, como dice Déjerine en la obra citada, "un grupo nosológico particular y muy importante, cuya sintomatología es toda entera realizada por una modificación *primitiva* del estado moral del paciente y por toda una serie de manifestaciones *secundarias* de su esfera física".

Déjerine colocó tales afecciones bajo el título de *psiconeurosis*. La moderna taxonomía psiquiátrica reserva la denominación *psiconeurosis* para aquellas neurosis de expresión pura o predominantemente psíquica: la neurastenia, la psicastenia, la neurosis de angustia, la histeria. Y reserva al nombre de *organoneurosis* para las neurosis viscerales, esto es, aquellas neurosis que se expresan mediante las perturbaciones funcionales de órganos.

Puede decirse de una manera general que no existe órgano o aparato de la economía cuya función no pueda ser perturbada psicogénicamente. Las fibras del sistema neurovegetativo que llegan a todos los órganos los hacen sensibles al juego de las emociones. Sin embargo, no todas las partes del organismo participan en el mismo grado en las organoneurosis. Del conjunto de explicaciones que se han dado de estos hechos destacamos dos en homenaje a sus autores: Déjerine y Freud.

Déjerine explicaba la mayor frecuencia de estas manifestaciones en ciertos aparatos diciendo que de las funciones del organismo unas son completamente automáticas y no necesitan en ningún momento de la intervención de los centros superiores, tal es la función de la circulación. En cambio otras —en especial la función digestiva y la función genital—, demandan la intervención de representaciones mentales variadas y la puesta en juego de la voluntad. Y son justamente las funciones más tocadas en los neuróticos aquellas en las que intervienen en mayor grado los fenómenos del psiquismo. Por ello hay más organoneurosis digestivas y genitales que circulatorias y respiratorias.

Freud explica los mismos hechos por la cantidad de líbido que ha quedado en cada órgano o aparato. Sabida es la emigración que la libido —de acuerdo con la doctrina pansexualista— hace en el curso del crecimiento del sujeto por todos sus órganos, tractus y cavidades, hasta culminar su evolución en las zonas erógenas propias del adulto normal. Afirma el psicoanálisis que es normal que cierta proporción de líbido quede en todo órgano; de allí que éste, además de su función particular en la economía, participe en la función erótica general. Mas, cuando la cantidad de Eros que ha quedado en un órgano es superior a la normal, esto puede perturbar su función específica. Dicho órgano será más sensible a los conflictos anímicos que el sujeto sufra y los exteriorizará mediante su perturbación funcional. Dado que es común que quede más líbido en el tubo digestivo y en el aparato genital con su función urinaria accesoria, que en el aparato circulatorio o en el árbol respiratorio, de ahí la mayor frecuencia —explica Freud— de las organoneurosis digestivas y genitales.

Ya en otra parte exponemos nuestro escepticismo sobre el valor en la génesis de las enfermedades de las *causas únicas*, las que, a nuestro juicio, tienen más bien el significado de *condiciones* de aquéllas. La explicación del psicoanálisis tiene todos los defectos de las explicaciones generales y contra él pueden formularse las mismas objeciones que al finalismo. En un capítulo especial, *La elección sintomática en las organoneurosis* exponemos detalladamente nuestro punto de vista, que aquí nos apartaría de la descripción que estamos realizando de las neurosis viscerales que ve el clínico y a cuya descripción entramos ahora, siguiendo el orden de su frecuencia.

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS

Todos los actos sucesivos del proceso de la digestión se inician por fenómenos de punto de partida exterior que se acompañan de representaciones mentales. Y así como las representaciones correspondientes al apetito o al hambre favorecen habitualmente la función digestiva, pueden también las representaciones opuestas llegar a perturbarla.

Por otra parte, tales procesos se realizan generalmente de un modo automático y a menudo reflejo. La intervención de la atención expectante o de un excesivo interés por parte del sujeto es también un factor que puede trastornar la normalidad de la función.

Las manifestaciones funcionales del aparato digestivo pueden afectar a cualquier tiempo del proceso, desde su fase inicial, el apetito, hasta la función intestinal. La *anorexia mental*, esto es, la pérdida progresiva de la percepción del apetito, puede llevar al sujeto a la reducción considerable de su peso. Es fácil encontrar el motivo de este fenómeno: propósito de atraer la atención de los familiares. Otras veces, el deseo de adelgazar lleva a comer poco y la represión repetida del apetito acaba por inhibirlo. Puede llegarse por este mecanismo a la tuberculinización del paciente, generalmente del sexo femenino.

Más frecuente es la *anorexia electiva* o imposibilidad de ingerir determinado alimento. Se recuerda que era un caso de este género la enferma que sirvió a Freud y Breuer, en 1890, para hacer su primera observación analítica. Se trataba de una paciente fóbica imposibilitada de beber agua en un vaso. Cuando quería hacerlo le sobrevenían espasmos faringoesofágicos, se ponía a temblar y sufría finalmente un ataque histérico. Mediante

el hipnotismo expresó una reminiscencia: cuando ella era niña, una institutriz que odiaba, dábale de beber a su perro en el mismo vaso que a la niña. Tal recuerdo, que permanecía en la zona subconsciente, se había borrado de su memoria vigil, pero seguía actuando y producía aquella anorexia electiva, que cesó fácilmente con la abreacción referida.

Otras veces es la *bulimia* o *polifagia* la manifestación de un neurótico que satisface comiendo exageradamente una tensión psicológica en exceso o da salida de ese modo a una agresividad contenida o satisface la represión de otras funciones, particularmente la sexual.

El *esófago*, en cualquiera de sus dos cabos, puede presentar *espasmos* de origen neurótico y como expresión de emociones o situaciones conflictivas. Si el espasmo afecta a su porción inicial se trata del sujeto que no puede tragar un bocado. Si es el extremo inferior o cardias el que se cierra por el espasmo, el enfermo lo describirá como un nudo que le aprieta la boca del estómago y sube de allí hacia la garganta (el llamado "bolo histérico"). Tales espasmos ceden con el cese de la situación emotiva que le ha dado origen, lo que contribuye a hacer el diagnóstico.

El *estómago* es un órgano muy expresivo de los conflictos anímicos y quizá sea la víscera que con mayor frecuencia toma parte en el lenguaje visceral del organoneurótico. De allí la gran cantidad de *neurosis gástricas* o *falsos gastrópatas*. Para Déjerine más de los cuatro quintos de las *dispepsias* tienen un origen nervioso.

No vamos a describir todas las perturbaciones que puede presentar la función gástrica por causas psíquicas. Ello sólo necesitaría un libro. Digamos que aquí, como en los demás órganos, la alteración de origen psíquico se traducirá por espasmos, incoordinación de la función o parálisis, que tendrán su traducción clínica por *dolores*, *vómitos* y *alteraciones del quimismo*.

Son conocidas las experiencias en las que cambiando los excitantes emocionales en un animal de experiencia cambia también el aspecto de la mucosa gástrica y también sus secreciones, provocándose en general hiperclorhidria. Son también conocidas las observaciones hechas sobre el soldado canadiense en quien una fístula permitía ver la pared gástrica.

Wolf y Wolff, Davier, Wilson, Heyer y numerosos investigadores y clínicos, han llegado a comprobaciones de alto interés sobre la acción de las emociones y hasta de la sugestión hipnótica sobre la función gástrica.



Se ha llegado hasta explicar por razones psíquicas la génesis de muchas *úlceras gastroduodenales*. La vasoconstricción, de origen anímico, de las arteriolas de la pared gástrica puede provocar, si se prolonga, trombosis de dichos pequeños vasos y de allí necrosis de la pared y formación de úlcera.

Ha llamado la atención que el sufrimiento del ulceroso sea episódico y coincida generalmente con situaciones penosas o conflictivas. Agreguemos, por otra parte, que lesiones del hipotálamo—centro diencefálico de la emoción—han coincidido con la producción de úlceras gástricas (Cushing, Hof y Sheehan, Watts y Fulton).

Otros neuróticos presentan *atonía gástrica* y generalmente *ptosis* de esta víscera. Si se estudia en esos casos la personalidad del paciente, se ve que todo el sujeto anímicamente está átono y ptosado. Deprimido, pesimista, falta de entusiasmo y de todo interés, su ptosis gástrica no es más que un elemento particular dentro de un cuadro general.

Muy frecuentes son las manifestaciones neuróticas que afectan al intestino y que pueden consistir en *espasmos*, *estreñimiento*, *diarreas*. Existen personas que después de un disgusto paralizan su función intestinal durante varios días. Otras veces, la atención excesiva puesta sobre esa función y la intervención de lavajes y laxantes la perturban y producen verdaderas neurosis intestinales. Como siempre, en tales casos, el sujeto mediante la intervención de la atención y su voluntad perjudica el proceso de una función que debe ejercerse automáticamente para que se realice bien.

Déjerine llama a los neurópatas con falsas enteritis los "psíquicos del intestino". Otras veces, son *seudos apendiculares*, o es la *enterocolitis mucomembranosa* que se desarrolla generalmente sobre un terreno neuropático.

Constituye un rasgo del carácter puramente funcional de los trastornos que dejamos referidos y de su origen psíquico, la difusión y la variabilidad de tales trastornos que a menudo pasan de un segmento a otro del tubo digestivo o a otro aparato. Así una enterocolitis que duró tres años, desaparece el día que un nuevo tratamiento de otro médico lleva la atención del paciente sobre su función gástrica. Ya Trousseau había señalado esta trasmutación de síntomas funcionales que Brocq llamó *sustituciones mórbidas*, y el mismo Déjerine denomina "metástasis nerviosas" a este traslado del sufrir neuropático de uno a otro órgano.

Correspondería señalar también entre las alteraciones digestivas los trastornos de la *función hepatobiliar* en relación con emociones, penas y disgustos, lo que se realiza mediante el aparato neuromuscular que regula la función de las vías biliares extra-hepáticas. Se conocen casos de *espasmo del esfínter de Oddi* provocado por una sostenida tensión emocional. La ectasis de la vesícula biliar, por otra parte, es una condición previa importante para el desarrollo de colecistitis y colelitiasis. Se conocen ejemplos de ictericia emotiva, y ésta puede ser provocada en perros domésticos después de un susto.

Por otra parte, si bien las emociones pueden actuar sobre el aparato hepatobiliar, también es notorio que las afecciones hepáticas influyen sobre el carácter y el tono del humor. El hígado, por su abundante vascularización y la rica red de filetes del sistema simpático, es un órgano donde puede verse manifiesta la doble y recíproca acción entre soma y psiquis que aquí nos limitamos a señalar.

No queremos terminar este capítulo sin indicar a la atención del lector un libro que, a nuestro juicio, todos los médicos deberían tener. Se trata de la obra titulada *Nerviosidad, indigestión y dolor*, de Walter Alvarez, conocido internista de la Clínica Mayo. Señala las diversas maneras cómo la emoción puede manifestarse por medio del aparato digestivo y la necesidad de completar el criterio clínico con un criterio psicológico a los efectos de llegar a diagnósticos acertados y evitar buen número de operaciones inútiles y a menudo perjudiciales.

MANIFESTACIONES URINARIAS EN LOS NEURÓTICOS

Siguiendo a Déjerine consideraremos: el riñón móvil en los neuróticos, la modificación de la secreción urinaria y las perturbaciones de la micción.

Muy a menudo en esta clase de enfermos se observa el "riñón flotante". El adelgazamiento del paciente ha hecho desaparecer la cápsula grasa del riñón y éste adquiere así una movilidad anormal. Tal síntoma unido a algias lumbares lleva al sujeto a suponer que tiene una afección del riñón. Por otra parte, las fajas y corsets que le indican —en estos casos innecesariamente— concentran aún más la atención sobre el riñón, y el sujeto ya en los límites de la obsesión se mantiene en reposo en medio de cojines.

En lo referente a las perturbaciones funcionales de la secreción urinaria debemos decir que la más frecuente es la *poliuria*

nerviosa. En situación de emoción, el neurótico emite grandes cantidades de orina clara denominada justamente "orina nerviosa". A veces, la poliuria se une a la polidipsia y si coexiste con una glucosuria emotiva, puede llevar al clínico inadvertido a pensar en la diabetes insípida.

Puede observarse, aunque con menos frecuencia, la *iscuria* o la *anuria* nerviosa. Después de una fuerte emoción la secreción urinaria falta durante doce, veinticuatro o más horas. Hay que tener en cuenta que esto va acompañado de escasa o nula ingestión de líquidos y que, otras veces, una sudación copiosa o la coexistencia de vómitos incoercibles, da salida a los líquidos por vías suplementarias.

Las perturbaciones de la micción son muy frecuentes en los neuróticos y a menudo se presentan asociadas a trastornos genitales. La *polaquíuria* o deseo frecuente de orinar puede presentarse en todos los grados, desde el más leve y en cierto modo normal, unido a una situación de emoción, hasta el más extremo que obliga al paciente —con más frecuencia la paciente— a no salir de sus habitaciones. Con menos frecuencia se observa la *incontinencia* de orina, que puede ser también el punto de partida de fobias y obsesiones.

El psicoanálisis vincula todas estas perturbaciones de la micción a lo que Freud denomina "erotismo uretral". Hay un período en la infancia durante el cual el niño presenta el hábito de retener orina y disfruta luego por su pasaje por la uretra. Tal etapa se supera en el proceso de evolución de la libido por los sucesivos estadios de maduración que llevan finalmente la libido a las zonas específicas. Los neuróticos con perturbaciones de la micción serían sujetos no evolucionados que mantienen aquel erotismo uretral propio del infante.

Asimismo, dada la vinculación y hasta la comunidad del aparato de la micción y los órganos sexuales, muy a menudo trastornos de orden sexual realizarían su *conversión* en perturbaciones urinarias. Para el psicoanálisis estos falsos urinarios serían auténticos enfermos de la sexualidad.

PERTURBACIONES FUNCIONALES DE ORDEN GENITAL

Esta clase de trastornos son muy frecuentes en los dos sexos, al punto que es raro que un neurótico no presente alguna perturbación en su función genital. La frecuencia con que aparecen unidos neurosis y trastornos sexuales llevó a los psicoanalistas

a explicar las primeras por los segundos. A nuestro juicio, al proceder así se ha invertido la relación de causa y efecto. No creemos que el sujeto padezca de neurosis *a causa* de sus trastornos sexuales, sino que tiene alterada la función sexual *porque es primitivamente* un neurótico. Si se busca se encontrará que también, aunque en grado variable, tiene perturbaciones de otras funciones: digestiva, cardiocirculatoria, inhibiciones volitivas superiores, etc.

Expondremos muy sumariamente las perturbaciones más frecuentes de orden genital que se observan en los neuróticos. Su exposición detallada necesitaría un libro entero y, por otra parte, ya está bien hecha en textos que al lector le será fácil encontrar. Consideraremos aparte las que se observan en el hombre y en la mujer.

EN EL HOMBRE.— La fijación de una atención excesiva sobre los órganos sexuales es el punto de partida de estas perturbaciones funcionales. Los mecanismos que conducen a esta fijación psíquica son variables. Unas veces es el miedo a las enfermedades venéreas o *venéreofofia*, otras el temor a las consecuencias del *onanismo*, y, en otros casos, de *excesos sexuales*, que se consideran agotadores y que pueden conducir a la llamada *neurastenia sexual*.

De mayor importancia son la *impotencia psíquica*, la *espermatorrea* y la *eyaculación precoz*, que tienen también un mecanismo psicológico. Se sabe que la serie de reflejos, cuyo término son la erección y la eyaculación, tienen una localización medular baja (3ª y 4ª lumbar) y pueden ser puestos en juego por simple excitación mecánica. Sherrington ha demostrado que el animal cuya médula se ha seccionado es capaz del acto de la erección y de la eyaculación. Pero en el hombre intervienen en el proceso sexual representaciones mentales, cuyo asiento está en la corteza cerebral, y elementos emotivos que parten del diencéfalo. Las representaciones mentales, si bien generalmente excitadoras —y capaces de llegar por ellas solas, como en el sueño, a la eyaculación—, pueden también por el mismo mecanismo ser inhibidoras. Evocaciones de tono depresivo, temores que quitan al sujeto confianza en sí mismo y van a focalizar su atención y su voluntad sobre una función que debe ser automática, otras veces recuerdos a menudo inconscientes, con todas las variantes imaginables: son los factores psíquicos que pueden trabar por su intervención al acto sexual en cualquiera de sus tiempos.

Debemos repetir que el sujeto que presenta las referidas perturbaciones es generalmente y primitivamente un *neurótico* en quien siempre se podrá encontrar, además de esas perturbaciones localizadas en la función sexual, los fenómenos generales y difusos propios de los neuróticos. De allí que la terapéutica debe estar orientada no sólo al trastorno de la función, sino principalmente a la personalidad del paciente que es en último análisis la causa de aquel trastorno. El episodio con que se han iniciado aquellas perturbaciones sólo tiene el valor del elemento circunstancial y localizador. Devolverle al sujeto la confianza en sus propios medios y alejar de dicha función una excesiva atención, son las directrices terapéuticas. Aquí como siempre el tratamiento del neurótico mejorará su localización visceral.

EN LA MUJER.— Adler ha llamado la atención sobre el *significado psíquico* de buen número de *manifestaciones genitales femeninas*. Para este autor tendrían también un origen genital numerosas manifestaciones psicopáticas mediante las cuales la paciente expresaría su disconformidad, su insatisfacción o su protesta. La timidez, la ansiedad y hasta una moral virtuosa, pueden ser los elementos que preservan a una mujer de las aspiraciones amorosas. El miedo a las gentes, la fobia de enrojecer, el temor a caerse, el deseo de soledad, serían los síntomas con los que la neurótica obtendría su seguridad. Otras veces, el rechazo al marido se traduciría por tendencia a la polémica, irritabilidad, terquedad, y sería causa de síntomas tales como hipersensibilidad abdominal, frigidez, vaginismo. Y la rehusación del embarazo puede ser asegurada por dolores abdominales, palpitaciones, vómitos, fatiga, malestares.

Se ha destacado asimismo el origen psíquico de numerosas *algias perigenitales* que aquejan a la mujer. Son algias difusas, variables en su intensidad y en su topografía, pero localizadas siempre al bajo vientre, y resultarían de la proyección de la tendencia sexual reprimida cuya energía se transfiere entonces al síntoma dolor o cenestésico. La tendencia que se reprime, dice Freud, no queda destruida, sino que, como ocurre también con las formas de la energía física, experimenta una transformación en su modo de exteriorizarse. El síntoma es la sustitución de algo que la represión impide manifestarse.

Ya no se discute que en muchos casos trastornos genitales como la *dismenorrea*, la *amenorrea*, la *disparcunia*, el *vaginismo*, el *aborto espontáneo*, tienen un origen psíquico. Los cirujanos

conocen el hecho de la anticipación de la menstruación en mujeres el día que iban a ser intervenidas, lo que está ligado a la angustia determinada por el temor de la operación. En otros casos, por el contrario, un factor nervioso posterga o interrumpe la función menstrual.

Del mayor interés son los trastornos psicosomáticos que pueden producirse en la mujer por la práctica del acto sexual interrumpido. La congestión pelviana no va seguida de la fase final orgasmo-depletores y queda entonces un remanente energético sin satisfacción, que puede traducirse por irritabilidad, tensión nerviosa, aversión al cónyuge. Al mismo tiempo, dicha congestión pelviana, que consiste en una vasodilatación del sistema circulatorio de los órganos genitales, a fuerza de repetirse puede determinar angioesclerosis uterina, varicocele pelviano y hasta várices de las extremidades inferiores por entorpecimiento de la circulación de retorno. Ambas manifestaciones, congestión pelviana y trastornos nerviosos, que han sido señalados una y otros por ginecólogos y analistas como causa o efecto, no son sino resultantes ambos del trastorno experimentado por la libido que, puesta en acción, es detenida en su trayectoria.

MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS

Esta clase de manifestaciones son menos frecuentes que las que se observan en el aparato digestivo o en el aparato génito-urinario, pero son también de observación corriente. Pueden consistir desde trastornos nasales y laríngeos hasta perturbaciones respiratorias verdaderas.

Los trastornos *nasales* son originados habitualmente por la fijación de la atención del sujeto sobre una mucosa levemente congestionada, un cornete desviado. El tratamiento médico local, lejos de curar a estos neurópatas, contribuye a fijar todavía más su psiquismo sobre la pequeña alteración sin importancia.

Las perturbaciones *laríngeas* consisten en ronquera, afonía y fenómenos espasmódicos. Existe buen número de pacientes fóbicos de la laringe y son generalmente personas cuya profesión depende en cierto modo del estado de dicho órgano: cantantes, actores, oradores. La idea de un trastorno laríngeo es suficiente, sobre un fondo neuropático, para perturbar la fisiología del órgano. Menos frecuentes son los espasmos de la glotis que sobrevienen en especial en niños con tara nerviosa.

La disminución de la ventilación pulmonar es un hecho común a todos los neuróticos en estado de temor o de obsesión. No es más que la exageración o la prolongación anormal de un fenómeno normal. En efecto, todo estado de atención, de espera o de preocupación, aun en las personas sanas, se acompaña de una disminución del número y de la amplitud de los movimientos respiratorios, como es fácil demostrarlo mediante espirogramas. El sujeto nervioso, presa de un estado de ansiedad, llega hasta a inmovilizar su tórax, como si tuviera —algunos lo dicen— una plancha de hierro sobre su pecho. El “ahogo” que el paciente localiza en su pecho, está realmente en su mente. La expresión “desahogarse” tiene por ello una doble acepción: al liberar su tensión emocional el sujeto respira mejor. Otras expresiones, “quedar sin aliento”, “el pecho oprimido”, “el corazón apretado”, son el modo simbólico con que el hombre de la calle expresó siempre estos fenómenos psicosomáticos que la medicina recién se ha puesto a estudiar.

Las perturbaciones respiratorias de causa psíquica consisten con frecuencia en verdaderos ataques de taquipnea nerviosa. Sujetos con una labilidad especial del aparato respiratorio van a expresar mediante sus manifestaciones funcionales las situaciones de angustia y de tensión nerviosa por los que atraviese, pudiendo llegar hasta presentar verdaderos accesos de *asma nerviosa*.

Buen número de asmáticos son distónicos neurovegetativos, y en la aparición de sus crisis van a incidir, junto a factores fisiológicos, elementos anímicos. En efecto, pocas afecciones como el asma muestran tan claramente la interacción sumativa de elementos físicos y emocionales. El asma, en tales casos, es el resultante de tres factores: 1º) la constitución emotiva, 2º) una fragilidad orgánica (espasmofilia bronquial), y 3º) un accidente circunstancial: contrariedad, frío, polvo, polen, etc. Los alergistas incurren en el error de considerar sólo este último factor. No es menor el error de los psiquiatras que consideran sólo el hecho emocional. La interpretación integral exige el conocimiento de la personalidad del paciente, su situación en la vida y de sus órganos de menor resistencia. Si no se tienen en cuenta la totalidad de factores, el tratamiento será de eficacia pasajera. Si el paciente, desensibilizado para un alérgeno, cesa en sus ataques de asma, pero mantiene los conflictos anímicos de los que ellos eran expresión, podrá presentar lo que se ha llamado “migración de síntomas”: el padecimiento de otros órganos traducirá el mantenimiento de su tensión psicológica. El prurito, la urti-

caria, jaquecas, estreñimiento intestinal o diarreas, espasmos gastrointestinales o a veces una conducta agresiva, serán entonces la expresión del conflicto que persiste.

Cabría también poner en la categoría de *manifestaciones fóbicas*, con asiento en el aparato respiratorio, el caso de aquellas personas que a raíz de una gripe, una bronquitis o una puntada de costado, consideran que están afectadas de tuberculosis pulmonar. Numerosos son los estudiantes de medicina que al iniciar la vida de hospital y sus estudios de patología pulmonar se creen enfermos de aquel mal.

Como casos extremos en este capítulo corresponde citar los *neurasténicos falsos pulmonares*. Cubiertos de abrigo, su cuello rodeado de bufandas, preocupados por la fobia del frío y de las corrientes de aire, hipersensibles a los menores cambios de temperatura, viven examinándose los golpes de tos, las algias torácicas y sus banales expectoraciones. Tan consustanciados se hallan con su supuesta afección estos "enfermos imaginarios", que resultan más difíciles de curar que los enfermos reales.

PERTURBACIONES CARDIOVASCULARES DE ORIGEN PSÍQUICO

No debe sorprender el hecho de que el corazón, que puede ser considerado como "el órgano típico de expresión" de todos los estados anímicos, traduzca los efectos de los conflictos que perturban al individuo. En todo tiempo las gentes han señalado la repercusión de las emociones sobre el área cardíaca, como lo indican las expresiones comunes: "con el corazón destrozado", "el corazón rebosante de alegría", "descorazonado", "cordialmente". La propia palabra "angustia" proviene de "angor", angostura o estrechamiento, y expresa la sensación de opresión, dificultad o estrechamiento, que localiza sobre el área cardíaca el sujeto durante un acceso de ansiedad.

Con frecuencia se observan *manifestaciones fóbicas* localizadas sobre el corazón, lo que se explica por la referida facilidad con que este órgano reacciona frente a las situaciones de emoción, ya sea la emoción-shock o la emoción sostenida y prolongada. Por otra parte, el carácter generalmente grave de las afecciones de este órgano vital, y el temor a la muerte brusca que puede sobrevenir a causa de ellas, contribuye en el sujeto temeroso de enfermedades a aumentar su miedo, y éste facilita la sugestibili-

dad. Tales son los elementos que pueden transformar a un sujeto en un fóbico del corazón, quien vivirá desde entonces, con toda su atención puesta sobre el área cardíaca.

La percepción de los latidos cardíacos, las palpitaciones, ciertas arritmias, son fenómenos normales que pasan inadvertidos para el sujeto anímicamente sano. Pero si quien percibe aquellos fenómenos funcionales es una persona predispuesta por su estructura neurótica, va a convertirse desde entonces en un *falso cardíopata* que, ante el temor del infarto del miocardio, asediará a los especialistas. Los cardiólogos saben bien cómo es mayor la ansiedad en una neurosis cardíaca que en un cardíaco verdadero.

La intervención para el examen del sistema cardiovascular de aparatos mecánicos y métodos gráficos —esfigmomanómetro, electrocardiogramas— lejos de disminuir el número de fóbicos del corazón los ha aumentado. Existen neuróticos que viven pendientes de la cifra de su presión arterial, ignorando cómo influyen en ésta los factores emotivos. Si a un sujeto, con el esfigmomanómetro puesto, se le recuerda una situación emotiva de importancia, se verá ascender su presión arterial en dos o tres centímetros. La ansiedad creada por el temor a la hipertensión puede hacer, en un sujeto hiperemotivo, subir la cifra tensional.

Las mismas consideraciones cabe hacer para el electrocardiograma, como lo expresa con toda su autoridad William Dressler en la siguiente frase que tomamos de su *Cardiología Clínica*: —"En nuestros días, el valor asignado a los resultados obtenidos con los métodos gráficos, ha llegado a tal punto que los hallazgos electrocardiográficos han sido considerados, con frecuencia, como evidencia suficiente en qué basar un diagnóstico y un pronóstico graves, aun cuando la observación clínica apunte en sentido contrario. Especialmente en el terreno del pronóstico, la interpretación de los datos electrocardiográficos ha causado más mal que bien".

Fácil es encontrar ejemplos de la influencia psíquica sobre la circulación vascular y que las expresiones "pálido de miedo", "rojo de cólera", señalan. En ciertos neuróticos el temor de enrojecer en público o *eritrofobia*, los lleva justamente al temido enrojecimiento. Aquí, como siempre en esta clase de personas, la representación mental del fenómeno acaba por crearlo y la vasodilatación se produce. Por el contrario, otras veces tienen lugar fenómenos de vasoconstricción, y éstos explican los *marcos* a repetición de determinados neuróticos.

No hay duda que en las ciudades modernas ha aumentado considerablemente el número de los enfermos cardiovasculares,

pero también —y sin duda a causa de ello mismo— se ve mayor cantidad de pacientes fóbicos de este aparato. La amplia difusión dada al aumento de la arterioesclerosis, y su conocimiento por el público profano, han llevado a muchas personas a vivir con el temor de dicha afección y a buscarse de continuo los signos anunciadores. Contribuyen a esto los artículos científicos publicados en la prensa diaria y toda esa propaganda popular de medicamentos realizada con tal entusiasmo que parecería desear el aumento de enfermos para acrecer el número de beneficiarios del específico que se pregonaba.

En este mismo libro figuran dos capítulos referentes a la psicoterapia de los enfermos cardíacos y de los hipertendidos, y en ellos tratamos otros aspectos de la influencia psíquica sobre el aparato cardiovascular y a la vez la repercusión que tiene sobre el ánimo del paciente la existencia de una real afección cardíaca o vascular. A los efectos de no incurrir en repeticiones remitimos al lector a dichos capítulos.

MANIFESTACIONES CUTANEAS DE ORIGEN PSIQUICO

La piel, extenso manto que pesa cuatro kilogramos, constituye una inmensa terminación nerviosa que recibe excitaciones del medio exterior, pero que también exterioriza lo que pasa en nuestros órganos, es influenciada por nuestros estados de espíritu y hasta por el proceso de nuestra ideación. La fisiología demuestra que las emociones disminuyen la resistencia eléctrica de la piel.

Por otra parte, la piel tiene con el sistema nervioso una comunidad de origen embriológico, pues, una y otro derivan de la hoja blastodérmica. Y así como en las neurosis viscerales que hemos pasado en revista, una labilidad especial hace más sensibles a determinados órganos para expresar los conflictos anímicos, existe también una categoría de personas en quienes la piel es el órgano más sensible, que actuará como una "antena no protegida" (Bory) expresando los problemas, los conflictos y hasta las alegrías de su portador.

El profesor Vignale, de cuya clase clínica sobre este tema tomamos la mayor parte de los datos de este capítulo, divide las manifestaciones cutáneas ligadas a factores anímicos en dos categorías: *cuadros objetivos* y *cuadros subjetivos*.

Entre las manifestaciones cutáneas *objetivas* pueden citarse por orden de frecuencia en primer término las *verrugas*. Como se

sabe, son manifestaciones a virus, pueden ser contagiosas y tienen una anatomía patológica conocida. No obstante ello —como es de común observación—, las verrugas pueden ser curadas mediante la sugestión.

Después de fuertes emociones se ha visto en algunos sujetos aparecer *psoriasis*. En otros casos, en el mismo individuo alternan episodios de *psoriasis* y cuadros psicóticos, en especial, accesos maníacodepresivos. Se produce entre ambas manifestaciones mórbidas una *sustitución* y el paciente se ve libre de una de ellas con la aparición de los primeros síntomas de la otra.

La *pelada* puede aparecer también durante estados prolongados de tensión nerviosa. Un concursante, durante el transcurso de las pruebas de competencia, hizo una pelada que sólo curó con la terminación de las oposiciones. No es éste un hecho nuevo de observación. Si se leen los libros clásicos de medicina se verá que la mayor parte de las observaciones que destacan actualmente los psicosomatistas habían sido anotadas ya por los viejos clínicos tan observadores. Así, Sabouraud ya había señalado que la pelada podía aparecer en pacientes —hombres y mujeres— que mantenían reprimidas fuertes tendencias afectivas.

Más frecuente es encontrar ejemplos de factores emocionales en la etiología de algunos casos de *eczema*, y más fácil aún en *eritemas*, al punto que se conoce el *eritema emotivo*. Se ha visto también aparecer el *liquen plano* después de un shock emocional. Pautrier, de Strasburgo, cita un caso de esta afección curado por el psicoanálisis. También el *vítiligo* puede manifestarse después de fuertes emociones prolongadas. De más frecuente observación es la *hiperhidrosis* ligada a situaciones de nerviosidad, y así se habla de "sudores fríos" o "sudores calientes", según que en el sujeto se asocie la vasoconstricción o la vasodilatación a las manifestaciones secretorias.

En la misma categoría de manifestaciones de origen psíquico están los casos de *canicie brusca* provocada por emociones intensas, de lo que son clásicos los ejemplos de Ludovico Sforza, quien, tomado prisionero por Luis XII, encaneció en una noche; y María Antonieta cuando se le comunicó su sentencia. En la reciente guerra mundial se han señalado varias observaciones semejantes.

En tales casos —y también en las manifestaciones cutáneas anteriormente señaladas— debe reconocerse que el papel de la emoción es poner en actividad elementos glandulares endocrinos, en especial hipófisis, suprarrenal, tiroides, que van a vertir bruscamente en la circulación sus secreciones, provocando así serias

transformaciones en el quimismo humoral y en la fisiología del sistema neurovegetativo. Y éste dará su nota en el órgano, sistema o función más sensible, distinto para cada sujeto, pero siempre el mismo para cada uno.

La más frecuentes de las manifestaciones *subjetivas* de este capítulo psiquismo y piel es el *prurito*. Son de corriente observación los ejemplos de prurito mentales o imaginativos: personas que se rascan al oír hablar de parásitos, de sarna, etc. Este fenómeno es imitativo y puede verse su contagio por la sola acción psíquica. Otras veces, sujetos que se encuentran en situaciones dificultosas —financieras, concursantes, examinandos—, presentan pruritos intensos que cesan con el término de las dificultades. Sabido es cómo el psicoanálisis ha destacado el valor de la psicogénesis en la producción y hasta en la localización de estos fenómenos.

OTRAS ORGANONEUROSIS

A los efectos de hacer completa la enumeración de las organoneurosis, sólo nos restaría citar las neurosis que se manifiestan en el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos.

Agrupándolas aparte, por su carácter especial, exponemos en el capítulo que sigue los trastornos funcionales del sistema nervioso.

En lo referente a las neurosis localizadas en los órganos de los sentidos no las exponemos en las presentes lecciones, en primer término porque son, con mucho, menos frecuentes que las neurosis viscerales que acabamos de pasar en revista; y luego porque rara vez el clínico general se enfrenta a ellas, puesto que son del resorte casi exclusivo del especialista. Por otra parte, el mecanismo de su producción es el mismo que el de los trastornos que dejamos señalado: la atención del sujeto se fija sobre un aparato o una función y esta fijación fóbica trabará su normal desempeño.

5

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL SISTEMA NERVIOSO

CONCEPTOS GENERALES

Parece de norma iniciar el desarrollo de este tema con una exposición histórica sobre la evolución que el concepto de la naturaleza y origen de los trastornos neurológicos funcionales ha tenido a través del tiempo, y en especial en los últimos sesenta años. Deberíamos hacer una síntesis de las ideas de Charcot, Bernheim, Babinski, Déjerine, Dupré, Freud, de las discusiones interminables entre estos clínicos y de sus conceptos sobre la *histeria*, la *simulación*, la *emotividad*, la *psicoplastia* y hasta del *psicoanálisis*. Dado que esa exposición histórica está ya hecha en todos los libros de neurología y de psiquiatría —donde el lector encontrará excelentes resúmenes— nos creemos libres de repetirla aquí.

A los efectos de simplificar el estudio de esta clase de perturbaciones —generalmente múltiples, variables y desconcertantes— precederemos su descripción exponiendo algunos principios generales. Tales principios, por otra parte, sintetizan en cierta forma lo válido de aquellos conceptos y lo que ha quedado fuera ya de toda discusión.

1) Las alteraciones funcionales neuromusculares y de la sensibilidad se observan en los *hísticos* y en los *neurasténicos*. El trastorno no reside en la manifestación sintomática periférica. Lo que hay que estudiar son las *condiciones mentales* que posibilitan tales fenómenos. La perturbación está en la *personalidad* del paciente y no en el síndrome resultante, que es sólo un efecto de aquélla.

2) Lo que constituye la histeria, como lo que constituye la neurastenia, es mas bien un *estado mental* antecedente, que los *accidentes* de todo orden que son esencialmente secundarios. Dicho estado mental constitucional es fácil de verificar en el curso de la vida ordinaria y en todo el pasado del paciente.

3) Todos los fenómenos que la emoción o las representaciones mentales emotivas son capaces de crear de una manera transitoria, pueden ser observados en el curso de estas neurosis.

4) La *preocupación*, los *temores*, la *obsesión*, localizados en un órgano, son capaces de provocar a la larga en la funcionalidad de dicho órgano los mismos trastornos que la emoción-shock puede producir de un modo directo y brutal.

5) En los sujetos *fóbicos hiperemotivos*, el miedo de tener un trastorno alcanza para producirlo. En ellos, la *representación mental* de un fenómeno tiene la misma fuerza y el mismo efecto que la producción real del fenómeno. Se produce lo que puede llamarse el *fenómeno mental objetivado*, del mismo género que el que se produce en la *experiencia clásica del péndulo de Chevreul*.

Si se sugiere a un sujeto, o si éste se sugiere a sí mismo, que un péndulo, que tiene entre el pulgar y el índice, va a ser animado de oscilaciones regulares, sucede muy a menudo que las oscilaciones previstas se realizan: es el mismo sujeto que produce el movimiento, sin saberlo y sin quererlo, por objetivación automática de la imagen. Esta experiencia es un caso de sugestión imaginativa, en que la imagen por su sola fuerza viva se realiza objetivamente. Ribot ha insistido sobre la tendencia esencial y espontánea de toda imagen a exteriorizarse, en virtud de los elementos motores que encierra. Así, el movimiento de los dedos que hace oscilar el péndulo de Chevreul es *una idea en marcha*, una imagen que se escapa en cierta forma de la mente para exteriorizarse bajo forma de movimiento.

6) Existe una categoría de sujetos particularmente susceptibles de expresar mediante el aparato neuromuscular y la sensibilidad, sus temores, sus deseos o los conflictos en que se encuentran: son los *psicoplásticos* de Dupré, los *histéricos* de todas las épocas. Por esa aptitud para la expresión de enfermedades llegan a mimarlas plásticamente cuando su sugestibilidad por lo patológico es puesta en acción por el miedo o por deseos subconscientes reprimidos. Diríase que en ellos, el aparato neuromuscular, plástico y maleable, está puesto al servicio de sus tendencias e instintos y expresa por su intermedio sus problemas sin solución normal.

7) En los *sujetos psicoplásticos* el miedo de padecer una contractura, un temblor o una parálisis, crea la representación mental de estos trastornos, y dicha representación mental es objetivada, realizándose entonces la contractura, el temblor o la parálisis.

Los *yoguis* llegan a tener un dominio psíquico sobre las funciones vegetativas. Pueden modificar a voluntad el ritmo cardíaco, alcanzando fácilmente 130 a 150 pulsaciones por minuto y también bradicardias hasta de 35 pulsaciones. Por su dominio sobre el ritmo respiratorio logran periodos de apnea absoluta que se prolonga hasta cinco minutos. Se sabe, asimismo, cuán fácilmente pueden lograr la total laxitud anímico-física y sumergirse de este modo en estados profundos y prolongados de concentración. Estos hechos demuestran que existe innegablemente una influencia de la mente sobre las funciones orgánicas. ¿Puede sorprender, entonces, que por la misma vía psicoorgánica se llegue a realizar parálisis, contracturas y anestias de causa puramente ideativa? Podría decirse que esa influencia de la mente sobre el cuerpo, que a los orientales les ha llevado hasta el *nirvana*, ha servido hasta ahora en los occidentales sólo para crear manifestaciones patológicas funcionales (histeria, neurastenia, fobias) y ha sido tenida en cuenta muy poco en la terapéutica.

8) Si el sujeto asienta sobre su aparato neuromuscular o su sensibilidad sus preocupaciones fóbicas, se denominará *histérico*. En cambio, es un *organoneurótico* si es una viscera de su economía el lugar de la fijación de su atención fóbica. Y será un *psiconeurótico* si sus perturbaciones son sólo de índole psíquica: dudas, obsesiones, ideas fijas. Las tres categorías de neurosis —*histeria*, *neurosis visceral* y *psiconeurosis*— tienen un fundamento común —la *constitución emotiva* y la *existencia de un problema anímico*— y se diferencian sólo en el medio de expresarlo: sistema neuromuscular, funciones somáticas o síntomas psíquicos.

9) La mayor parte de las funciones de nuestro organismo se realizan de un modo *automático* y sin que sea necesaria la intervención de nuestra atención y nuestra voluntad. La concentración de la atención sobre una función automática es muchas veces causa de su perturbación.

10) Existen perturbaciones motoras funcionales provocadas por la astenia o la fatigabilidad a que conduce la abulia del paciente. Pero, en el otro extremo, hay sujetos que inhiben el cumplimiento normal de una función *por querer demasiado* hacerla perfecta. Como bien se ha dicho, "para el nervioso, más todavía que para todos los demás, lo mejor es enemigo de lo bueno".

CONTRACTURAS Y PARÁLISIS EN LOS NEURÓTICOS

Sabido es que la *contractura* es una contracción tónica e involuntaria de uno o varios músculos de la vida de relación.

La *parálisis* está constituida por la abolición más o menos completa de la motricidad voluntaria (músculos estriados) y de la motricidad refleja (músculos lisos).

Parálisis y contracturas son las manifestaciones más frecuentes en las lesiones y enfermedades orgánicas del sistema nervioso. Pero otras veces ellas son solamente *funcionales*, esto es, sin relación con ninguna lesión orgánica. Tales parálisis y contracturas funcionales son las que se observan en los neuróticos.

La historia de esta clase de pacientes es siempre la misma. Se trata de sujetos ya constitucionalmente hiperemotivos, hipochondríacos, muchas veces con el temor de enfermedades. A raíz de un traumatismo, una caída, o un susto, presentan, generalmente de un modo brusco, una parálisis o una contractura de sus extremidades que los imposibilita para caminar o trabajar. La exploración somática más minuciosa no revela lesión orgánica alguna que explique tales trastornos. Sólo se encuentra, a menudo, exaltación de los reflejos tendinosos y no es raro que existan anestias del miembro o regionales. Tales trastornos, muy frecuentes durante la guerra, se ven actualmente en los accidentados del trabajo asegurados.

Generalmente resulta fácil distinguir estos trastornos funcionales de los orgánicos. Las *contracturas psicógenas* tienen en general una *intensidad exagerada*, que aumenta cuando deseamos vencerla. Los *reflejos cutáneos son normales*, no obstante la vivacidad de los tendinosos. Y coexisten manifestaciones *histéricas*, en especial, *anestias atípicas*.

También es fácil distinguir las *parálisis histéricas*. Su topografía no responde a un trayecto nervioso, sino que es *segmentaria* y afecta a una función bien determinada. Son *normales* los reflejos cutáneos y tendinosos; *no hay trastornos de las reacciones eléctricas*. Es posible la ejecución de *movimientos automáticos o asociados* en el miembro paralizado. Y generalmente también *coexisten* con manifestaciones típicamente *histéricas*.

Modernamente se dispone de un elemento valioso para el diagnóstico —y también el tratamiento— de esos trastornos funcionales. Nos referimos al *narcoanálisis*, realizado mediante el amital sódico o el pentotal por vía intravenosa. Llevado el sujeto al nivel prehipnótico, resulta fácil hacerle manifestar las *razones*

subconscientes de sus trastornos. Se encuentra generalmente la *realización subconsciente de un deseo de enfermedad*, el escape de una *situación de compromiso* o de peligro, un anhelo de renta o la *conversión y fijación* del potencial energético de una *tendencia reprimida* (miedo, huida, agresión, insatisfacciones instintivas, etc.). Este método permite distinguir rápidamente lo estructuralmente orgánico y lo puramente funcional; desenmascara con facilidad al simulador, y dado que exterioriza la *situación vital* del paciente —que es justamente la causa fundamental de aquellos trastornos— permite por su conocimiento buscarle su solución. En el capítulo de este mismo libro, "El narcoanálisis en la exploración psicósomática" (pág. 75) desarrollamos detalladamente este tema, de tan alto interés.

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD

Los trastornos psicógenos de la sensibilidad pueden consistir en su supresión, su disminución, su aumento o su modificación, constituyendo respectivamente *anestias*, *hipoestias*, *disestias* o *parestias*.

Las *anestias funcionales*, que se observan exclusivamente en sujetos histéricos, tienen las siguientes características por las que, en general, resulta fácil reconocerlas: No responden a *ninguna topografía* nerviosa determinada, sino que están geométricamente limitadas. Si se trata de hemianestesia, toma exactamente hasta la *línea media* del cuerpo y de la cara. En los miembros la anestesia histérica toma la forma de guante, manguito, bota, etc. Están afectados por igual *todos los modos de sensibilidad* (al tacto, calor, frío, dolor, etc.). No obstante ello, persisten los reflejos cutáneos, y además el pinchazo o pellizco de la zona así anestesiada provoca dilatación pupilar. También está tomada la sensibilidad profunda. La hemianestesia es también a menudo *sensorial* y están afectadas la visión y la audición del mismo lado (que es generalmente el izquierdo). A mayor abundamiento agregaremos que en un miembro con una anestesia de esta clase está tomada *en el mismo grado* la sensibilidad de la raíz que la de la extremidad de dicho miembro. Hace el diagnóstico la modificación fácil por la influencia del médico y su desaparición rápida por la corriente eléctrica.

Las *hiperestias* consisten en el aumento de la sensibilidad dolorosa y son frecuentes en los sujetos neurasténicos. En general son difusas, variables, sin límites precisos ni fijeza. Aparecen y son influenciados por factores subjetivos. Las más frecuentes

algias en los neurasténicos son la cefalalgia en casco, la cervical, raquialgias, coxalgias y algias múltiples y variables en la espalda, miembros, etc. Más que de una hiperestesia, se trata de una hiperexcitabilidad del neurótico que le hace percibir incómodamente sensaciones y contactos que, como el de las ropas, pasan habitualmente inadvertidas. Lo demuestra el hecho de que tal hiperexcitabilidad, que es propiamente una hiperirritabilidad, se hace extensiva también a los otros géneros de percepciones y la luz viva los molesta, ruidos comunes se les hacen insoportables, etc.

Como un grado extremo de estos estados neurasténicos se encuentra la *akinesia álgera de Möbius*. El paciente, inmóvil en su lecho, como un parálítico, no efectúa el menor movimiento porque el dolor psicógeno se halla difundido en todo su cuerpo.

Muy frecuentes son, en los neuróticos, las modificaciones de la sensibilidad denominadas *disestesias* o *parestesias*, siendo raro el neurasténico o el histérico que no las presente. No son justamente manifestaciones álgicas y no son definidas con precisión por el paciente, quien no halla aplicable para su caso los términos clásicos de las percepciones dolorosas. Las describe usando comparaciones. El neurótico, del mismo modo que el poeta, se expresa por imágenes. Dice que la sensación incómoda es "*como si tuviera un globo*", "*como si le cayera una gota de agua*", "*como si le caminara un insecto*", etc. Este uso del *símbolo* ayuda a hacer el diagnóstico. Es admisible que en tales casos los trastornos subjetivos referidos por el paciente responden más bien a perturbaciones de su cenestesia que a las alteraciones de sus sensibilidades periféricas.

Si fuera nuestro propósito hacer una enumeración completa de todos los trastornos funcionales neuromusculares que pueden verse en los histéricos y en los neurasténicos, deberíamos mencionar otras alteraciones, aunque menos frecuentes que las que acabamos de ver. Ellas son, unas, perturbaciones del equilibrio y de la coordinación como la *astasia-abasia histérica*, y otras consisten en movimientos involuntarios: *temblores*, *seudotics*, *convulsiones* o *crisis histéricas*. Empero, no es nuestro objeto hacer una enumeración exhaustiva de todos los trastornos de esta índole, cuya nómina y descripción está —repetimos— en todo libro de neurología o de psiquiatría. Nos ha interesado dar el concepto general de tales perturbaciones, la doctrina de su interpretación y el mecanismo de su psicogénesis, los cuales son los mismos para toda esta clase de manifestaciones mórbidas cualquiera que sea la función —dinámica o estática— perturbada.

MANIFESTACIONES FUNCIONALES QUE SE AGREGAN A LOS TRASTORNOS ORGÁNICOS

Es de hábito en los libros describir separadamente y hasta oponer los trastornos *funcionales* a los trastornos *orgánicos* y enumerar sus caracteres distintivos. Sin embargo, en la clínica muy a menudo lo funcional *se sobreagrega* a lo orgánico en el mismo enfermo. Limitándonos aquí al sector neurológico podríamos decir que no hay enfermo orgánico que por efecto de su situación emotiva, del significado generalmente serio de las lesiones nerviosas y del temor de la repetición del accidente determinante, no sobreagregue elementos funcionales de origen psíquico.

Pudo verse en el Hospital Maciel un ejemplo demostrativo de lo que dejamos dicho. Ante un principio de incendio, que tuvo lugar en la Sala Soca, se vió a hemipléjicos, paralizados en su lecho hasta entonces, ponerse a salvo por sus propios medios. Y es que todo hemipléjico, pasado el accidente agudo que determinó su lesión, podría caminar, siempre mejor que como lo hace un amputado de pierna. Si permanece inmóvil en su lecho es porque a lo orgánico se suman elementos subjetivos psicógenos que acentúan su déficit motor.

Estos hechos son de observación corriente en la clínica. En un capítulo de este mismo libro, titulado "La expresión de situaciones conflictivas incidiendo sobre síndromes orgánicos" (pág. 69), exponemos algunos casos de enfermos neurológicos lesionales que exageraban su sintomatología o la prolongaban en virtud de factores psicológicos. A los efectos de evitar repeticiones remitimos allí al lector.

Existen siempre datos que pueden permitirnos sospechar la naturaleza neurótica de los síntomas que presenta un paciente: la comprobación de que tiene *los rasgos propios de la personalidad neurótica*; el conocimiento de que sus perturbaciones comenzaron a raíz de *emociones*, situaciones de compromiso o conflictos no resueltos; la *desproporción* existente entre las quejas del enfermo y familiares, por una parte, y su estado general, por otra parte; el *carácter intencional de sus síntomas* a los que es fácil descubrirles una significación y un fin; la *influenciabilidad* del cuadro clínico por el médico y en especial por las terapéuticas espectaculares.

Ninguno de los datos que anteceden tienen carácter absoluto. Un neurótico puede, en efecto, hacer una enfermedad orgánica y, en tal caso, las primeras manifestaciones serán psíquicas,

dada la mayor fragilidad de su aparato anímico. Del mismo modo, buen número de enfermedades orgánicas se ponen en marcha después de emociones, conflictos, penas, factores que debilitan la resistencia vital del sujeto. Tampoco es signo distintivo el hecho de que el síntoma se modifique por la influencia psíquica del médico, puesto que síntomas físicos y hasta dolores auténticos pueden ser modificados *momentáneamente* por la acción sugestiva. Y en lo referente al hallazgo de un carácter intencional de los síntomas, debe procederse con cautela, pues el exceso de imaginación del médico analista puede deformar los hechos. Recuérdese al astrónomo que ubicó en el cielo al ratón que estaba en su telescopio.

Como vemos, pues, si es fácil diferenciar en los casos extremos lo funcional de lo orgánico, en la clínica a menudo tal tarea es delicada. Y es que generalmente el problema no consiste en distinguir frente a un enfermo si es neurótico o lesional, sino *en qué grado* sus padecimientos son de origen neurótico y *en qué grado* son de origen orgánico. Los más frecuentes son los casos mixtos, complejos, a menudo enmarañados. Pero son justamente estas dificultades lo que hace de la medicina una ciencia.

El talento diagnóstico del médico estriba en la obtención sutil de todos los detalles de interés y, como lo afirma von Bergmann, *esta rebusca inquisitiva, esta captación apasionada de todas las observaciones del enfermo*, hasta las más indiferentes en apariencia, tiene algo de entusiasmo deportivo. Y luego la valorización de las observaciones recogidas pondrá a prueba en el clínico su criterio analítico, la autenticidad de sus síntesis y la sutileza de su discriminación. Esa coincidencia cabal entre el resultado del proceso siempre complejo de elaboración intelectual y la realidad objetiva insobornable, es lo que se denomina *el diagnóstico exacto*.

6

LA EXPRESIÓN DE SITUACIONES CONFLICTIVAS INCIDIENDO SOBRE SÍNDROMES ORGÁNICOS

HECHOS QUE LA MEDICINA SOMÁTICA NO EXPLICA

El médico exclusivamente somático se encontraba con mucha frecuencia en clínica con enfermos cuyas particularidades no podían explicarse mediante la visión científico-naturalista propia del galeno organicista. Dos cuadros clínicos semejantes —por ejemplo, dos enfermos de iguales condiciones físicas con parálisis facial a frígore— que evolucionaban de modo distinto. En tanto que uno de los enfermos curaba con los tratamientos habituales dentro de los términos comunes, el otro prolongaba su enfermedad meses y meses ante la impaciencia y la desorientación del fisioterapeuta que veía fracasar en este caso sus métodos tan eficaces para la generalidad.

Repetimos que la medicina somática, focalista, de fines del siglo pasado y comienzos del presente, que todo lo explicaba por la lesión, el foco y la anatomía, no podía explicarse tales casos. Ya hemos dicho en otra parte cómo tales hechos comenzaron a iluminarse a la luz del conocimiento de la vida anímica cuando las exploraciones *psicoanalíticas* de Freud, Adler, Jung y sus colaboradores demostraron la necesidad del conocimiento total de la vida del paciente para la interpretación de su enfermedad.

Nos parece de estricta justicia destacar los nombres de ilustres clínicos que, al margen del psicoanálisis, señalaron análogas comprobaciones referentes al valor de las situaciones anímicas sobre los síndromes orgánicos. *Déjerine*, en Francia, y *von Krehl* y *Friedrich Kraus*, en Alemania, tuvieron el gran mérito de destacar —en medio del auge casi absoluto del somatismo médico— el valor de la visión total del enfermo y la necesidad del conocimiento de su personalidad integral. Léase, en efecto, la obra *Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses*, de Déjerine, escrita en colaboración con Gauckler, y se admirará la sagaz visión del maestro francés. Se verá cómo, sin el empleo de los métodos de exploración psicoanalíticos —que entonces no se conocían en Francia—, llega el ilustre clínico de la Salpêtrière a análogas conclusiones que el creador de tales métodos.

Del mismo modo, Ludolf von Krehl y Friedrich Kraus, el primero fisiopatólogo y cardiólogo, el segundo gran clínico, tuvieron también —al margen del movimiento freudiano— la visión del valor y la importancia del conocimiento integral y dinámico del enfermo para explicarse su padecer y buscar su mejoría.

Esta comprensión *integral* del problema de la enfermedad lleva al ilustre neurólogo Kurt Goldstein a considerar la enfermedad como una lesión *de toda la actividad vital* mezclándose en ello lo psíquico y lo físico.

POSIBILIDADES EXPRESIVAS DE UNA ENFERMEDAD

La participación de lo psíquico en el cuadro de todo proceso mórbido y, a su vez, la expresión corporal de los estados anímicos, pueden conducir en una enfermedad —esto es, en el proceso mórbido psicofísico— a las siguientes posibilidades:

a) Por una vulnerabilidad neurótica del paciente, el cuadro psíquico llega a tener mayor expresividad que el cuadro físico que lo ha provocado: con unos miligramos de albúmina en la orina el paciente neurótico presentará una angustia terrible frente a la nefritis.

b) A causa de la mayor expresibilidad de su lenguaje psíquico —propia de los pacientes anímicamente lábiles—, procesos patógenos verdaderamente orgánicos se traducirán primeramente por manifestaciones psíquicas antes de hacerlo por signos objetivos. Así, un sujeto de constitución ciclotímica con un neoplasma en evolución hará un estado depresivo melancoliforme que precederá a la aparición de los síntomas físicos.

c) Las manifestaciones psíquicas, causadas por un proceso orgánico, pueden incidir sobre éste agravándolo, y creando así un círculo vicioso en el que los influjos organopsíquicos y psico-orgánicos van creciendo por acción doble y recíproca. Sujetos con un déficit en su circulación coronariana, verán aumentar este déficit a raíz de emociones súbitas o violentas, y el cuadro funcional así instituido aumentará la emoción que llegará a la ansiedad y ésta, con sus mecanismos de espasmos y vasoconstricción, agravará el cuadro cardíaco.

Pero, además de estos tres mecanismos de la interacción psicoorgánica que ya señalábamos anteriormente, puede encontrarse otro y es al que alude el título de este capítulo que señala al mismo tiempo su patogenia: *situaciones conflictivas* personales o familiares del paciente pueden hallar su *expresión* sobre reales afecciones orgánicas que el sujeto padece, pero que van a tomar una apariencia de mayor gravedad, extenderán su sintomatología o prolongarán su evolución dificultando su mejoría a causa de la no solución de aquellos conflictos anímicos o situacionales.

LO PSÍQUICO AGREGADO A LO ORGÁNICO

En las Jornadas Rioplatenses de Medicina Psicosomática realizadas en la Facultad de Medicina de Montevideo, en setiembre de 1948, presentamos en colaboración con el Dr. José B. Gómsoro una comunicación donde desarrollábamos las ideas expuestas en el presente capítulo. De dicho trabajo tomamos las dos historias clínicas que siguen y que son claramente expresivas de lo que dejamos dicho. Debemos agregar que el hallazgo de estas historias no nos ha costado esfuerzo alguno, puesto que es frecuente, si se le busca, *esta incidencia de lo psíquico sobre lo orgánico*.

CASO 1º— R. S., polaco, casado, de 46 años de edad, ingresa al Hospital Maciel el 21 de abril de 1948 por hemiplejía izquierda instalada bruscamente en dos etapas: el día 15 hizo la parálisis del miembro inferior y al día siguiente la del miembro superior, ambas bruscas y con conservación de la conciencia. Al examen clínico se comprueba su hipertensión arterial, Mx. 27. Mn. 14. Buen estado general, apirético. Miembro superior izquierdo en actitud de parálisis, pero las fuerzas están bastante conservadas. Lo mismo se observa en el miembro inferior izquierdo: en actitud

de parálisis, pero las fuerzas están bastante conservadas; si él se opone no puede flexionarse la pierna, pero el enfermo insiste en que no puede elevar la rodilla por falta de fuerzas.

El examen psíquico revela un sujeto hiperemotivo, muy preocupado por su enfermedad y que irrumpe en llanto fácilmente.

En exámenes posteriores se comprueba que sus trastornos paréticos están en retroceso; conserva un cutáneoplantar indiferente y una hiporreflexia del lado izquierdo. Las fuerzas parecen ahora normales, pero el enfermo afirma que no puede mover la pierna ni el brazo. No se le puede hacer caminar, ni aún arrastrando el pie. Su brazo izquierdo, totalmente inmóvil, adopta la actitud propia de las viejas parálisis completas.

El conocimiento de su situación vital revela que el paciente, que es israelita, refugiado europeo, ha perdido a sus padres y a sus seis hermanos asesinados por el nazismo. Además, y como si ello fuera poco, se encuentra sin trabajo y carece de recursos.

Tales datos anamnésicos explican el elemento psíquico que se sobreagrega y que acentúa los signos de su hemiparesia. Tal interpretación se ve corroborada por la siguientes comprobación: buscando el efecto sugestivo, se le hace una sesión de aplicaciones eléctricas y, después de ella, de inmediato, mueve mejor y con mayor amplitud los miembros izquierdos, en especial el brazo, que pierde la actitud de parálisis, pudiendo hacer fácilmente la maniobra dedo-nariz, antes imposible.

Modificada dentro de lo posible su situación, y haciéndole tratamiento por ionización cálcica, camina con bastón y su perturbación queda reducida a una hemiparesia espasmódica moderada.

CASO 2.—A. D., soltera, de 29 años de edad, ve instalarse en noviembre de 1946 una parálisis facial periférica a frígore, derecha. Vive en una localidad del interior, y como su parálisis no mejora concurre al Hospital Maciel; para su tratamiento es pasada a la sección de Fisioterapia. Se inicia allí, en diciembre de 1946, la ionización yódica que se prolonga durante los meses de diciembre y enero, haciéndosele treinta sesiones. Como la enferma no mejorara se le hace, en marzo de 1947, quince aplicaciones más, sin resultado visible. Se ha instalado una contractura postparalítica evidente en el reposo, y que se traduce al movimiento por francas sincinesias. En junio, agosto y diciembre de 1947 se le hace electricidad farádica, sin modificarse las perturbaciones. En febrero de 1948 se le hacen quince aplicaciones de

ionización cálcica sin que retrocediera la contractura ni desaparecieran las sincinesias referidas.

En vista de la rebeldía de los síntomas, la paciente es pasada a uno de nosotros para su estudio psicosomático. Nos dice que también está en tratamiento con un médico gastroenterólogo porque sufre de constipaciones rebeldes. Cuando tiene un disgusto —y después veremos que los tiene a menudo— siente como apretarse un nudo en el vientre, y su intestino entonces se paraliza durante seis o siete días. Hablamos con el médico que atiende a esta paciente de su tubo digestivo y nos confirma los dichos de la enferma a quien trata hace más de dos años y cuyo cuadro clínico lo desorientaba.

El interrogatorio de la enferma pone de relieve la situación de conflicto en que se encuentra. Es soltera y vive con sus hermanos. Como ella tiene una amistad masculina íntima que se prolonga, esto es fuente de continuos reproches de sus hermanos, lo que deriva en disgustos frecuentes.

Fácil es, a la luz de este conocimiento situacional, explicar el cuadro de la enferma. Ésta vive, a causa de los disgustos y de su situación incómoda, en un estado total de contractura de su personalidad anímica. Toda ella está apretada. No hay laxitud ni comodidad en su vida actual. De allí que exprese su espasmocidad primeramente en la esfera digestiva —hecho tan frecuente— y luego, y desde hace dos años, lo haga prolongando con su contractura una parálisis facial benigna que debió borrarse en pocos meses. Actualmente está expresando con el mantenimiento de su parálisis facial la situación comprimida en que vive.

Este mismo caso es expresivo de otro hecho de importancia: esta enferma era asistida al mismo tiempo de sus trastornos en dos sectores distintos por dos médicos que no se comunicaban entre sí, uno fisioterapeuta, el otro gastroenterólogo, quienes trataban por los medios a su alcance de combatir el mismo género de trastorno —espasmos— en dos sectores diferentes. Se ve cómo es necesario que la interpretación del paciente sea hecha de un modo psicosomático, puesto que esta enferma necesitaba, a la vez que de los reputados técnicos que la trataban, de un psicólogo que pudiera de manifiesto sus conflictos y buscara el modo de solucionarlos. Aquí, como siempre, pues, el terapeuta bioquímico debe estar doblado del psicoterapeuta.

EL NARCOANÁLISIS EN LA EXPLORACIÓN PSICOSOMÁTICA

Desde hace ya varios años estamos empleando el *narcoanálisis* en nuestro servicio de psiquiatría del Hospital Vilardebó, y en muchos casos de neurosis viscerales que nos toca ver como médico psicopatista en el Hospital Maciel.

Usamos este procedimiento —que ha sido llamado por Cossa *psicoanálisis químico*— tanto para la *exploración diagnóstica* como para el *tratamiento psíquico*. Hemos utilizado el *amital sódico* al 10 %, llegando al estado hipnoide con la dosis de 50 a 70 centigramos intravenosos. Preferimos el amital a los otros barbitúricos en uso porque nos ha parecido el más fácilmente manejable. No obstante haberlo aplicado en numerosos casos, no hemos visto que lleve a situaciones de riesgos, siempre que se le inyecte muy lentamente.

A continuación sintetizamos los resultados de nuestra experiencia con el narcoanálisis en los aspectos que pueden interesar al médico psicopatista y que son los siguientes: en la *exploración diagnóstica*, como *abreacción catártica* y como procedimiento de *sugestión terapéutica*.

1) EL NARCOANÁLISIS COMO PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

Mediante el narcoanálisis, y rápidamente, puede hacerse el diagnóstico diferencial en casos que clínicamente sería difícil hacerlo y se requeriría para ello una prolongada observación. Veamos un ejemplo.

Nos es traída a la consulta una joven de 22 años porque —dicen los padres— desde hace quince días la notan triste, ha dejado de comer, no tiene interés por nada y se la ha encontrado llorando sin motivo. Parecería por tales antecedentes tratarse de un cuadro del tipo melancólico, presumiblemente reactivo. Sin embargo, bajo la acción del amital refiere esta joven que su tristeza —que realmente data de unos tres meses— obedece a que cree haberse transformado en hombre, lo que la avergüenza enormemente, y por ello no se lo ha dicho a los padres ni a los médicos. Asimismo cree que sus piernas se han vuelto de goma y que sus brazos se hinchan desmesuradamente; le ha costado a veces reconocer a sus padres pues les nota la fisonomía cambiada, y ella misma cree que ha cambiado por lo que se mira de continuo en el espejo.

Nos hemos encontrado ya varias veces en nuestro Servicio de Psiquiatría con casos semejantes al que dejamos señalado. Mediante la narcosis, en una exploración que dura de media a una hora, hemos podido diagnosticar una *esquizofrenia* en su comienzo cuando el cuadro del paciente y los datos suministrados por los familiares podían orientar equivocadamente el diagnóstico hacia la *melancolía*.

Pertenecen a este mismo grupo de observaciones varios casos de mutismo —sospechados por los primeros médicos de histéricos— y cuya *psicogénesis* revelada por el narcoanálisis demostró que eran debidos a la vergüenza o a la gran perplejidad que les producía un sentimiento de transformación: en animales, órganos de otras sustancias, sexo opuesto, etc. El empleo del narcoanálisis, en estos casos, al tiempo que facilita el conocimiento de los temores e ideas subconscientes del enfermo, evita el error de diagnóstico entre dos entidades de pronóstico tan diverso: *histeria* o *esquizofrenia*.

Afirma Harris que el empleo de este método de exploración puede ser muy útil para el *pronóstico* de una psicosis, y que si con la narcosis desaparecen síntomas tales como el negativismo, el delirio, etc., es indicio de que el paciente ha de curar con los tratamientos de práctica. Nuestra experiencia no confirma la referida afirmación: hemos tenido casos de esquizofrenia con negativismos que, no obstante haber cedido al amital, han reaparecido al día siguiente, y la afección siguió su curso inexorable —y a menudo de un modo rápido— a pesar de los tratamientos de shocks, convulsivante e insulínico.

Usamos también el narcoanálisis para poner de relieve su delirio en delirantes crónicos que escondían con reticencia sus ma-

nifestaciones persecutorias. En tales casos, y en un tiempo record, el paciente *exterioriza su delirio* de un modo tan completo como hubiera sido imposible hacerlo mediante el interrogatorio clínico.

Esta técnica química de exploración es valiosa también como medio diagnóstico en los casos dudosos entre *neurosis* y *psicosis*, y puede ser empleada igualmente para revelar los casos de *simulación* por deseo de renta o ventajas de la enfermedad.

Tales casos pertenecen ya a la esfera del psiquiatra; por ello no nos extendemos sobre este punto en un trabajo destinado al médico psicopatista. Pero creemos de utilidad para éste conocer lo que dejamos dicho sobre los pacientes esquizofrénicos, puesto que muchas veces será llevado a su consulta un adolescente o un joven que inician con trastornos hipocondríacos, neurasteniformes, histeroides o melancólicos un auténtico y muy serio *cuadro esquizofrénico*, que es necesario saber diagnosticar precozmente para tratar a tiempo. En tales casos el empleo del amital será de una ayuda invalorable al poner de manifiesto los sentimientos de transformación, alteración de órganos o perturbaciones bizarras de la cenestesia, patognomónicas de la *esquizofrenia*.

2) COMO PROCEDIMIENTO DE ABREACCIÓN

En los casos de *neurosis emocionales* recientes el narcoanálisis realiza lo que realmente podría denominarse el *drenaje del absceso intrapsíquico*. El paciente exterioriza su situación traumática, rememora el *trauma psíquico* que lo llevó a su situación actual, se desahoga llorando, prorrumpiendo en una verdadera *letanía de lamentaciones* con la que da salida a su angustia contenida. Y esta descarga emocional le hace bien, pues mediante ella desbloquea sus *inhibiciones*.

Fácil es explicarse el beneficio que procura al sujeto esta abreacción. Como lo afirma Cossa, la ansiedad que ha acompañado al traumatismo afectivo inicial ha sido tal que, para no experimentarla de nuevo, el paciente se niega a rememorar su recuerdo, a integrarla a su personalidad. El narcoanálisis permite la rememoración sin angustia: el vínculo condicionado establecido entre el recuerdo y la ansiedad se gasta, desaparece. El hecho rememorado puede entonces integrarse a la personalidad: la *neurosis* desaparece.

Sin duda alguna, los éxitos más brillantes de la narcoterapia son estos casos en que se produce la *abreacción de situaciones traumáticas emocionales*, en especial de reciente data. Se ve así des-

aparecer por este drenaje psíquico manifestaciones neuróticas de mecanismo histérico, que podrían prolongarse o prestarse a errores de diagnóstico. Debemos agregar que el análisis así practicado y que se semeja mucho a lo que Steckel denominaba *psicoanálisis activo*, no revela siempre en tales conflictos una etiología sexual. Si bien en numerosos casos aparece el trauma sexual, en otros —no menos numerosos— la situación traumática tiene una etiología distinta: deseo de escapar a situaciones dolorosas, de llamar la atención, de evitar un conflicto social difícil, etc. Recuérdese que Horsley hizo su trabajo sobre *Narcoanálisis* con neuróticos de la reciente guerra, en quienes la situación de angustia era ajena a traumas de orden sexual.

Los mejores éxitos de la narcosis como terapéutica se obtienen —repetimos— en los casos en que la neurosis era debida a un *traumatismo emocional reciente*. Por esta razón, en la última gran guerra este procedimiento tuvo amplia aplicación y se obtuvieron éxitos rápidos. Con este tratamiento —que entonces toma el nombre de *narcosíntesis*— un 75 % de los *neuróticos de guerra* curaban y podían volver al frente después de dos o tres semanas de reposo. En la gran guerra anterior, esta misma clase de enfermos debía seguir largos tratamientos en hospitales de retaguardia.

En las neurosis obsesivas de larga evolución, y en las que el factor bioconstitucional es tan poderoso, el narcoanálisis es sólo un método de exploración analítica sin resultado terapéutico. Este capítulo de la narcosis química como procedimiento de *terapéutica analítica* entra ya en el campo de la psiquiatría y desborda los límites de este trabajo destinado a los médicos psicosomatistas. Digamos que las neurosis obsesivas, generalmente constitucionales, requieren la intervención del especialista, y constituyen justamente los casos en los que el *psicoanálisis* es la terapéutica de elección, hasta ahora la única que puede procurar un beneficio duradero a tales enfermos.

3) COMO PROCEDIMIENTO DE SUGESTIÓN TERAPÉUTICA EN LAS ORGANONEUROSIS

Corresponde al Profesor Teodoro Fracassi, de Rosario de Santa Fe, el mérito de haber destacado ampliamente la eficacia del narcoanálisis para el *tratamiento de las organoneurosis*. En un valioso artículo publicado en la *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, en marzo de 1946 —primer trabajo sobre este tema publicado en Latino América—, el calificado neuropsiquiatra ar-

gentino resume las observaciones recogidas durante un año en la práctica de este método en más de cuarenta pacientes, la mayor parte de ellos organoneuróticos.

Mediante el narcoanálisis el paciente refiere la situación conflictiva o la emoción que lo llevó a la *organoneurosis*. El médico puede comprender de este modo la *psicogénesis* de la neurosis visceral y orientar su debido tratamiento mediante la *psicoterapia*.

Nuestras observaciones hechas en varias decenas de organoneuróticos confirman en todas sus partes las comprobaciones publicadas por Fracassi. En homenaje a este clínico, y por considerar que su trabajo es digno de la mayor difusión, transcribimos a continuación dos de sus historias clínicas. Corresponde una a un caso psicósomático de medicina interna; la otra, a un paciente quirúrgico. Ambos curaron por el narcoanálisis asociado a procedimientos adyuvantes.

CASO 1.— Diagnóstico: Histeria de conversión y neurosis de angustia; morfinomanía terapéutica.

Se trata de J. M., de 35 años, casado. Viene desde Corrientes enviado por un discípulo, el doctor Monzón, que ejerce en aquella ciudad. Trae consigo tres baúles llenos de cajas de remedios vacías para demostrar que se había gastado toda su fortuna, unos 10.000 pesos en drogas y médicos, sin haber conseguido ningún alivio a sus males, y como si esto no bastara, se ha hecho morfínmano de 10 a 12 inyecciones diarias de pantopón o morfina. Ha peregrinado por media república en procura de su salud sin ningún resultado y ha hecho varios viajes a Buenos Aires, consultando hasta profesores de cardiología, sin éxito. Trae cinco trazados de electrocardiogramas, todos ellos normales, hechos en distintas clínicas de la Capital Federal y en uno de ellos, si bien el diagnóstico era de neurosis cardíaca, no había beneficiado de los tratamientos indicados.

El enfermo refiere su patética historia, que puede resumirse en la siguiente forma: hace dos años sufre de dolores precordiales que le vienen cuando camina media cuadra y que un médico clasificó como angina de pecho. De noche sufre, desde aquella fecha, de ataques de angustia, muy intensos, que requieren inyecciones de sedol o pantopón para poder descansar. Se ensayaron todos los diuréticos y cardiotónicos conocidos, así como toda clase de hipnóticos y sedantes que la industria química moderna ha lanzado al mercado. El paciente ha tenido la constancia de reunir en los tres baúles los centenares de envases de los medicamentos que ha ingerido en vano. La señora que acompaña al enfermo confirma la vía crucis de su esposo y en su rostro demacrado se refleja la tragedia que está viviendo junto a él, pasando muchísimas noches sin dormir y estando ambos al borde de la desesperación.

En noviembre de 1945 lo interno en mi servicio de neurología, y su historia clínica revela que es un hombre de buen estado general, no obstante haber sufrido tanto. El examen clínico no revela alteraciones viscerales. Su sistema nervioso tampoco revela signos de perturbación motora, sensitiva o refleja. Interrogado con detalle sobre su enfermedad declara que el comienzo de su

afección fué brusco y lo relaciona con una gran impresión recibida al creer a su hija muerta en un incendio que había estallado en su casa; recibida la infausta noticia sale corriendo de su negocio hasta su casa y de ésta a la Asistencia Pública con la angustia de encontrarla muerta, pero felizmente las quemaduras no eran graves; pero él, con gran agitación, se sentía desfallecer, y se hace asistir del médico de guardia, quien, al encontrar una gran taquicardia, le dice que sufría del corazón. Desde entonces siente los dolores precordiales que nunca antes había sentido y de noche aparecen las crisis de angustia en que creía morir de un síncope o de angina de pecho, enfermedad que diagnosticaron los demás médicos que lo atendieron; el cuadro se fué agravando por la inutilidad de todos los tratamientos hechos.

Se le hace pentothal al día siguiente y en el sueño hipnoide no sólo revela todos los detalles de su drama vivido en los dos años de angustia, sino también refiere los disgustos y decepciones o fracasos de orden económico y sentimental que ha sufrido con sus familiares y amigos a quienes estima mucho y que habían preparado el camino a la neurosis. Se le sugiere, durante la narcosis, las soluciones a sus problemas previa afirmación enfática de que su corazón es totalmente sano y que su enfermedad se debe a las fuertes emociones reprimidas con motivo del accidente de la hija adorada. Se le asegura que al despertar todas las molestias habrán desaparecido y se le instruye en la necesidad de afrontar sus problemas, no con emoción, sino con serenidad y reflexión, debiendo encarar su futuro con optimismo. El enfermo experimenta un profundo cambio, su ansiedad desaparece; no tuvo necesidad de hipnóticos, ni opiáceos para dormir y lo único que le molestaba, la necesidad de la morfina, se la combatió con 20 unidades de insulina cada tres o cuatro horas. Al cuarto día se sentía sano y pidió de salir a caminar e hizo 60 cuadras a pie sin haber experimentado el menor dolor precordial. Al quinto día pide el alta sano y se fué a Corrientes. Vuelve a los cuatro meses por ligeras molestias y temores que desaparecen con otra sesión de narcosíntesis y desde entonces está sano. El éxito ha sido espectacular.

Lo interesante del caso es la demostración de la poca cultura médica en general en nuestro país sobre problemas de terapéutica de las neurosis. El diagnóstico de neurosis cardíaca se había hecho con todo acierto, pero los cardiólogos ignoran que dichos enfermos no deben tratarse con cardiotónicos, sino por la psicoterapia, y si se le hubiera indicado dicho tratamiento el enfermo se hubiera ahorrado no sólo sus 10.000 pesos sino también muchos sufrimientos inútiles.

CASO 2.— Diagnóstico: Úlcera gástrica y taquicardia paroxística de causa psicógena. Se trata de un caso verdadero psicosomático y realmente muy interesante por el éxito obtenido cuando ya se habían agotado todos los recursos médicoquirúrgicos conocidos.

B. D., de 32 años, casada. Ingresó en la clínica privada haciendo una dramática historia de dolores gástricos que motivaron dos operaciones de úlcera realizadas por distinguidos cirujanos, sin encontrar alivio. En la primera operación, que se hizo después de numerosas radiografías, se creyó que al sacar la úlcera desaparecerían los dolores, pero como éstos persistieran se pensó que había una úlcera péptica de la neoboca y se intervino nuevamente sin lograr tampoco mejoría. Como los dolores gástricos tenían irradiación al bajo vientre, se consultó al ginecólogo, quien, naturalmente, encontró un pequeño quiste

ovárico y várices pelvianas, por lo que indicó una intervención que se realizó con el mismo éxito que las anteriores. Ya anteriormente había sido operada del apéndice y del hígado por dolores que después se irradiaron al ano y motivó una intervención de extirpación de hemorroides internas, aun cuando no había síntomas visibles de tal enfermedad. Esta última intervención le dejó una penosa molestia de ardores provocados por la sonda rectal; ardores de los que aun hoy se queja amargamente. Como la situación empeorara, el cirujano acabó por perder la paciencia ante los continuos lamentos y gritos de la enferma y en un arranque de impaciencia le dió una bofetada y la despachó del sanatorio mandándola a la clínica neuropsiquiátrica en enero de 1946.

El interrogatorio minucioso demostró que se trataba de una neurosis de angustia determinada por conflictos domésticos. El dolor al estómago era provocado por la presencia de la suegra, a la que odiaba por su carácter dominante, que en la mesa le censuraba si comía o si no comía, y, ante el temor que le inspiraba, sentía una angustia epigástrica que pronto se convirtió en dolor, por cuyo motivo no comía y llegó a perder treinta kilogramos de peso. Fué por este dolor que consultó a los médicos al cabo de un par de años, y después de muchos exámenes diagnosticaron úlcera; no dudo que, dada la competencia de los cirujanos, habrán operado bien la úlcera y hasta quiero creer que haya recidivado la úlcera, pero la neurosis no fue atendida porque no se la descubrió no obstante haberse pasado años viendo médicos. También consultó por sus crisis de taquicardia paroxística sin atribuírsele su verdadera causa.

La narcosíntesis reveló la existencia de complejos reprimidos por odio no sólo a la suegra, sino también al esposo y a las cuñadas, de quienes ha sufrido toda clase de vejámenes y hasta amenazas de muerte con un cuchillo de parte del marido. En el sueño hipnoide manifestó que los dolores los interpretaba como cáncer por haber tenido en el sanatorio un vecino operado de esta enfermedad con idénticos dolores. Su vida infantil fué amargada por la pérdida del padre y muchos aprietos económicos; su casamiento no fué por amor sino por interés y obligado por la madre. No sólo la suegra le hizo la vida imposible, sino que sufrió penurias de todo orden. Finalmente se pasaba las noches en un solo grito y hacía la vida intolerable a todos. Llegó a pensar en la muerte como única solución, tal era su desesperación. Muchas de estas revelaciones nunca las hubiera hecho a no ser por el pentothal y se sorprendía de haberlas revelado porque su propósito era no confiarlas a nadie. Nunca creyó que su enfermedad tenía como causa los sufrimientos experimentados y costó mucho convencerla del mecanismo de su neurosis con la psicoterapia persuasiva. Los mecanismos de reacción neurótica estaban tan enraizados que hubo que hacer dos o tres shocks cardiazólicos para destruirlos y reconstruir los modelos de reacciones normales.

La enferma salió a los 2 ½ meses de tratamiento sin dolores, ni crisis de taquicardia, y escribe que sigue muy bien habiendo aumentado 8 a 10 kgs. de peso; está contenta y se considera curada.

Es claro que sin narcosíntesis podía haberse curado, pero hubiera necesitado hacer una psicoterapia profunda que hubiera durado uno o dos años, en lugar de los dos meses o dos meses y medio que estuvo en tratamiento. Para evitar recaídas se instruyó a la familia que debía vivir sola con su esposo, alejada de la suegra y de las cuñadas, y que se le debía restituir su jerarquía de dueña de casa, dándole toda la autoridad necesaria, pues nunca había tenido libertad para nada en diez años de matrimonio.

Es increíble la cantidad de neurosis provocadas por la presión del ambiente familiar y que llegan, como en este caso, hasta provocar una organoneurosis, es decir, un cuadro psicosomático que, tratados como casos puramente orgánicos, no llegan a mejorar porque desplazan sucesivamente en otros órganos la tensión nerviosa reprimida y ocasionan otras organoneurosis, como ha ocurrido en este caso que ha hecho una úlcera gástrica y luego una taquicardia paroxística. Es digno de notar, también, el ensañamiento de los cirujanos con estos pobres enfermos que llegan a sufrir hasta diez o doce operaciones, como en una enferma que tengo actualmente en tratamiento. Los psicoanalistas consideran a esta tendencia a aceptar tantas operaciones como un masoquismo inconsciente, pero la enferma lo que busca conscientemente es un alivio a sus dolencias y no acepta en ningún momento que sean sus síntomas reacciones neuróticas; por esto cree más al cirujano que pueda sacarle su mal orgánico.

En los dos casos relatados se aprovechó el estado hipnoide resultante del narcoanálisis para hacer en el paciente la sugestión persuasiva sobre el origen de la afección y buscar la mejoría por medio de este conocimiento. Como Fracassi en su trabajo lo afirma, "la neurosis en el fondo no es más que un choque entre los estímulos externos y las fuerzas instintivas que se desarrollan en el plano del subconsciente, y sus efectos los experimenta la conciencia". "El narcoanálisis, al producir un estado hipnoide, disminuye o suprime el umbral de la conciencia y permite aflorar el subconsciente, grávido de complejos reprimidos, con todo el dinamismo de sus cargas emotivas que la conciencia ignora. Al descargar estas emociones, tan activas y perturbadoras del tono emocional consciente, se produce un bienestar, la angustia se atenúa, y permite al mismo tiempo que el psiquismo pueda encarar sus problemas con mayor serenidad, asociar mejor las experiencias sufridas con las reacciones que han determinado y poder establecer, con la ayuda del terapeuta, las relaciones con sus síntomas."

Puede verse también en las dos historias transcritas que, dado el tiempo que llevaba enraizada la neurosis en ambos pacientes, fué necesario movilizarla mediante algunos shocks convulsivos. Esto confirma una última conclusión que queremos exponer y ella es que el método de narcoanálisis no se incorpora a la terapéutica mental en lugar de otro, sino además de los métodos ya existentes, y su acción puede combinarse a ellos, sin oposición, cuando el médico tratante lo juzgue conveniente.

8

NEUROSIS Y PSICOSIS EN LOS CONCURSANTES

LOS SEVEROS CONCURSOS DE OPOSICIÓN

Es bien sabido que buen número de personas que, en las condiciones normales de su vida profesional o social, vivirían sin presentar perturbaciones psíquicas, pueden, no obstante, exteriorizar trastornos de esta índole si se alteran aquellas condiciones de su existencia, y se las somete a situaciones emocionales prolongadas, a surmenajes físicos, a condiciones de agotamiento intelectual y procesos de autointoxicación derivados de la sobrefatiga. Las perturbaciones psíquicas que entonces pueden aparecer son más probables naturalmente en aquellas personas que, por razones hereditarias o constitucionales, tienen un psiquismo frágil; y todavía más, claro está, si el individuo es un predispuesto para los trastornos psíquicos; y aun más si es un prepsicópata.

La Psiquiatría contemporánea ha denominado justamente "*Psicosis situacionales o reacciones situativas*" a esta categoría de perturbaciones psíquicas que pueden manifestarse cuando una persona, que llevaba hasta entonces una vida normal, se encuentra en situaciones anormales de prolongada emoción, de conflictos repetidos o de fatiga, situaciones en las que el gasto energético excede a las posibilidades consideradas como normales.

Desde hace ya veinte años estamos presenciando manifestaciones emocionales, neuróticas y hasta psicóticas, provocadas por los severos concursos de oposición que se realizan en nuestro país para la provisión de cargos diversos y, en especial, los que tienen lugar en la Facultad de Medicina para seleccionar su personal docente. En efecto, se sabe que —de acuerdo con el reglamento

de nuestra Facultad, hasta su reciente modificación—, los cargos de profesores agregados, por ejemplo, debían ser obtenidos exclusivamente por concursos de oposición. Tales concursos, muy severos, duran un tiempo excesivamente prolongado. Es habitual que a ellos se presenten profesionales que han cumplido ya el cuarto decenio de su existencia, esto es, que ya no son jóvenes. Generalmente el número de puestos es inferior al número de candidatos que se presentan, y éstos son siempre los médicos más estudiosos, dedicados, tenaces, y podría afirmarse sensiblemente iguales en sus cualidades intelectuales, preparación científica y perseverancia para el estudio, factores que van a hacer, en consecuencia, más incierto el desenlace y más difícil la elección.

Tales concursos duran siempre un plazo de tiempo superior a dos años, que ha llegado en algunos casos a tres, a cuatro y hasta cinco años. Durante tal tiempo, el profesional, que debe seguir atendiendo su clientela —hemos dicho ya que son siempre reputados facultativos— y debe atender también su servicio del hospital, consagra todo su tiempo restante —de 6 a 8 horas diarias— a la preparación tenaz de los temas de su concurso. Se encierra, para esto, en su pieza de estudio, y durante ese número de años vive en su retiro social verdaderamente monacal. Para revelar lo severo y complejo de tal preparación digamos que las agregaciones de las especialidades tienen veinte temas de medicina general, y que, por su parte, las agregaciones de medicina y cirugía tienen un gran número de temas de especialidades.

Hemos dicho que generalmente los concursantes candidatos a la agregación son médicos que han cumplido ya los cuarenta años de edad y tienen, pues, por lo menos tres lustros de ejercicio profesional. Queda expresado con lo que antecede que han logrado ya una reputación científica dentro de la Facultad y un renombre profesional; y socialmente han llegado ya a tener una clientela. Anotamos tales factores porque son elementos que van a gravitar en la *emoción* del concursante, puesto que en nuestro ambiente la realización de tales concursos tiene amplia difusión y su conocimiento rebasa el mundo médico. No es de extrañar, pues, que haya una repercusión del resultado de tales concursos sobre la reputación científica del concursante y que esto tenga consecuencias sociales y hasta influya en la clientela profesional.

Agreguemos además que las pruebas de tales concursos son públicas, y que siempre sellenan totalmente los salones de la Facultad, donde ellos se realizan. Las personas

para todo lo que es pugna o lucha, comprenderán que asista a tales pruebas de oposición un público numeroso, y, muchas veces, apasionado. La rivalidad existente entre diversos hospitales, entre diferentes clínicas o entre grupos científicos o discípulos de maestros distintos, aviva el interés de tales luchas, y buen número de personas, desde temprana hora, agolpadas en los anfiteatros, esperan, con una psicología de asistentes a los reñideros de gallos, presenciar cómo luchan los concursantes. Sabido es que los uruguayos, frente a una pugna, no podemos dejar de tomar partido por uno u otro contendor. Una capacidad de pasión demasiado rica que no se gasta en otras aplicaciones, o el deseo de participar en todas las pugnas, serían quizá las razones de ello... Pero el hecho es que en tales concursos existen grupos de partidarios y contrapartidarios, lo que contribuye a aumentar aún más el *caudal de emoción* del concursante, quien considera que en cada una de esas pruebas públicas de oposición —y ellas son seis o siete— se está jugando no sólo el puesto en disputa, sino también su reputación científica y su renombre profesional, esto es, su "*sitio en el mundo*". Y todo ello después de un encierro de más de dos años, que lo han llevado al borde del agotamiento por un esfuerzo físico y nervioso exhaustivo.

Fácil es comprender que la tranquilidad con que se pasa esta clase de concursos está en razón inversa a la edad del concursante y a los prestigios que arriesgue. Todos hemos pasado concursos de oposición antes de la edad de treinta años —de jefes de clínica, de médicos de la Asistencia Pública— y entonces el único factor negativo lo constituía la emoción lógica de todo concurso. No se ha llegado todavía a esa edad a tener prestigio científico, ni clientela, ni reputación profesional; y, sin tales pesadas cargas, el concursante se arriesga al salto más livianamente. Al mismo tiempo un organismo más joven, que no ha entrado todavía en la etapa del predominio del desgaste vital, soporta los preparativos de los concursos con menos repercusión física. Pero, pasada esa edad, el soma estará cada vez menos en condiciones de ser sometido a tales gastos energéticos excesivos, de lo que se desprende que los factores adversos para el normal mantenimiento del equilibrio del concursante *no sólo son emocionales, sino también físicos*; y unos y otros conducirán más fácilmente al agotamiento por autointoxicación cuanto más avanzada sea la edad del opositor. Y piénsese que en nuestra Facultad de Medicina ha habido concursos de esta clase para los cargos de profesores de Clínicas.

años antes las serias pruebas del concurso de la Agregación y debían ahora pasar los más severos del concurso de oposición para las Cátedras titulares de Clínicas— tenían más de cincuenta años de edad, en algunos casos cincuenta y siete, y en uno sesenta y un años de edad...

Antes de pasar a la descripción de las formas de reacciones situativas que hemos observado, diremos que por no ser el objeto del presente trabajo dejamos de lado —para tratarlo en otra ocasión— el aspecto relativo al valor que para la cultura del individuo representa el resultado del esfuerzo a que le obliga el concurso, esto es, la influencia que tendrá para el cultivo equilibrado y armónico de su mente ese aprendizaje forzoso y a “presión” que está obligado a hacer, tan inconveniente para el intelecto como lo es el esfuerzo físico excesivo en el caso del corazón forzado. Se ha comparado la formación de la cultura con la lenta sedimentación de las capas geológicas, y vemos cuán lejos de estas condiciones se encuentra el concurso. Éste, en efecto, sustrae y aparta al médico investigador de sus temas predilectos a los que se dedicaba —y en los que podía llegar a hallazgos personales— para poner toda su atención en la preparación completa de toda la Medicina o la Cirugía. Si se tiene en cuenta que esto ocurre durante los mejores años de su vida intelectual, se comprende que no es raro que de este modo se anulen los investigadores científicos originales. Piénsese, en efecto, cuántos menos hallazgos singulares habría realizado el propio Pasteur si hubiese tenido que apartarse de sus temas preferidos para preparar los temas tan numerosos y diversos de un concurso de oposición, entre los cuales figuraría naturalmente la existencia de la generación espontánea...

Digamos que generalmente en los concursos de oposición, más que la medida de *lo que se sabe* —que verosímilmente debe aceptarse que es lo mismo en profesionales de inteligencia semejante que estudian de análogo modo durante dos o tres años—, se exterioriza la *facilidad para demostrar con brillantez lo que se sabe*, destacándose aquellos concursantes que mejor hacen el control de su emoción y que están dotados de cualidades verbales expresivas. De los extremos anómalos a que se llega en los concursos de oposición da idea el hecho de que en el concurso para la provisión de la Cátedra de Histología que ocupara en vida Ramón y Cajal, cayera derrotado nada menos que Del Río Hortega, de renombre universal por sus valiosas investigaciones personales sobre la his-

tología nerviosa. Hecho tan insólito hizo que en España se modificara fundamentalmente el régimen de selección del personal docente y fuera suprimido el concurso de oposición, que era del mismo tipo del que se emplea todavía en nuestra Facultad de Medicina.

LAS ALTERACIONES REACTIVAS MAS FRECUENTES

Luego de estas consideraciones preliminares, pasemos ahora a describir las formas más frecuentes de las reacciones situacionales que hemos observado en los concursantes.

NEURASTENIA.— Basta con repetir la definición de la neurastenia para darse cuenta que no es un azar que ella figure entre las neurosis que pueden hacer los concursantes. Como se sabe *la neurastenia es una psicopatía adquirida, accidental, curable, provocada en sujetos sensiblemente normales, por causas poderosas de debilitamiento y caracterizada esencialmente por un agotamiento nervioso*. Justamente Beard, en 1880, designó con el término de neurastenia los casos de “nervous break-down”, esto es, los casos de rotura, exhaustación o agotamiento nervioso que llevaban al sujeto al estado de “debilidad irritable”. La emoción intensa y repetida puede producir la neurastenia, puesto que es una causa de fatiga y agotamiento del sistema nervioso, al punto que Déjerine definía esta afección como un *síndrome de preocupación emotiva*.

La neurastenia no sobreviene en los grandes desequilibrados, sino que se desarrolla en sujetos sensiblemente normales, pero *predispuestos al agotamiento nervioso* por causas debilitantes. Las intoxicaciones, las infecciones, el surmenage intelectual, las emociones repetidas y prolongadas, las preocupaciones morales, la sobrefatiga, son las principales causas; pero lo frecuente es que se sume la acción combinada y prolongada de varios de esos factores. Se halla en este caso el comerciante que, desbordado de trabajo, lucha desesperadamente y durante meses contra una quiebra inminente; el alto funcionario bancario en la época de los balances de responsabilidad; los altos puestos políticos o militares durante la guerra. Siendo esto así no sorprende que la neurastenia sea una enfermedad que aparece en el período más activo de la vida del individuo entre los cuarenta y cincuenta años de edad.

Las perturbaciones nerviosas que hemos observado en concursantes, debidas al agotamiento y la sobrefatiga de la fuerza funcional y que constituyen el síndrome neurasténico son: *una vivencia de fatiga y vacuidad mental, irritabilidad, malestar general, algias diversas, insomnio y una pérdida de incentivo o desinterés general*. Ya Beard había visto la *debilidad irritable* de estos pacientes que pierden fácilmente su autodomínio y su tolerancia, tienen por ello frecuentes crisis de malhumor por motivos nimios, lo que hace cada vez más difícil su trato social y hasta familiar, dado que descargan en quienes le rodean su irritabilidad y su impaciencia.

Un síntoma característico de la neurosis exhaustiva es la *fatigabilidad cerebral*: esto es, la dificultad de concentrar la atención en el trabajo mental, la imposibilidad de sostener el esfuerzo intelectual, acompañada generalmente de la penosa impresión de pérdida de la memoria (que desespera al concursante). Muy frecuente es en estos casos la presencia de *perturbaciones funcionales* digestivas, circulatorias, etc. Y también es típico el *insomnio*, que se acompaña de gripnofobia o temor de no dormir, lo que lleva al paciente a consumir cantidades extraordinarias de hipnóticos.

Como se comprende, en este género de neurosis exhaustiva o de agotamiento existen diversos grados, desde los más leves, que desaparecen por el reposo y la vida de rusticación del paciente, hasta aquellos que necesitan más de un año para que el sujeto, primero se desintoxique y luego obtenga su recuperación física e intelectual.

ESTADOS DE HIPEREMOCIÓN Y DE ANSIEDAD.— En la persona normal la intensidad y la duración de una emoción son proporcionales al grado de la excitación que la provoca. Mas, existen personas en quienes los estímulos y excitaciones desarrollan reacciones emotivas exageradas por su vivacidad, intensidad y su duración. Esta *predisposición al desequilibrio emocional*, que dificultará la adaptación del sujeto a las circunstancias súbitas y a las situaciones de apremio, fué descrita por Dupré con la denominación de "constitución emotiva". Los signos por los cuales se revela son: la *hiperestesia* sensitiva y sensorial, en todos sus dominios; la *exageración*, sobre todo en su instantaneidad y amplitud, de los reflejos tendinosos, cutáneos y pupilares; el *desequilibrio* de las reacciones vasomotrices y secretorias; la tendencia a los *espasmos* en la musculatura lisa; el *temblor* de los músculos

estriados. Psíquicamente existe una hiperestesia afectiva que puede conducir hasta la angustia y que se traduce por estados de ansiedad en situaciones por las que las personas normales pasan con un grado de emoción limitado y dominable.

Teniendo en cuenta lo frecuente que es la constitución emotiva, podría esperarse que los estados de ansiedad fueran más frecuentes de lo que lo son en los concursantes. No es así, sin embargo, y la explicación es bien sencilla. Las personas que se saben emotivas —y por el hecho de pensar en el concurso tienen ya muchas veces los signos que hemos señalado— se excluyen voluntariamente de presentarse a tales oposiciones porque saben, de antemano, cómo será afectado su aparato psíquico por los preliminares y las alternativas del concurso.

El hecho de que una persona pueda pasar seis pruebas de oposición es la demostración de que no tiene la constitución emotiva. Pero ello no obsta para que, si las pruebas se prolongan o la lucha es muy reñida e incierta, y se repiten las situaciones de apremio, puedan aparecer manifestaciones emotivas y hasta ansiosas en sujetos de predisposición poco acentuada o considerados hasta entonces como normales.

No existe una línea de separación neta entre la reactividad normal y la anormal. Podría decirse que todos tenemos en potencia ambas posibilidades y que la normalidad es un asunto *más de umbral o de grado, que de calidad o esencia*. Cuando el hombre, que había conformado sus hábitos y reacciones a las condiciones normales, es sumergido en situaciones anormales, puede presentar mecanismos de reacción inhabituados e irregulares. Y cuanto más se prolonguen esas situaciones, mayor número de personas, hasta entonces equilibradas, irán presentando reacciones de hiperemotividad y ansiedad.

Por estas razones, entre los concursantes de oposiciones que se han prolongado un tiempo excesivo, pueden verse *preocupaciones hipocondríacas y estados de organoneurosis*. Frente a una taquicardia emotiva que no cesa y que es acompañada de extrasístoles, llégase a temer un trastorno cardíaco y con el electrocardiograma en la mano se va de uno a otro especialista. Digestiones lentas, signos de hipersecreción gástrica, y aun dispepsias nerviosas, son interpretadas como síntomas de úlcus, y el concursante vive la parte emotiva del presunto ulceroso. En otros casos, los estados de angustia son más profundos y tenaces, y hacen pensar a quien lo padece en la angina de pecho. En otros apare-

cen los espasmos que traducen en la musculatura lisa lo "apretado" que se encuentra el sujeto psíquicamente: espasmos del estómago, del piloro, del esfínter de Oddi, intestinales, en especial cólicos, espasmo vesical, etc.

Se sabe bien por la medicina psicosomática que todas estas manifestaciones de organoneurosis provocadas por la ansiedad son el modo cómo el psiquismo descarga el conflicto en que se encuentra, en su aparato orgánico más débil y expresivo. Un órgano determinado, lugar de menor resistencia, sirve así de *conversión y expresión para los conflictos mentales y las tendencias reprimidas del sujeto*. Frente a un peligro que amedrenta, lo biológico es la huida. El adulto civilizado normal no puede socialmente adoptar tal actitud: pero aquel temor reprimido va a descargarse en sus órganos frágiles, que expresarán así, mediante *el lenguaje visceral*, el conflicto de que es asiento la personalidad total del sujeto. La rapidez casi instantánea con que tales estados desaparecen una vez finalizado el concurso demuestra su clara etiología emotiva.

Por las mismas razones, no es raro que quien tenga una visceropatía orgánica, que se ha logrado silenciar desde hace tiempo, la vea actualizar en la ocasión de estados de angustia y preocupación emotivas. La úlcera gástrica es ejemplo notable de lo que dejamos dicho. En esta categoría está un concursante que hace un empuje de hipertiroidismo en el transcurso de las pruebas de oposición.

ESTADOS CONFUSIONALES.— Como se sabe, se denomina *confusión mental* un síndrome psíquico caracterizado por *la dificultad o la imperfección de los procesos intelectuales*, que puede llegar hasta la inhibición. Esta obnubilación o supresión transitoria de las funciones intelectuales superiores es producida generalmente por una *intoxicación*, una *infección*, *traumatismos*, *craneos*, pero también puede serlo por las *emociones intensas*.

También aquí este género de trastornos estará en relación con la constitución psíquica y son naturalmente los sujetos de constitución hiperemotiva quienes pueden presentar con más facilidad estos estados confusionales de origen emocional.

Se sabe hoy que las emociones, además del elemento psicológico que siempre les fué reconocido, producen modificaciones del *sistema simpático* (vasculares, secretorios, miotónicos) modificaciones endocrinas y humorales más o menos persistentes, muy

bien estudiadas por Cannon y que pueden llegar a provocar una verdadera *autointoxicación*.

Esta intoxicación de causa endógena y de origen emocional se sumaría en los opositores a las otras intoxicaciones provocadas por el surmenage intelectual, la sobrefatiga y la exhaustación resultantes del esfuerzo mental intenso y excesivamente prolongado, debiéndose agregar muy a menudo la acción de los *hipnóticos*, a cuyo uso repetido se ha recurrido para combatir un insomnio pertinaz. Todos estos factores tóxicos reunidos contribuyen a quitar perfección y claridad a los procesos intelectuales superiores.

Los trastornos de orden confusional que se han visto en los concursos de oposición afectan especialmente a la función de la memoria y se traducen por *amnesias de evocación*. El grado y la extensión de estas perturbaciones confusionales son variables, y ellas van desde el olvido en la exposición de un capítulo importante hasta la *amnesia lagunar* referente a un tema. Como ejemplo de este orden citaremos el caso de un concursante, quien en las pruebas anteriores había obtenido la puntuación máxima, y que en la prueba escrita subsiguiente padeció un episodio amnésico tan completo que no acertó a escribir una línea, optando por retirarse frente a tan inusitado hecho. Son por todos conocidos casos menos intensos de concursantes de excelente preparación que no se explican cómo no se han acordado de exponer tal o cual capítulo de importancia fundamental y que tenían archisabido. La participación del factor emotivo está demostrada por el hecho de que tales grandes amnesias no se produjeron ni antes ni después de la prueba, sino en el momento de ella, cuando la emoción es álgida.

El factor agotamiento intelectual tiene a nuestro juicio en estos estados una importancia fundamental y hemos visto a concursantes sobresalientes desempeñarse en la última prueba —que era la séptima de un largo concurso— con sus mecanismos de *automatismo intelectual*, resultado de una preparación rigurosa que los sacaba bien librados de esta prueba de la que ellos después no recuerdan nada o muy poco, enterándose por el público de lo que dijeron.

Repetimos que aquí como en general siempre en patología, la causa etiológica *no es única* y que en estos casos de confusión mental, además del factor emotivo circunstancial y desencadenante, intervienen elementos tóxicos y debilitantes provocados por la larga fatiga y la vida artificial que está obligado a llevar el concursante durante un tiempo prolongado.

REACCIONES PARANOICAS.— Hay personas que sin tener propiamente los rasgos de la constitución paranoica (hipertrofia del yo, susceptibilidad extrema, deformación paralógica del razonamiento), presentan un carácter en el que la *desconfianza* y las *ideas de posibles perjuicios* están prontas a desviar el pensamiento fuera de los cauces de las deducciones lógicas. Las incidencias tan numerosas de los largos concursos; la intervención y la interferencia de numerosas personas que, por pertenecer al mismo medio profesional, no pueden estar totalmente desvinculadas de los opositores; la frecuencia con que la pasión y los intereses inclinan las decisiones de los hombres; el margen tan amplio que existe en los fallos para la apreciación personal, y la posibilidad, muchas veces inevitable, del error: son elementos que presentan vasto campo para que pueda ejercitarse una suspicacia tensa y vigilante, servida por facultades dialécticas que harán más aguda la pasión que acompaña al juego de los valiosos intereses en pugna en concursos de tan importante categoría.

¿Quién es la persona que alguna vez en estado pasional no ha visto desviar fuera de lo real el curso de sus deducciones, como después lo ha comprobado? La psicología dinámica demuestra la influencia que tienen nuestros sentimientos sobre la percepción de los elementos de la realidad, y cómo la interpretación que hacemos de los hechos está teñida siempre por nuestros estados afectivos, deseos o temores. Si esto es así para las incidencias diarias de la vida común, compréndese en qué alto grado intervendrán en el proceso deductivo los sentimientos —que pueden llegar a la *ansiedad* y la *obsesión*— de una persona que está jugando en un concurso —y ha puesto, pues, en las manos de otros hombres— su sitio en la Facultad, su reputación entre los colegas y hasta su prestigio en la sociedad en que vive. Y piénsese entonces a qué extremos podrá llegarse cuando existen realmente rasgos paranoicos en la personalidad de un sujeto. Violentas protestas, retiradas del concurso y hasta iniciación de querellas judiciales pueden ser las reacciones de este género en tales casos.

Es obvio advertir que no incluimos naturalmente en la categoría de reacciones psicopáticas a aquellas incidencias, legítimas reacciones lógicas y hasta viriles, de una persona realmente perjudicada por un tribunal que no está a la altura de su misión. Algunos miembros de tribunales pueden aprovechar su situación de tales para satisfacer intereses de círculo, favorecer amistades o saciar mezquinas pasiones de rivalidad o despecho, y no califi-

caremos naturalmente de paranoicos a las reacciones legítimas que con su inconducta pueden provocar.

Aquí, como debe hacerse siempre en la apreciación de los actos humanos, no es la *forma* de la reacción la que puede indicar si ella es o no legítima, sino que esto será determinado por el *valor de los factores* que la motivaron.

OTRAS CONSIDERACIONES.— Podría pensarse que para la presentación de las perturbaciones psíquicas que dejamos señaladas debe requerirse además de la situación externa desencadenante, una predisposición del sujeto que lo haga psíquicamente frágil. Son, en efecto, las personas que tienen esta labilidad psíquica quienes presentarán primeramente —y ya en las pruebas iniciales— algunas de esas manifestaciones. Mas, cuando el concurso consta de numerosas pruebas y éstas se prolongan un tiempo excesivo, se ve un mayor número de concursantes afectados en especial de *organoneurosis*, resultado de la acción de una tensión nerviosa prolongada con todos los concomitantes psíquicos y somáticos tan bien estudiados por Sherrington Gley, Pavlov, Cannon. Por ello no constituyen casos aislados y raros las personas afectadas en su estabilidad psíquica por los concursos. Y en teoría, podría admitirse que no habría persona cuyo aparato psíquico no acabara por presentar anomalías si el tiempo que dura esta verdadera guerra de nervios se fuera prolongando cada vez más.

Mención especial merecen las *afecciones orgánicas*, muchas veces febriles, que aparecen en los concursantes durante la preparación del concurso o en el curso de su realización y que traducen un innegable debilitamiento de los mecanismos de defensa natural en estas personas. Ya hemos estudiado los elementos autotóxicos que debilitan esta defensa: *surmenage intelectual*, *debilitamiento físico*, *sobrefatiga*, *insomnio*, *tensión nerviosa sostenida*. No es raro entonces que aquellos agentes patógenos que eran contenidos por la resistencia natural del sujeto, puedan, en estas ocasiones, prosperar y manifestarse. Recordamos el caso tan ilustrativo al respecto de un concursante —hoy brillante profesor— quien no había tenido en su niñez las fiebres eruptivas propias de la infancia. Tampoco las tuvo cuando fué interno del pabellón de infecciosos del Hospital de Niños, ni aun en épocas de epidemia. E hizo tales fiebres, y además difteria, durante la realización de su concurso de agregación.

Sin duda el conocimiento de hechos de esta naturaleza y otros análogos sobre el valor de los factores psíquicos en el desencade-

namiento de las enfermedades, ha llevado a Walter Cannon, sabio fisiólogo a quien nadie podrá tildar de psiquista, a decir que: *"a lo largo de la historia de los hombres, no han sido las bacterias sus solos enemigos, ni siquiera han sido los más importantes"*.

No entrarían exactamente dentro del género de las perturbaciones que acabamos de estudiar, las que pueden observarse también durante la preparación de exámenes y concursos, pero debidas a *estimulantes artificiales del sistema nervioso*. Estarían en tal categoría algunos casos debidos al moderno "doping", las llamadas "aminas despertadoras", del grupo de la efedrina y, en especial, el sulfato de benzedrina. Tales perturbaciones han sido unas veces mentales y otras circulatorias. Creemos que tratar aquí este punto sería salirnos del tema estricto de nuestro trabajo —"Psicosis reaccionales de los concursantes"—, aunque justificaría en cierto modo esa excursión la difusión nociva que esas drogas van teniendo en el estudiantado y entre los concursantes.

No queremos finalizar este trabajo sin presentar nuestro homenaje a quienes, llevados por una fuerte vocación docente y nobles deseos de superación científica, han debido pasar por las horcas caudinas de los concursos de oposición de nuestra Facultad de Medicina. Han demostrado con ello, además de innegable talento e insuperable preparación técnica, un firme y envidiable equilibrio psíquico. Por ello, con nuestras felicitaciones el homenaje respetuoso de nuestra admiración.

9

LA ELECCIÓN SINTOMÁTICA EN LAS ORGANONEUROSIS

Sabido es que se denominan *organoneurosis* o *neurosis viscerales* a un conjunto de perturbaciones funcionales que se manifiestan en personas de psiquismo frágil cuando se encuentran en situaciones conflictivas o penosas.

Causas determinantes de *origen psíquico*, pues, provocan en estos sujetos lábiles cuadros clínicos de la más diversa índole. Perturbaciones digestivas, desde anorexia hasta vómitos y cólicos, trastornos respiratorios de los más variados, manifestaciones cardiovasculares, síntomas urinarios y genitales, parálisis y contracturas, trastornos sensitivos y sensoriales, etc., etc. Tales alteraciones no sólo determinan alteraciones psíquicas, sino también manifestaciones somáticas: espasmos vasculares, calambres gástricos e intestinales, espasmos del píloro y del esfínter de Oddi, alteraciones del ritmo cardíaco, de la actividad secretoria, etc.

No obstante la abundancia de síntomas que pueden describirse en este capítulo de las organoneurosis, cada neurótico hace sus manifestaciones siempre con alteraciones de la misma índole o, por lo menos, del mismo aparato o sistema. Es así que este capítulo nosológico ha podido ser dividido en organoneurosis digestivas, respiratorias, circulatorias, urinarias, genitales, cutáneas. Ha llamado la atención a los clínicos la psicogénesis de este hecho, es decir, a qué razones obedece que cada neurótico haga sus manifestaciones funcionales con determinado aparato, siempre el mismo para cada sujeto.

¿Por qué un neurótico, frente a un conflicto, hace una neurosis cardíaca, otro en las mismas circunstancias presenta una neu-

resis gástrica, y un tercero una parálisis o una contractura? El estudio de los factores que intervienen en esta elección sintomática de las reacciones neuróticas es el motivo del presente capítulo.

El psicoanálisis ha dado a estos hechos una explicación impregnada, como toda su doctrina, de la misma tendencia pansexualista. El hecho de haber sido Freud quien destacó el valor fundamental de la psicogénesis en las organoneurosis concede interés a su explicación en esta clase de perturbaciones.

Como se sabe por la teoría psicoanalítica referente a la evolución de la libido, ésta, en la emigración experimentada a través del cuerpo desde el lactante al ser adulto, ha pasado por todos los órganos y aparatos. La libido —primeramente oral, luego cutánea, más tarde uretral, luego de nuevo digestiva, finalmente genital—, ha pasado dejando su huella en las mucosas, en los esfínteres, en los órganos de los sentidos, en las cavidades, en los tractos, etc. Después de su pasaje por cada una de esas etapas, la emigración de la libido no ha sido total, sino que han quedado restos de ella en cada sitio donde ha estado. De allí que cada uno de esos lugares tenga su porción de erotismo. A ello es debido que cada órgano, además de su función específica en la economía, tenga también una participación en la sexualidad. La boca tiene su función digestiva, pero también tiene la función erótica del beso. El ojo está hecho para ver, pero es muy grande también la participación visual en el placer erótico. Y así, para cada aparato o sistema, puede añadirse a su función particular su contribución al servicio del Eros. En cierta medida todo esto es normal, afirma Freud. Pero cuando la cantidad de libido que ha quedado en uno de esos órganos es superior a la normal, esa genitalización repercute sobre la realización de la otra función, esto es, la que normalmente le corresponde en la economía. Una joven con excesiva libido en su esfera ocular podrá hacer, como perturbación organeurótica, amaurosis histérica u otros trastornos oculares funcionales.

Para el psicoanálisis, pues, la elección orgánica de las reacciones neuróticas está determinada por el órgano, evolutivamente inmaduro, que ha quedado con una carga excesiva de libido. Esto explicaría —agrega Freud— la predominancia manifiesta de las perturbaciones digestivas entre todas las organoneurosis: es en el tubo digestivo precisamente donde el exceso de libido se mantiene con mayor frecuencia, como lo explica la doctrina pansexualista, y muchos hechos, por otra parte, parecen confirmarlo.

Tal es la explicación psicoanalítica de la determinación orgánica de las reacciones neuróticas. Ella es aceptada enteramente por los freudianos ortodoxos, no así por otros psicólogos y analistas, pues resulta forzado aceptar sin discusión todo el block apriorístico de la teoría pansexualista, resultado del criterio que Freud se ha formado sobre el significado de los fenómenos subjetivos.

Veamos a continuación los factores que a nuestro juicio participan más a menudo en la elección sintomática de las organoneurosis. Creemos que no existe una explicación unitaria, sino que pueden aparecer unos u otros factores, y en algunos casos varios de ellos al mismo tiempo.

1) Existen órganos y aparatos con una *fragilidad constitucional*. Von Bergmann explicó por una *estigmatización vegetativa* esta labilidad de ciertos aparatos que los vuelve particularmente frágiles y, por ello mismo, fácil asiento para la expresión de los conflictos anímicos. Podría decirse que tales órganos "*van al encuentro de las neurosis*". En unos casos, dicha labilidad se debería a factores hereditarios, y así se explicaría la existencia de varios familiares con la misma clase de neurosis visceral, de lo que se ven ejemplos tan repetidos. En otros casos, una enfermedad orgánica anterior deja frágil a determinado órgano y en éste se exteriorizará más tarde la neurosis. Siebeck cita el caso de una señora que padecía de trastornos cardíacos neuróticos; después contrajo una enteritis catarral infecciosa y, completamente curada de ésta, presentó más tarde —con motivo de una viva emoción— trastornos intestinales neuróticos.

En tales casos es innegable el fundamento somático de dichas manifestaciones neuróticas. Factores hereditarios o enfermedades anteriores producen modificaciones que no pueden apreciarse morfológicamente, pero que constituyen como la fisura de un cantaro. No es extraño así que en tales sujetos un día esos trastornos, que hasta entonces eran funcionales, aparezcan ya como lesionales y manifiestamente orgánicos, evidenciándose en esta forma el destino patológico de ese órgano o aparato.

Las relaciones de lo funcional y lo orgánico (no olvidemos que generalmente lo orgánico comienza siendo funcional) es un capítulo que merece él solo una atención especial. Para poder continuar con el estudio del tema que hemos iniciado dejamos en este punto el desarrollo de esta cuestión que será motivo del capítulo próximo.

2) Al considerar la elección sintomática en los neuróticos no debemos olvidar que existen *emociones y órganos vinculados por análogas posibilidades de expresión*: la repugnancia y el vómito, la angustia y la disnea, el pánico y las perturbaciones de la motilidad. Como lo dice von Weizsacker, las funciones fisiológicas tienen "*valencias psíquicas específicas*". El miedo produce palpitaciones, y algunos trastornos de la actividad cardíaca lo provocan también, o sea que existe una relación psicosomática entre el miedo y la actividad cardíaca. Estas correlaciones entre determinados órganos y elementos de la vida afectiva son tan frecuentes que el mismo lenguaje corriente las ha consagrado vinculando la angustia al corazón, la cólera a las afecciones hepáticas, la avaricia y codicia al estómago e intestino.

Se recordará, sin duda, el caso de la joven con espasmo esofágico que sirvió a Breuer y Freud para su primera observación analítica. Mediante el hipnotismo estos observadores pudieron comprobar que dicho trastorno digestivo era debido a la repugnancia experimentada en un episodio de la infancia: una institutriz, a quien odiaba, dábale de beber al perro en el mismo vaso en que bebía la niña. El asco tenía expresión en el trastorno de la función digestiva, lo que, por otra parte, es asaz frecuente. Vemos cómo la explicación es sencilla y fácil sin necesidad de recurrir al pansexualismo de la ortodoxia freudiana.

3) Otras veces existe un *mecanismo afectivo* en la elección de un órgano o una función perturbados. Es frecuente ver que después que un familiar ha muerto de una enfermedad impresionante —apoplejía, cáncer de estómago, tumor de médula—, otros familiares, bajo la acción del miedo o agotados por la pena, comienzan a sentir trastornos en los mismos órganos. Este es el caso de una paciente que fué operada con el diagnóstico de colecistitis no calculosa, no confirmada por la operación, y cuyos sufrimientos hepatobiliares comenzaron después de la muerte de la madre por neoplasma de hígado.

El miedo es capaz de perturbar la función de un órgano, y el pánico lleva a la neurosis cardíaca o gástrica. El duelo produce la atonía y la estasis de las funciones vegetativas y entonces es fácil encontrar un estado catarral gástrico o de las vías biliares. Por tales razones, en presencia de un paciente sospechado de organoneurosis, debe investigarse mediante una anamnesis cuidadosa la existencia de acontecimientos patológicos importantes entre sus familiares e íntimos. En algunos casos, contribuyen a

tales efectos de temor los conocimientos difundidos por las radios y los artículos de revistas profanas hechos justamente con propósitos de prevención. Es frecuente el neurótico asustado que llega a la consulta médica llevado por la lectura de un artículo de divulgación científica.

4) En otros casos aparece un mecanismo, *el contagio psíquico*, vinculado a los ejemplos anteriores porque tiene también una raíz afectiva. Una joven presenta trastornos de la marcha porque en la misma sala donde ella se atendía de fiebre tifoidea, falleció una enferma de Heine Medin. Entran en la misma categoría las histéricas de Charcot en su Sala de la Salpêtrière, y más alejadas aún en la historia las epidemias de corea y de baile de San Vito en la peregrinación a este Santo. Personas predispuestas pueden experimentar el contagio de desmayos, ataques, temblores, parálisis. Sujetos, cuyos mecanismos represores del miedo o del dolor son débiles, hacen manifestaciones organoneuróticas cuando han estado sometidos a fuertes o prolongadas tensiones emotivas. Y se han señalado verdaderas epidemias psíquicas en la ocasión de catástrofes colectivas.

5) Otras veces la perturbación funcional se presenta en un *órgano directamente vinculado con el acontecimiento que la provoca*. Así, por ejemplo, un adolescente, cuyos padres repudian severamente la masturbación, sufre espasmos de la mano durante un concurso de dactilografía lo que le hace fracasar en dichas pruebas. Los autorreproches provenientes de un superyó inflexible castigan en el órgano el pecado cometido.

La misma génesis —esto es, la expresión de un conflicto intrapsíquico— tendrían buen número de neurosis profesionales, el trac de los concertistas, el calambre de los escribientes.

6) En otros casos, un traumatismo sufrido en un miembro o una caída sobre una parte del cuerpo provoca manifestaciones neuróticas en ese miembro o en esa región. Un obrero que cayó de espaldas, queda con una flexión cervicodorsal (camptocormia) y con una zona de anestesia correspondiente al sitio traumatizado.

En los casos de histerotraumatismo es muy fácil reconocer este mecanismo, el cual se presenta a menudo en neurosis profesionales y, en especial, en asegurados con anhelo de renta. Así, un albañil asegurado hace, después de un traumatismo de mediana intensidad, una parálisis del antebrazo izquierdo con anes-

tesia regional en manguito. Siebeck manifiesta que las modernas leyes sociales, inspiradas en la noble finalidad de atender las necesidades económicas de los enfermos y traumatizados, ofrecen, por otra parte, el peligro de que disminuyen el instinto vital de curarse.

Hemos querido exponer los factores más frecuentes que intervienen en la psicogénesis de la elección de síntomas en las organoneurosis. Como ya lo hemos dicho, no creemos que en tales enfermos intervenga un solo factor. Aquí, como en general en todos los pacientes, no debe admitirse la existencia de causas únicas, sino la intervención de *varios factores*.

El cuadro mórbido que nos presenta el paciente es siempre el resultado de varios factores; aun más: "es el resultado de toda la historia del paciente". Ningún acontecimiento psíquico pasa sin dejar huellas como tampoco ninguna enfermedad, aun las más leves. Por esto, más que reconocer como "*causas*" a los factores que aparecen determinando una afección, debe admitírseles como "*condiciones*" que han favorecido esa expresión mórbida. Tales razones ayudarán al clínico a leer en el lenguaje visceral de una neurosis la expresión de sus conflictos vitales o dificultades de situación.

Finalmente, debemos decir que para hacer completo este capítulo deberíamos señalar los casos en que una situación emocional se exterioriza sobre un cuadro orgánico manifiesto: hemoptisis en un bacilar, determinada por un serio disgusto; hematemesis en una úlcera gástrica dormida, a raíz de una discusión violenta. La consideración de este aspecto hubiera extendido en exceso los límites de este estudio, puesto que no hay trastorno orgánico que escape a la influencia de los factores afectivos. Por tal razón, merecen capítulo aparte, pero corresponde aquí señalar el valor de la psicogénesis en la evolución y en las complicaciones de los procesos orgánicos.

LO ORGÁNICO Y LO FUNCIONAL

LOS TÉRMINOS: ORGANICO, FUNCIONAL, NEURÓTICO

Aconseja Vaz Ferreira que así como los cirujanos antes de proceder a sus intervenciones realizan la desinfección cuidadosa del instrumental de que se van a servir, del mismo modo, antes de iniciar una discusión sobre conceptos de acepción diversa, se debe proceder a determinar con claridad el valor exacto de los términos sobre los que se va a discutir. Nos parece que nunca mejor aplicado este consejo que para la significación de los términos de *orgánico*, *funcional* y *neurótico*, al considerar su valor en el estudio de las enfermedades y la expresión de éstas por medio de los síntomas.

Todos los médicos están de acuerdo en designar con el nombre de procesos *orgánicos* las alteraciones que tienen lugar en la estructura de los órganos. Lo orgánico así considerado es algo apreciable morfológicamente o —como dice Siebeck— lo que el anatomopatólogo puede comprobar en los materiales muertos y separados del organismo.

Los trastornos *funcionales*, por el contrario, evolucionan sin lesiones tisulares comprobables. Asimismo son caracteres de esta clase de trastornos sus variaciones, su inconstancia, su habitual reversibilidad y su fácil influenciabilidad.

Los trastornos orgánicos, por el contrario, tienen duración, persistencia, son irreversibles, y muy poco influenciables. Los tejidos enfermos son destruidos y son reemplazados por tejido cicatrizal inespecífico de modo que, terminado el proceso patológico orgánico, queda en el cuerpo un defecto, una cicatriz (Siebeck).

El término *neurótico* aplicado a un trastorno no se refiere como los anteriores a su *naturaleza*, sino a su *origen*. No hace referencia a la estructura de una alteración sino a su génesis o patogenia. Se denominan *neuróticas* aquellas anormalidades funcionales de origen psíquico que se manifiestan en personas de psiquismo frágil cuando se encuentran en situaciones conflictivas. La palabra *neurótico* hace referencia al origen psíquico y al mecanismo anímico de dicho trastorno, en tanto que los términos *orgánico* y *funcional* se refieren a la estructura de dicho trastorno, con alteraciones anatómicas comprobables para el primero, y sin tales alteraciones para el segundo.

Cabe también marcar la distinción entre los términos *neurótico* y *psicógeno*. Los síntomas neuróticos —lo repetimos— obedecen a un dinamismo psíquico característico y expresan la situación de problema y conflicto en que se encuentra un sujeto anímicamente frágil. El término *psicógeno* señala solamente el origen psíquico de una manifestación y en modo alguno es sinónimo de neurótico. Psicógena es la normal taquicardia emotiva y ella sólo será neurótica cuando resulte de una emotividad desequilibrada. Quizá no haya enfermo orgánico que no presente además manifestaciones psicógenas, pero sólo éstas serán neuróticas si responden a un aparato anímico sensible en exceso o fácilmente vulnerable.

ENFERMEDADES LOCALES Y GENERALES

Otro concepto que es de utilidad expresar claramente es el de enfermedades locales y generales.

La medicina actual se ha desarrollado especialmente a partir de la anatomía patológica. Las comprobaciones de Morgagni, Virchow, Rokitsky, realizadas en órganos y tejidos enfermos y alterados en su biología celular, llevaron la atención de los clínicos sobre las alteraciones orgánicas halladas en el cadáver. Virchow afirmaba que no existían enfermedades generales, sino sólo enfermedades de los órganos. Y se señaló así para cada afección el órgano o los órganos donde la lesión tenía asiento y que era la causa comprobada de la enfermedad.

Dicho concepto ha evolucionado, y hoy día, en conocimiento de los mecanismos generales de regulación de nuestro organismo, no se acepta la idea de enfermedades locales, sino de *enfermedades generales*. Se ha visto que no hay función en la que participe

un solo órgano, sino que toda función es la resultante de la puesta en juego de influencias múltiples, que actúan a través de muchos órganos de la economía.

Tomemos como ejemplo el proceso en apariencia simple de la absorción de agua y su eliminación en el organismo. Si se bebe una cantidad de agua, se elimina poco después una cantidad proporcional de orina: el agua pasa del tubo digestivo a la sangre, es llevada a los riñones y allí es eliminada. Esto, tan claro y sencillo, es, sin embargo, el resultado de factores diversos que no se refieren solamente al estado de la mucosa digestiva ni del glomérulo renal. En el proceso de eliminación del agua toman parte otros órganos: el corazón y los vasos, el hígado, las glándulas endocrinas, en especial la cápsula suprarrenal y la hipófisis, el sistema nervioso central, y diversas influencias: estado psíquico, alimentos y bebidas ingeridas en días anteriores, trabajo realizado por los músculos, etc. Da una idea de cuán complejo es este proceso —en apariencia sencillo— de la eliminación del agua la circunstancia de que, no obstante los múltiples órganos y las diversas influencias que intervienen, la orina expulsada por el organismo sano mantiene invariable su composición. Es que aunando la intervención de los diversos órganos y actuando bajo la acción de las diversas y variables influencias, existen *mecanismos fisiológicos de regulación*, sutiles y complejos, que son los que en último análisis marcan con su funcionamiento correcto la normalidad de un organismo.

Tales mecanismos fisiológicos no están ligados a un solo órgano, sino al organismo en conjunto. En efecto, la *enfermedad* puede ser definida como *el fracaso de los mecanismos de regulación en su función de adaptar nuestro organismo a las condiciones siempre variables del medio que le rodea*. Lenz define la enfermedad como un estado del organismo en el límite de su facultad de adaptación. Siendo esto así, se concluye que la alteración orgánica que comprueba el anatomopatólogo, más que la causa de la enfermedad, es generalmente un efecto de ella. Los agentes patógenos no afectarían directamente a determinado órgano sino que comprometerían el juego normal de los mecanismos fisiológicos vitales de regulación. Y en último análisis las lesiones tisulares locales que encuentra el histólogo no son la causa de la enfermedad sino la expresión de los esfuerzos realizados por los múltiples y complejos mecanismos fisiológicos de regulación en su permanente función de compensar los efectos nocivos que las variadas noxas exteriores ejercen sobre el organismo.

Los síntomas, pues, tanto orgánicos como funcionales, no traducen el resultado directo de los agentes patógenos; ellos expresan la acción de nuestros medios de defensa frente a dichos agentes. Si en tales circunstancias se llega a la alteración anatómica se constituyen los síntomas *orgánicos*. Si se limitan a la alteración de su fisiología normal corresponden a síntomas *funcionales*. Y se les considerará *neuróticos* cuando sean resultantes de una mecánica anormal del aparato psíquico.

EL PASO DE LO FUNCIONAL A LO ORGANICO

Por lo que antecede puede verse que, si bien desde el punto de vista práctico del pronóstico es importante distinguir si un síntoma es orgánico o funcional, no lo es tanto si se considera su origen, muy a menudo semejante.

La diferencia entre lesión orgánica y trastorno funcional no es siempre precisa, y depende, como es fácil comprenderlo, del estado de la técnica histológica. Buen número de alteraciones juzgadas simplemente como funcionales son reconocidas hoy sin discusión como orgánicas. El examen röntgenológico ha permitido descubrir la existencia de lesiones orgánicas en buen número de casos que se rotulaban "trastornos gástricos nerviosos" (Von Bergmann). Recuérdese que el bocio exoftálmico y la corea, entre otros ejemplos, eran considerados por Charcot como neurosis. No puede desecharse la presunción de que con el progreso de las técnicas de exploración se reconozcan lesiones orgánicas en trastornos reputados actualmente como neurosis.

Por otra parte, los trastornos funcionales pueden producir lesiones orgánicas persistentes. Una taquicardia emotiva (fenómeno funcional) que se prolonga en exceso, acaba por provocar lesiones anatómicas en el miocardio. Y en general, los estados prolongados de tensión emocional, que sólo se traducen en su principio por desórdenes funcionales, acaban por producir trastornos orgánicos bien comprobables: hipertensión arterial, diabetes, Basedow, ulcus gastrointestinal, etc.

En patología digestiva puede verse con frecuencia cómo se pasa del trastorno espasmo a la lesión tisular. Ya no se discute que un espasmo que se repite con frecuencia termina en una lesión anatómica. Ha podido comprobarse que la contracción espasmódica del estómago o intestino —fenómeno claramente funcional— produce por su duración trastornos de déficit circulatorio a nivel de la mucosa que pueden llegar a la determinación de úlceras.

Kapich produjo úlceras gástricas en el conejo por excitación farádica del neumogástrico. Westphal llegó al mismo resultado con inyecciones de pilocarpina. Hanser afirma que no caben dudas ya sobre la posibilidad de producir por vía neurógena experimental la úlcera péptica humana.

Con frecuencia *lo funcional se agrega a lo orgánico* y se constituye así un verdadero círculo vicioso: lo funcional determina lo orgánico y éste aumenta y extiende a aquél. Moore —que ha usado con buen éxito el método de la resección del vago para el tratamiento de la úlcera péptica—, considera que la interrupción del vago corta de alguna manera el círculo vicioso patogénico.

No debe olvidarse asimismo que lo orgánico comienza por ser funcional, y es sólo la evolución del trastorno lo que nos ilustrará si él se limita a la función o llegará a la alteración anatómica. Es en el sistema circulatorio, en sus sectores arteriolares, donde puede verse más manifiesto lo que vamos diciendo. Un espasmo vascular en el hemisferio cerebral no deja trastorno alguno si es de breve duración, mas si se prolonga lleva, por isquemia, a la alteración celular. Y para el propio fenómeno de la vasoconstricción —explicación tan frecuente en la mecánica circulatoria— se considera hoy que muy a menudo va ligado a la existencia de trombus arteriales, con lo que dejaría de ser un fenómeno funcional para constituir una indudable alteración orgánica de la arteria.

Vemos, pues, cuán imprecisos, variables y sujetos a discusión son los límites que parecían tan claros entre lo funcional y lo orgánico. Y agréguese a esto que no es raro que contribuya a hacer aun más complejo el problema la intervención del elemento neurótico.

Son frecuentes, en efecto, estas tres situaciones:

a) Un sujeto presenta fenómenos neuróticos aprovechando la existencia de lesiones orgánicas que actualiza o exagera.

b) Las manifestaciones neuróticas no son más que los primeros signos de una afección orgánica en marcha y cuya expresión se anticipa en el sistema más frágil.

c) El elemento neurótico observado no es más que el agregado neurótico general a la psiquis de todo enfermo, resultante de su debilitamiento o su temor. En efecto, aunque no siempre el enfermo lo manifieste, es muy frecuente la elaboración de ideas propias respecto a su enfermedad hasta en los sujetos no neuróticos.

Todas las circunstancias que preceden llevan a hacer complejo un problema que sólo con un criterio simplista puede aparecer sencillo. Muy a menudo en los enfermos se observa reunido lo orgánico, lo funcional y lo neurótico; no yuxtapuesto como una suma aritmética, sino interfiriendo uno con otros en una interacción que lleva a complejas situaciones tan numerosas y distintas como las posibilidades resultantes de las funciones variables en las matemáticas. Y es justamente esta complejidad del problema que lo vuelve apasionante y aumenta su interés. Distinguir entonces lo esencial y lo secundario entre tales elementos ponderables e imponderables que se suman e interfieren es una labor de captación apasionada, de búsqueda inquisitiva que —como lo ha dicho von Bergmann— tiene algo de entusiasmo deportivo. El talento diagnóstico del médico se pondrá a prueba en la obtención sutil de todos los detalles relacionados con el tema principal que se busca.

SE SIMULA LO QUE SE TIENDE A TENER

Terminando este capítulo digamos algunas palabras sobre el valor y significado de los síntomas que a veces *simulan* algunas personas para aparentar una enfermedad.

Cuenta Marcial que Celio, ciudadano romano, para verse libre de las obligaciones de la corte, simuló estar enfermo de gota. A tal efecto, hacía que le dieran unturas en las piernas, que llevaba envueltas, e imitaba el porte y la marcha de un gotoso. Pero ocurrió que la enfermedad lo atrapó de veras, y dice Marcial: "Tanto puede el cuidado y el arte de estar enfermo que Celio no necesitó ya fingir la gota".

A veces, en nuestras tareas de asesor psiquiatra del Banco de Seguros, nos ha venido a la mente el relato de Marcial, pues ha ocurrido que un obrero, tras simular repetidas veces y por largo tiempo afecciones que lo librasen de sus obligaciones, ha acabado por tener una enfermedad auténtica. Asimismo estos días hemos examinado en el hospicio de alienados a un paciente afectado de delirio de persecución, quien antes de que se iniciara su psicosis, afirmaba —para salir de su país de origen— que lo perseguían a causa de sus ideas políticas. Y actualmente es sobre ese mismo tema que delira.

El psicoanálisis explica tal hecho por un mecanismo psicológico análogo al que explica las equivocaciones, los lapsus y los sueños. El inconsciente elige siempre el disfraz que más conviene

a sus inclinaciones, sus tendencias, sus sentimientos. *Se miente y se sueña por las mismas razones por las que se delira.* Ya lo había entrevisto así el sagaz clínico francés Lasègue, quien para explicar el mecanismo de la simulación en los histéricos, dijo bien expresivamente: —"On ne simule bien que ce que l'on a".

¿Es posible admitir que una enfermedad simulada se transforme en una afección real? Si empleamos la crítica rigurosa y los métodos objetivo-experenciales de las ciencias naturalistas, tenemos que contestar que no. Pero no olvidemos que los mismos exactos métodos hubieran llevado hace unos años a desechar innumerables fenómenos que se admiten hoy como verdaderos.

Lady Macbeth, después que armó la mano de su esposo para que diera muerte al rey de Escocia, enloquece y se pasea por sus habitaciones repitiendo: "No podrán todos los perfumes de Arabia quitar de mis manos este olor a sangre". Llamado un médico, luego de oírla, se limita a decir: —"Son cosas éstas que la medicina no puede explicar todavía".

Tres siglos después que Shakespeare puso en labios del galeno escocés esta frase, llegó el psicoanálisis a definir la génesis de las obsesiones y de las fobias y dar explicación al pensamiento de Lady Macbeth.

Un sujeto se pasa meses y a veces años simulando una enfermedad. Nos enteramos después que una afección orgánica grave le ha atrapado. ¿Deberemos como el médico shakespeareano repetir: Son cosas que la medicina no puede explicar todavía?

Frente a cada caso de simulación no es difícil encontrar el móvil perseguido: anhelo de pensión, deseo de no trabajar, propósito de escapar a una situación desagradable. Pero si se piensa cuán grande es el sacrificio que el propio paciente se impone por la representación de su enfermedad, y cuán poco importantes son las ganancias que ella le proporcionan —muy a menudo una pequeña renta— débese concluir que ya *el simulador es un enfermo* y que procede así en virtud de una dinámica psíquica mórbida.

Siendo esto así, sorprende menos el hecho de que pase un día de lo simulado a lo funcional y de esto a lo orgánico, puesto que la fijeza y persistencia de un trastorno funcional conduce a alteraciones tisulares comprobables. Un ejemplo de lo que dejamos dicho lo constituye la atrofia muscular y las alteraciones de las trabéculas óseas que pueden comprobarse en las parálisis histéricas prolongadas.

LOS FACTORES PSÍQUICOS EN EL TRATAMIENTO Y CONVALECENCIA DE LOS ENFERMOS Y FRACTURADOS

LA EXPRESIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LESIONES

Siempre nos hemos preguntado a qué razones obedece el hecho de que frente al mismo agente lesional —infección, intoxicación, traumatismo, emociones— unas personas exterioricen su sufrimiento mediante ciertos síntomas y otras por medio de otros distintos. Nuestra observación y la de los autores que han tratado este punto, lleva a estas conclusiones.

Buen número de sujetos tienen órganos frágiles, con perturbaciones en potencia, pues, que actualizarán con motivo de las noxas lesionales. A menudo, defectos de la evolución de determinado órgano lo hacen particularmente sensible para que sea el asiento de perturbaciones mórbidas. Otras veces, enfermedades anatómicas anteriores de determinado aparato lo dejan en situación especial para que en él se manifiesten los nuevos trastornos. Los cirujanos y los traumatólogos recordarán sin duda los casos de tan corriente observación de los dolores y sufrimientos que aparecen en antiguos fracturados, ya curados, en la ocasión de nuevos conflictos, situaciones anímicas de angustia y también de nuevas enfermedades físicas. Son bien conocidos los casos de cardiopatía, hasta entonces clínicamente bien compensada, que darán síntomas de insuficiencia en la ocasión de una afección general o de una situación emotiva prolongada.

Existen, pues, órganos frágiles o sistemas de aparatos vueltos más sensibles y vulnerables por la acción de una lesión ante-

rior y que establecen en el organismo zonas vulnerables que, como las fisuras en las paredes de un cristal, determinarán su efracción en la ocasión de fuertes sacudidas, las que, no obstante, no alcanzarían para romper un cristal sano.

Ejemplos típicos de esta clase lo constituyen buen número de enfermos de las glándulas de secreción interna. Muchas veces su insuficiencia endocrina data de toda su vida, pero ella hace a su portador mas sensible a las noxas psíquicas y físicas. Su enfermedad no consiste únicamente en esa insuficiencia hormonal, sino que —cuando elementos exteriores lesionales actúen sobre estos sujetos—, su déficit endocrino les proporcionará una determinada posibilidad de expresión.

Es basándose en tan claras razones que Oswald Schwarz ha podido decir que “el hallazgo de una enfermedad orgánica no dispensa nunca de investigar el influjo eventual de factores psíquicos, ya sea porque la enfermedad se instauró de un modo puramente psicógeno, o porque su aspecto clínico o su aparición quedara matizada por un componente psicógeno. Defectos anatomicos demostrables no excluyen la psicogenia, sino que en un buen número de casos, difícil de calcular, constituyen precisamente su condición previa. Es, en general, cuestionable si en un órgano que no se halla de algún modo estigmatizado pueden manifestarse tendencias psíquicas de carácter patológico; por esta razón la decisión diagnóstica en el caso particular no reza “orgánico o psicógeno”, sino sólo *qué significación, qué posición corresponde dentro de la totalidad del cuadro patológico a los trastornos somáticos y a los psíquicos*”.

Las razones que anteceden explican que existan *órganos expresivos* de las enfermedades. A menudo la misma infección tiene en diversos sujetos un lenguaje visceral distinto. Hasta en el caso de infecciones epidémicas bien específicas, las complicaciones y secuelas están determinadas por las particularidades frágiles de cada individuo. Podría así decirse que cada uno de nosotros tiene modos especiales —funciones, aparatos, tejidos— para expresar el ataque —infeccioso, tóxico, traumático— de nuestro organismo, y también su vulnerabilidad frente a conflictos anímicos y situaciones emotivas. Quien lo hace con su sistema cardiovascular. Quien con su aparato digestivo, tan expresivo en sus manifestaciones. Quien con su musculatura estriada. Otros con la musculatura lisa. Quien en forma de excitación y angustia. Otros en forma de depresión e inhibiciones. El repertorio reac-

cional es tan diverso y variado —pero tan particular para cada sujeto—, que recuérdese cómo reaccionan las distintas personas frente a la misma injuria tóxica (la ingestión alcohólica), o infecciosa (una epidemia de gripe), o emocional (exámenes, concursos, conflictos), o traumática (accidentes colectivos).

Tenemos órganos más expresivos unos que otros para exteriorizar el sufrimiento total de la personalidad. Quien sepa leer este lenguaje de los órganos comprenderá la riqueza de su significado, y adelantará mucho camino en el conocimiento del enfermo y de su enfermedad. A veces es tan rica esta expresividad que llega a denunciar como a gritos que es mediante esos órganos o aparatos que el organismo sufre y muchas veces se autocastiga. En tal caso están los traumatizados a repetición, que es frecuente ver en el Instituto de Traumatología. Veíamos cierta mañana en la Sección de Fisioterapia de dicho Instituto el brazo de una señora que realizaba sus ejercicios en la convalecencia de su segunda fractura de ese miembro. Además la piel de ese brazo tenía las huellas de graves quemaduras, y también un amplio tatuaje. Se sabe cuán dolorosa es la realización de un tatuaje, que consiste en la introducción de gránulos de tinta china en la dermis. Frente a tal caso, y sin abusar del lenguaje, ¿no podría decirse que esta señora tiene un brazo particularmente expresivo, elocuente, locuaz, que está diciendo en su lenguaje particular el deseo de sufrir, enfermarse —es decir, de padecer dolor—, como en el cumplimiento de un deseo subconsciente, autopunitivo, traducción de un complejo expiatorio?

Como se recordará, Cayo Mucio Escévola, célebre patriota romano, se quemó la mano después de ejecutar un grave acto fallido, exclamando: —“Así castigo el error de mi mano”. ¿No habrá en esa clase de lesiones a repetición de un mismo órgano un escevolismo subconsciente que está traduciendo el deseo de expiar y saldar culpas pasadas? Las investigaciones realizadas por los cultores de la psicología profunda han llegado en este terreno a comprobaciones plenas de interés que no desarrollaremos ahora por no corresponder estrictamente al tema de esta disertación, pero que serán motivo de una próxima exposición.

LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSÍQUICOS

No voy a ocupar la atención de los cirujanos y médicos traumatólogos para repetirles un hecho que ellos ven todos los días: *el valor y la influencia de los factores psicológicos en la cro-*

lación de una lesión. Se sabe que de dos fracturados con la misma lesión —uno asegurado y otro no— el no asegurado generalmente cura más pronto. Es conocido de todos el hecho de que la institución del Seguro ha creado un tipo de lesionados con secuelas interminables, de convalecencia lenta, y que muchas veces sólo cesa con la indemnización perseguida. Y no siempre resultan inocuos estos cuadros puramente psicógenos que un siniestrado prolonga con fines de renta o siguiendo el consejo de procuradores interesados: a veces la contractura histérica como la inmovilización prolongada produce alteraciones tróficas con repercusiones somáticas de difícil tratamiento.

Por tales razones, y a los efectos de evitar la intervención de elementos psíquicos, es conveniente en ciertos casos de fracturas no graves —de costilla, de apófisis vertebrales— ocultar al sujeto la existencia de tales lesiones, con lo que se observa que curan más pronto. El conocimiento de la existencia de su fractura producirá nerviosidad, temores, angustia sobre su porvenir y tales preocupaciones trabarán el rápido y tranquilo restablecimiento. Bado y Cagnoli, en su valioso trabajo sobre fracturas aisladas de las apófisis transversas, han insistido sobre tan importante punto.

EL AMBIENTE FAMILIAR DEL LESIONADO

Existen otros géneros de elementos psíquicos que gravitan sobre el resultado del tratamiento y la convalecencia de un lesionado, enfermo, fracturado o quemado. El más importante de ellos es *el ambiente familiar o profesional* que le aguarda a la salida del hospital. No es un azar encontrar que ese enfermo —huésped casi crónico de las salas de hospital, esta vez afectado del hígado, la anterior de su estómago y la próxima de su vesícula— es un sujeto que no tiene un hogar cordial, muchas veces hasta carece de familia y desde luego no tiene razones afectivas para mejorar. Carece de lo que se denomina *voluntad de curación*, elemento sin el cual no le es posible a ningún médico curar ni la afección más simple.

El lesionado que es aguardado fuera del hospital por un ambiente atrayente y cariñoso cura más rápidamente —en igualdad de lesión naturalmente— que aquel otro que tiene un hogar indiferente u hostil. Pienso que nada más expresivo para demostrar la realidad de este aserto que el Archivo del Instituto de Traumatología, donde figuran las historias clínicas de tres quemados que ingresaron el mismo día con el mismo género, grado y extensión

de quemaduras. No obstante la identidad de las lesiones en sujetos físicamente semejantes, uno salió de alta antes del mes, otro a los cuatro meses y el tercero a los ocho meses, en relación tales egresos con las condiciones del ambiente que esperaba a cada uno de ellos a la salida del hospital.

LAS VENTAJAS DE LA ENFERMEDAD

Freud, con la sagacidad de observación que le caracterizó, había comprobado que en ciertos casos el paciente utiliza el menor trastorno o lesión para dejarse estar en una enfermedad que le libra de enfrentar conflictos o situaciones adversas, y llamó a esta voluntad secreta de tales enfermos *una fuga en la enfermedad*.

No siempre en estos casos se crea en todas sus piezas la enfermedad por las ventajas que al sujeto le procura su situación de paciente. Mas a menudo se utilizan leves trastornos o lesiones ya existentes; y otras veces se alargan interminablemente secuelas sin importancia o se prolonga en exceso la convalecencia.

Por tales razones Lelio Zeno en su obra "*Clínica Psicósomática*" —cuya lectura recomendamos a todos los médicos— postula la importancia del enfoque psicósomático en el tratamiento de los accidentados, y afirma muy expresivamente: "en el caso más aparentemente simple de fractura de pie, por ejemplo, no basta un buen diagnóstico de lesión, una buena documentación radiográfica, un buen traumatólogo para su tratamiento. Si el accidentado se guarda algún motivo psicológico ignorado por nosotros puede hacer fracasar el dispositivo técnico aplicado por el especialista".

En los Servicios de Cirugía donde los técnicos son casi exclusivamente operadores y no se detienen en el estudio de la personalidad de sus pacientes y en el conocimiento de sus formas de reacción, se encuentran con facilidad casos, no diríamos exactamente de errores de diagnóstico, pero sí de desconocimiento del valor de los elementos psicológicos que intervienen tanto en los antecedentes y causas de la enfermedad como en los mismos síntomas del paciente. El dolor, las parestesias, la contractura, la estasis, las paresias, es decir, las modificaciones de la sensibilidad, de la circulación y de la motricidad, que sirven generalmente como elementos para los diagnósticos médicos y quirúrgicos, se hallan bajo la influencia del estado psíquico y éste puede provocarlos, modificarlos y hasta desplazarlos.

En los hospitales generales norteamericanos se ha visto la necesidad de introducir en la clínica los llamados "Consulting psychologist" —psicólogos consultantes— que estudian justamente los antecedentes de los enfermos, sus formas de reacción, su situación vital, sus intereses, conflictos, anhelos, problemas. La colaboración de los psicólogos con los internistas ha dado por resultado no sólo el conocimiento exacto del valor del elemento psíquico en cada caso, sino también la curación y salida del hospital de todo ese contingente de enfermos sufrientes —reumatismos, visceritis, alteraciones circulatorias, cutáneas, digestivas, etc.— cuyo prolongado sufrimiento funcional era en buena parte *actitudes de reacción* frente a problemas individuales o profesionales sin desenlace o que injertan o fijan una sintomatología psicógena sobre una secuela de lesión.

Resulta tarea muy fácil encontrar en nuestros servicios hospitalarios enfermos demostrativos de lo que estamos diciendo. La paciente a que me referiré, es uno de estos casos tan frecuentes. Se trata de una señora que tuvo hace cuatro años una fractura de vértebras, de la que curó bien, viviendo luego normalmente, y que reingresa actualmente por la reaparición y la extensión de los dolores, contra los que nada han podido las medicaciones físicas y químicas. El conocimiento de su biografía pone de relieve que sus dolores reaparecieron y se extendieron después de conflictos familiares (divorcio) y de su nueva situación social (necesidad de trabajar, ganando escasamente en su trabajo de costurera). Tales circunstancias de sufrimiento psíquico hallaron su expresión mediante la reaparición de sus antiguas molestias.

Vemos por el conocimiento de la historia clínica de esta enferma cómo no ha alcanzado para su cabal tratamiento un correcto diagnóstico de lesión, una completa documentación radiográfica y su asistencia por un buen traumatólogo. El psicólogo consultante descubre en esta señora la existencia de razones secretas para no curar: ella se encuentra mejor en el Instituto que en la desolada pieza donde vive sola y pobremente. En consecuencia, para su completo tratamiento debe intentar creársele un ambiente familiar o social que la atraiga y la retenga, indicarle a sus hermanas que la acompañen o que viva en esos hogares de patronatos o instituciones de señoras donde encuentre, al mismo tiempo que cordialidad, motivos de interés que le den ánimo e ilusiones para seguir viviendo.

INFLUENCIA DE LAS REPRESENTACIONES MENTALES

Todos los cirujanos tienen experiencia sobre los postoperatorios que se prolongan por la falta de razones atrayentes en el hogar o en la profesión. Y del mismo modo han visto la producción de altas rápidas en personas animadas de emociones eufóricas: intereses o sentimientos afectivos que los atraían fuertemente desde fuera del hospital. En la guerra se ha visto repetido el caso de dos heridos del mismo género de lesión evolucionar muy distintamente según los sentimientos que los animaba: el soldado, con deseos vehementes y patrióticos de volver a la lucha, curaba rápidamente; en tanto que alargaba su convalecencia el herido miedoso o con deseos subconscientes de no volver a la lucha.

Basándose justamente en observaciones de esta naturaleza el Profesor Sauerbruck postuló su método destinado a la osificación de fracturas *mediante la representación mental de movimientos*. Varias veces al día el sujeto dirigirá toda su atención y su fuerza imaginativa sobre el miembro fracturado y se lo representará con su movilidad progresiva. Se ha comprobado que con esto se logra una *dinamización* de todos los recursos funcionales locales y generales para la mejor y más rápida recuperación del sujeto.

Cuando una operada sueña que se levanta y pasea por el campo —sola o acompañada (esto es mejor)— expresa incuestionablemente una voluntad orgánica, profunda, subconsciente, cuya existencia es valiosísima para la evolución de su convalecencia, y que actúa con representaciones mentales tan vivas y nítidas como son las imágenes del sueño sobre las células, tejidos, aparatos y funciones. ¿No están la leyenda, los libros antiguos y la historia repletos de ejemplos de héroes que soñaron realizar una hazaña, que luego cumplieron justamente, sin duda reforzado su espíritu y su cuerpo por las ideas-fuerza del ensueño? Buen número de los llamados *sueños proféticos* no corresponden justamente a la anticipación profética en el ensueño de hechos que después se cumplieron, sino que son *sueños-fuerza, sueños-creación*, cuyo cumplimiento ulterior en la vigilia fué posible precisamente por la dinamización que el ensueño dió al soñador que vió por ello crecidas sus fuerzas, su fe y su confianza en sí mismo.

LA MOVILIDAD PRECOZ DE LOS MIEMBROS LESIONADOS

Ya no es un secreto cómo mediante una rápida movilización pueden acelerarse los procesos de recuperación y hacerse entrar

en función miembros lesionados o paralizados por una fractura o lesión nerviosa. La prueba experimental de tales posibilidades ha sido realizada concluyentemente por Lasbley. Ocasionó mono-plejias en perros privándolos de las áreas motrices corticales correspondientes. El restablecimiento funcional del miembro así paralizado se aceleró notablemente al inmovilizarle, mediante el entablillado, los restantes miembros. Privados de la compensación de los miembros sanos, se creó la necesidad biológica del restablecimiento de la movilidad del miembro lesionado.

Para muchos cirujanos y ortopedistas no resultará una novedad la experiencia de Lasbley, puesto que cotidianamente en sus clínicas aplican ese principio de la recuperación biológica de un miembro impidiendo que los otros tomen a su cargo esa función y que aquél se inmovilice definitivamente porque otro realiza su labor. Hemos visto en una clínica de ortopedia y recuperación correctiva múltiples ejemplos de esta índole. Para provocar y hacer necesaria la movilización de un brazo, convaleciente de una fractura, se liga el brazo sano al cuerpo con el fin de que no realice el trabajo de su homólogo en convalecencia. A lo mismo conduce la marcha precoz, la movilización mediante aparatos pasivos, la supresión del bastón, etc. Otras veces el miembro sano lleva de la mano, diríamos, al miembro convaleciente. Para intensificar progresivamente los movimientos de un hombro lesionado, una barra de madera es levantada sobre la cabeza por los dos brazos: el miembro enfermo se anima así en sus ensayos progresivos de movilización llevado por el miembro sano.

Para quien creyera que estas cosas son sólo ejemplos físicos y que no hay en ellos participación anímica, diremos que los mismos excelentes resultados se obtienen en el terreno psicológico logrando la eficacia y operancia de un sujeto creándole la necesidad biológica social de su restablecimiento. ¿No se ha visto muchas veces, con la sorpresa consiguiente, un lesionado recuperarse rápidamente ante la necesidad social que exigía su presencia y que él deseaba naturalmente? Por otra parte, a tal punto a lo orgánico se agrega casi siempre lo puramente funcional que pudo verse, en la ocasión de un principio de incendio en una sala del Hospital Maciel, cómo no quedó un solo hemipléjico, ni parálitico en sus camas, salvándose de la sala por los corredores.

CONSIDERACIONES FINALES

De la exposición que acabamos de hacer sobre el valor y la importancia de los factores psíquicos en el tratamiento y la con-

valecencia de los enfermos y lesionados, pueden desprenderse algunas conclusiones que trataremos de sintetizar.

Frente a todo enfermo o fracturado se debe estudiar no sólo su enfermedad o su lesión sino también conocer su personalidad. Este conocimiento ayudará a la comprensión de los fenómenos mórbidos y también a su mejor tratamiento y más rápida curación. Recordar que cada persona, en razón de factores constitucionales, su temperamento, de sus experiencias vividas y de sus dispositivos mórbidos, tiene una manera particular de reaccionar frente a una noxa infecciosa o tóxica, y que, como se ha dicho, *muy a menudo lo específico no es el microbio sino el terreno donde prospera.*

En numerosos casos razones no físicas van a gravitar sobre la marcha de una curación. Pacientes con deseos de renta prolongarán las secuelas de una lesión. En otros casos, el conocimiento por el sujeto de la lesión que tiene perjudicará su evolución, pues introducirá el factor ansiedad, vasoconstrictivo y contracturante.

Hacer que el ambiente que aguarda al convaleciente sea plácido y atrayente. Muchas veces se tendrá que modificar el medio en que vive, cuya hostilidad o acritud pudo participar en el accidente. La benéfica influencia de un ambiente cordial no tiene necesidad ya de ser demostrada. Se han abreviado la curación de una lesión y su convalecencia creándole al paciente "*centros de interés*", motivos que atraigan su atención, que promuevan la aplicación de sus valores mediante posibilidades de futuro. Es un magnífico ejemplo del valor de tales elementos lo que hacen los grandes países después de la guerra con sus lesionados, amputados, quemados, inválidos.

Vemos, pues, cuán amplia es la tarea del médico tratante si quiere hacerse todo lo útil que sea posible. Como traumatólogo reducirá la fractura, tratará las quemaduras y las heridas del accidentado. Como médico completará esta acción buscando el restablecimiento total de la personalidad del sujeto. El viejo aforismo, ciertamente restrictivo, sobre los alcances de la medicina y referente a su acción en los enfermos: "*El médico los trata, la naturaleza los cura*", se hará así más optimista: "*Como traumatólogo lo trata, como médico lo cura*", influyendo en todos los factores —familia, hábitos, sociedad, ambiente— que constituyen realmente la segunda naturaleza de cada persona.

LOS ACCIDENTES A REPETICIÓN

SU PSICOGENESIS

Las búsquedas realizadas por los médicos psicólogos referentes al estudio de la personalidad del enfermo con relación al tipo de enfermedad que padece han llevado a comprobaciones de alto interés. Se sabía ya como conocimiento general y empírico que el hepático es un sujeto amargado y pesimista, que el ulceroso gástrico es una persona irritable, que el accidentado a repetición es un sujeto a quien todo le sale mal.

Correspondió a la Dra. Flander Dunbar y sus colaboradores sistematizar tales comprobaciones. Durante doce años estudiaron la personalidad psíquica de todos los pacientes que ingresaban al Presbyterian Hospital de Nueva York con diagnóstico de diabetes, enfermedades cardiovasculares, reumatismo, enfermedades gastrointestinales, alergia y accidentados y fracturados. De estos estudios minuciosos condensados por su autora en la obra "Psychosomatic diagnosis" se desprenden consideraciones de muy alto interés.

Nos referiremos en este momento a la personalidad de los sujetos que padecen varias fracturas en el curso de su vida, se accidentan con marcada frecuencia y agregan a esto muchas veces su tendencia a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Refiere Dunbar que cuando el Consejo de Seguridad Nacional comenzó a investigar la propensión a accidentes en los chauffeurs comerciales de cuatro grandes compañías, no se encontró manera de distinguir por medio de pruebas psicológicas al chauffeur con alto promedio de accidentes. Pero al traslado a otros puestos del 5 % del personal con el mayor porcentaje de acci-

dentes, redujo ese porcentaje en un 80 %, es decir, a un quinto del original. Y pudo verse entonces que ese 5 % de empleados que fueran cambiados a diferentes puestos, continuaron su gran porcentaje de accidentes, ya no conduciendo automóviles, sino resbalándose, cayéndose, aplastándose los dedos en las puertas o en otra forma, sea en su casa o yendo y viniendo del trabajo.

Ya los médicos de las Compañías de Seguros habían observado que existen individuos con predisposición a sufrir accidentes. Marbe, en Munich, publicó en 1926 los siguientes resultados: Entre los 2.000 asegurados que examinó, encontró muchas personas que en los primeros cinco años de seguro no habían sufrido accidente. Estas personas tuvieron en un segundo lapso de cinco años un promedio de 0,52 accidentes. Había en cambio otros que, con riesgos similares, tenían en los primeros cinco años uno o más accidentes, y éstos tuvieron en el segundo período un promedio de 0,91 y 1,34 accidentes respectivamente. Concluye Marbe afirmando la convicción de que la mayor parte de los accidentes parecen estar ligados con algo de la personalidad del accidentado. J. H. Huddleson, de Baltimore, encuentra dicha relación en el 88-90 % de los accidentes industriales.

Creemos obvio decir que quedan descartados en tales estudios los accidentes fortuitos, derrumbes, choques de ómnibus, accidentes ferroviarios o de aviación, etc., en los que no corresponde al accidentado intervención directa ni indirecta alguna. Y son tomados en cuenta aquellos —que son la gran mayoría— en los que es dable admitir que *la voluntad subconsciente* del sujeto puede haber intervenido facilitando su realización. Tienen el mismo aspecto la elección de ciertas tareas de riesgo inevitable así como las prácticas de determinados deportes particularmente violentos.

De sus interesantes comprobaciones concluye Flander Dunbar que en los sujetos con repetidas fracturas óseas existe una tendencia a la exteriorización activa de conflictos internos. Menninger, a su vez, en 1936, demostró, en efecto, que ciertos accidentes en individuos con fuertes tendencias autodestructivas son prácticamente intencionales. Pero consideramos de estricta justicia señalar que el mérito de la prioridad de tal enfoque psicosomático de los accidentados corresponde a Segismundo Freud, quien ya en 1905 publicó varios casos singularmente significativos en su obra "*Psicopatología de la vida cotidiana*" que vió la luz en Berlín el año referido. Como se sabe, en esa obra el sagaz psicólogo vienés reunió un conjunto de ejemplos de *olvidos, equivo-*

caciones, errores y actos fallidos que obedecen a un *determinismo psíquico subconsciente*. Y refiere varios casos de lesiones, accidentes y fracturas como expresión de tendencias autodestructivas.

Dice Freud en la obra referida: "Conocido es que en los casos graves de psiconeurosis aparecen a veces automutilaciones como síntomas de la enfermedad y que no se puede considerar en tales casos excluido el suicidio como final del conflicto psíquico. Sé por experiencia, y lo expondré algún día con ejemplos convincentes, que muchos daños que, aparentemente por casualidad, suceden a tales enfermos, son en realidad maltratos que los pacientes se infligen a sí mismos. Estos casos son producidos por una tendencia constantemente vigilante de autocastigo, tendencia que de ordinario se manifiesta como autoreproche, o coadyuva a la formación de síntomas y utiliza diestramente una situación exterior que se ofrezca casualmente o la ayuda hasta conducirla a la consecución del efecto dañoso deseado. Tales sucesos no son tampoco raros en los casos de moderada gravedad y revelan la participación de la intención inconsciente por una serie de signos especiales; por ejemplo, por la extraña presencia de espíritu que manifiestan los enfermos durante los pretendidos accidentes".

Refiere Freud a continuación el caso de la joven casada que se fracturó una pierna luego de un disgusto y de reproches del marido sobre su conducta, y en cuya producción no es posible negar la intervención de factores psíquicos subconscientes. No relataremos los detalles de tal caso porque a todo traumatólogo le será fácil encontrar ejemplos análogos a poco que ahonde el estudio de la personalidad anímica de los accidentados que atiende.

Y agrega el creador del Psicoanálisis estas frases que transcribimos porque son enteramente aplicables al caso que expon-dremos a continuación: "Aquellos que crean en estos automaltratos semi-intencionales se hallarán preparados a admitir también el hecho de que, además del suicidio conscientemente intencionado, hay otra clase de suicidio con intención inconsciente, el cual es capaz de utilizar con destreza un peligro de muerte y disfrazarlo de desgracia casual. En efecto, la tendencia a la autodestrucción existe con una cierta intensidad en un número de individuos mucho mayor del de aquellos en que llega a manifestarse victoriosa. Los daños autoinfligidos son regularmente una transacción entre este impulso y las fuerzas que aun actúan contra él. También en los casos en que se llega al suicidio ha existido anteriormente, durante largo tiempo, dicha inclinación con fuerza menor o como tendencia inconsciente y reprimida".

Existe tanto acierto psicológico en las frases transcriptas pertenecientes al psicopatólogo vienés que ellas parecerían referirse expresamente al caso que pasamos a presentar.

E. R., argentino, de 19 años de edad, ingresa a la Sala Soca del Hospital Maciel por intento de suicidio, habiendo ingerido ácido clorhídrico con tal propósito. Llegó a Montevideo días antes, procedente de Buenos Aires, sitio de su residencia. Por efecto del ácido ingerido presenta múltiples quemaduras de boca, faringe y esófago. El conocimiento de los antecedentes familiares del enfermo, así como los datos referentes a su personalidad, son de inapreciable valor para explicar su situación actual.

Como antecedente familiar relata el paciente que un tío paterno se suicidó mediante la ingestión de cianuro. El padre del paciente, persona de carácter violento, irascible y brutal, intentó también en una ocasión eliminarse, dándose un balazo en la caja torácica al que sobrevivió. Su brutalidad llevábale a castigar con violencia a su mujer e hijos, en especial a E.

En la historia de nuestro paciente llama la atención la cantidad de accidentes y lesiones que tuvo en el transcurso de pocos años. A la edad de 12 años tuvo una caída con lesión del codo derecho de la que puede verse aún la cicatriz. A los 14 años, trabajando en una churrería, sufrió quemaduras con aceite hirviendo en el rostro, donde presenta las huellas de tal accidente. A los 15 años una máquina de imprenta le tomó el brazo izquierdo produciéndole la fractura supercondílea del húmero y heridas de partes blandas. A los 16 años, jugando al football, sufrió la fractura del tobillo derecho. Más tarde practicó la lucha catch-as-can que le produjo la fractura del caballete de la nariz y la pérdida de dos dientes. Luego se hizo ciclista, y tomando parte en competencias tuvo dos accidentes de importancia lesionándose en ambas ocasiones en la región occipital. En una de ellas nos dice tuvo fractura de cráneo. A los 18 años trabajó de chauffeur y tuvo en Mar del Plata un choque de consideración. Trabajó luego de pintor "con escalera y andamio volante" —afirma— y finalmente de telefonista, debiendo subir a los postes para el arreglo de líneas. En tal tarea en dos ocasiones, por haberse abrochado mal la correa que lo aseguraba, sufrió caídas de cierta altura.

Es en esa época justamente cuando descubre que su novia le engaña con un amigo y compañero de trabajo en la Telefónica. Este hecho le produce tan vivo dolor que —manifiesta— para no matarlos se va de Buenos Aires. Llega entonces a nuestra capi-

tal y, comprobando que no puede vivir sin el cariño de su novia, decide eliminarse. Pide en un comercio cianuro (el tío se eliminó con tal tóxico) y, ante la negativa de vendérselo, compra con el mismo propósito ácido muriático (que había visto en su trabajo en la imprenta que "come" los metales). Y le ingiere buscando la muerte.

Tan significativa es la historia, abundante en accidentes y lesiones, de este joven que apenas tiene 19 años de edad, que nos parece obvio señalar sus características. No hay duda, en efecto, sobre la existencia en este paciente de *una voluntad autodestructiva*, al parecer hereditaria si se recuerda al tío paterno suicida y al padre también con un intento de la misma índole.

Como *expresión subconsciente* de sus *tendencias autodestructivas* nos parece de interés destacar las ocupaciones elegidas por este joven, así como los deportes de su predilección. Trabajó junto a máquinas de peligro, junto a aceite hirviendo, de pintor "con escalera y andamio volante" (como él mismo dice significativamente), chauffeur, telefonista con la tarea de ascender a revisar los postes, puesto el cinturón de seguridad. Vemos, por la índole de los *trabajos* referidos, cómo puede corresponder a los casos señalados por Freud, de elección semi-intencional de situaciones que den la oportunidad de expresarse a las tendencias inconscientes reprimidas. Análogas consideraciones caben para los *deportes* elegidos por este joven: catch-as-can, football y carreras de ciclismo, cada uno de los cuales le ha dejado una huella en el esqueleto.

Finalmente —y confirmando también uno de los caracteres señalados por Freud en esta clase de accidentados—, debemos destacar la manera impasible con que el paciente refirió su historia, tan llena de vicisitudes. Un liceal, repitiendo un tema de historia antigua hubiera puesto más calor y emoción que este joven haciendo el relato de sus accidentes y fracturas. Y hasta su situación actual, de auténtico sufrimiento físico dada la índole y extensión de las quemaduras y las dificultades que le crean para su alimentación, son tomadas por el paciente con extraña presencia de espíritu. Todo conduce, pues, a admitir que está *satisfaciendo* con tal sufrimiento, una poderosa *tanatofilia* de la que han sido expresiones repetidas, los *múltiples accidentes*. Y éste es un elemento que ensombrece el pronóstico del presente caso.

EL PSICÓLOGO EN LA CONSULTA DEL PLÁSTICO

Es un hecho de común observación la relación existente entre desproporciones corporales y rasgos de la personalidad de los sujetos que las padecen. Recientemente, Seltzer, sobre una estadística de 258 personas llegó a estas conclusiones:

Los individuos que poseen esas desproporciones corporales tienen con mayor frecuencia rasgos de personalidad que indican menos estabilidad, menor integración, mayor sensibilidad y complejidad de su psiquismo y menor capacidad para realizar fácilmente adaptaciones sociales.

Por el contrario, individuos con rasgos indicadores de equilibrio, estabilidad, integración, vitalidad y fuerza de personalidad, tienen menos desproporciones corporales que el promedio de las gentes.

No voy a insistir sobre el alcance de los trabajos de Adler, en especial aquellos que se refieren al concepto de inferioridad fundado en defectos orgánicos. Adler ha destacado los *sentimientos de minusvalía* que pueden crear en un sujeto, no ya deformidades reales (falta de un miembro, de un ojo, defectos visibles de deformación), sino también pequeñas variantes de aspecto que no pueden considerarse como anormalidades, pero que tienen una decisiva influencia en el individuo por su valor social: gordura, fealdad pronunciada, color no común del cabello o la tez, etc.

Ni que decir tiene que en todos estos casos la intervención del cirujano plástico tendrá una beneficiosa influencia sobre el carácter del individuo. Son frecuentes y repetidos los cambios favorables obtenidos en el carácter del sujeto por el éxito de una

operación correctora que le ha modificado las orejas en pantalla, una nariz en giba u otras deformaciones morfológicas que le creaban un complejo de inferioridad.

Pero es, justamente, frente al optimismo que puede crear en el plástico el éxito obtenido en la mayor parte de estas intervenciones, que queremos señalar la conveniencia en algunos de estos individuos del estudio previo de la *personalidad* a objeto de evitar "a posteriori" disconformidades, insatisfacciones y, a veces, riesgos que puede correr el plástico operador.

Lelio Zeno, en su valiosa obra *Clínica Psicosomática*, desarrolla este aspecto de un modo tan justo que no lo podríamos hacer mejor, y por ello vamos a limitarnos a repetir sus palabras:

"Nuestra experiencia en cirugía plástica nos lleva a manifestar que sin un examen clínico psicosomático previo se corre el riesgo de cometer muchos errores médicos, pues se llega a ser complaciente hacia portadores de dismorfismos de diversos grados y localizaciones, quienes atribuyen sus fracasos amorosos, profesionales o sociales a vicios morfológicos banales que son perfectamente tolerados por otras personas. El más elemental análisis psicológico revela en muchos enfermos que consultan al cirujano plástico una falla de la personalidad que nada tiene que ver con el defecto morfológico, si bien es utilizado para «descargar o racionalizar» algún sentimiento extraño derivado de la problemática existencial del paciente."

Por ello concluimos que el problema no es tan simple de resolver, puesto que sucede con cierta frecuencia que, detrás de un defecto morfológico, el paciente esconde una *neurosis obsesiva*, cuya existencia desconoce el paciente y también su médico.

Así como a menudo el cirujano no se presta para ejecutar una operación en un enfermo que presenta un cuadro clínico psiconeurótico, porque ello sería brindarle al paciente un pretexto más ante sus familiares o ante la sociedad, que justificara su falla vital, tampoco debe el ortopedista o el cirujano plástico intervenir en aquellos casos en que el sujeto ha hecho en su deformidad una retirada neurótica o un refugio. Es en estos casos que, como dice Orgaz, es primordial *una ortopedia del espíritu antes que para el cuerpo*.

Sintetizaremos lo que llevamos dicho en los siguientes párrafos:

1º) La medicina psicosomática, que tan rápidamente se ha difundido estos últimos años —puesto que ha venido a llenar un vacío provocado por su olvido prolongado—, recuerda que *no hay*

enfermedades parciales sino que el todo está afectado cuando lo está una de sus partes. Y reitera la verdad olvidada que un sujeto con una deformidad, con una fractura o una parálisis, no es tan sólo un problema clínico anatomofisiológico y un problema de técnica quirúrgica o protésica, sino que el paciente debe ser encarado como *una totalidad*, como una personalidad psico-físico-bio-social.

2º) Frente a un neurótico obsesivo que localice en un momento dado su ansiedad en un nevus o en el caballete de su nariz, debe el plástico hacer intervenir previamente al reeducador psicológico, puesto que en esos casos el defecto o deformidad está sobre todo en la *psiquis*.

3º) Debe saberse que existen sujetos constitucionalmente quejosos, plañideros, insatisfechos, disconformes, de temperamento hipocondríaco, en quienes se emplearía en vano todo género de tratamiento. Existe en ellos, como dice Birbaum, una actitud existencial permanente que hace de ellos *hipocondríacos* definitivos. Jaquean al médico, al endocrinólogo, al gastroenterólogo, al cardiólogo, y jaquean al cirujano y muy a menudo al plástico cuando localizan su atención mórbida en un defecto físico.

4º) No debe olvidarse que Pozzi pagó con la vida su error de no haber reconocido un neurótico en el sujeto a quien operó de un varicocele. Y a los efectos de librarse del riesgo de las quejas, protestas y actos reivindicativos de personalidades psicopáticas y neuróticos obsesivos, debe también el plástico pedir la contribución al psicólogo.

5º) Finalmente, en síntesis, debemos decir que la medicina psicosomática postula la necesidad de dar intervención al psicólogo en la consulta no ya sólo del internista y del cirujano general, sino también del ortopedista, el traumatólogo y el plástico.

PSICOTERAPIA EN LOS ENFERMOS CARDÍACOS

Ha dicho acertadamente Kretschmer que la psicología de la neurosis es la psicología del corazón humano en general. Por ello no puede parecer extraño que para referirnos a la acción de la *Psicoterapia* en las afecciones orgánicas hayamos elegido los pacientes con enfermedades cardíacas, puesto que éstos son quienes necesitan con mayor frecuencia y en mayor grado la ayuda del psicoterapeuta.

DISTANCIACIÓN ENTRE EL SUJETO Y SUS SÍNTOMAS

Es uno de los principios ya conocidos de la Psicoterapia el que consiste en procurar que el enfermo se coloque frente a sus síntomas, no en sufridor y en actor, sino en observador y espectador. Tal actitud, con la que se obtiene en las neurosis tan favorables resultados —puesto que el sujeto se coloca desde afuera en observador crítico de sus síntomas— aporta también un alivio en el caso de sufrimientos físicos. Débese obtener, pues, “la máxima distanciación entre el sujeto y sus síntomas” evitando así que el *núcleo yoico* se halle incluido en el área del sufrimiento (Mira).

De acuerdo con tal actitud, siempre nos ha parecido inconveniente la terminología que junto a las camas de los enfermos emplean médicos y estudiantes. Dicen así de continuo: “el 1 es un cardíaco”, “el 2 es un ulcus”, “el 3 un pulmonar”, y “el 4 un neo de hígado”, etc. El enfermo que se siente llamado “un cardíaco” se considera todo él un cardíaco; piensa que sólo existe como corazón enfermo; que todo él no es más que un corazón enfermo servido por órganos.

Piénsese en qué distinta actitud psicológica se encontraría y qué prospección menos pesimista tendría sobre su enfermedad si, en lugar de llamársele "un cardíaco", se dijera de él que es una persona que tiene todos sus órganos y funciones bien menos el corazón. No deben, pues, repetirse al pie de la cama de los enfermos tales denominaciones que sólo están bien en los resúmenes escritos, en los esquemas y en los índices de las patologías.

El enfermo actual es ya desde el punto de vista de sus conocimientos generales de medicina un enfermo ilustrado. Las nociones difundidas sobre las enfermedades, la divulgación científica que hacen las revistas y hasta los diarios, los conocimientos de profilaxis que divulga la radio, le dan al paciente de nuestra época una cultura tal que controla en cierto grado lo que el médico le dice. Por ello no tardará en descubrir las mentiras que el médico le diga con el fin de ilusionarlo. Y, descubierta una mentira, perderá totalmente la fe que es imprescindible hasta para curar una neuralgia (la fe en el médico o en los medicamentos).

Al enfermo no se le deben decir nunca mentiras. Pero tal principio no significa que se le deba decir toda la verdad, sino solamente aquellas verdades —siempre las habrá— que contribuyan a aumentar su creencia en la curación. Ocultarle las verdades que los entristecerían y decirle las que le darán optimismo: tal es la actitud justa.

Se ve que la Psicoterapia es una técnica que requiere su estudio y dotes psicológicas de comprensión y simpatía, y que es una cosa más seria y fundada que la simple actitud del médico siempre eufórico que le da unas palmaditas a los pacientes asegurándoles: —"Usted no tiene nada"—. Esto es tan arriesgado como decirle a un comerciante al borde de la bancarrota que todo está bien; siendo así que debe tener una noción de su deber y de su deber para advertir los riesgos que corre, pero sin una excesiva valorización de los factores desfavorables que lo privaría de optimismo en la lucha, puesto que, perdida toda esperanza, se entregaría a la derrota.

OCUPACIÓN DEL TIEMPO DEL ENFERMO

Con el propósito de que el sujeto se aleje todo lo posible de la cavilación de su enfermedad se debe tratar de ocupar su atención mediante entretenimientos, menudas labores, lecturas, escritura, conversaciones ligeras y amables. Generalmente el pobre

enfermo cardíaco es una persona inactiva, desocupada, vacía, que emplea las veinticuatro horas del día para la cavilación dolorosa de su grave perturbación. Se le ve así por la calle encogido, protegiendo todo él su corazón; rehuyendo todo esfuerzo, marchando despacio, arrastrando así penosamente su complejo de enfermedad. Si está hospitalizado permanece el día entero en cama, lleno de preocupaciones, inocupado, pendiente solamente del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Piénsese que aun en cama existen ocupaciones y entretenimientos que no le pueden ser vedados: lecturas, juegos de barajas, escribir, conversaciones agradables y, si son mujeres, costuras, bordados, labores que ocupan su tiempo.

Del mismo modo como en toda clínica psiquiátrica bien organizada hay una sala de *laborterapia y entretenimientos*, análogamente y con mayor razón, en un servicio de enfermos generales debe existir un salón de ocupaciones menudas, de labores fáciles, de pasatiempos, lecturas, músicas, juego, que contribuyan a mantener alejado el pensamiento del enfermo de la cavilación de su estado mórbido. Muchas veces el cumplimiento de un trabajo bien realizado contribuye a mejorar su biotono vegetativo, siempre disminuido en esta clase de enfermos y reafirma su confianza en sus propias fuerzas. Recuérdese que la novela "Lo que el viento se llevó", que tan alta fortuna artística y pecuniaria alcanzó, fué escrita durante su permanencia en un sanatorio, a causa de una fractura, por una señora que nunca antes había escrito nada y sólo lo hizo entonces para ocupar su tiempo libre.

VALOR DE LOS FACTORES SOCIALES

Habitualmente el médico sólo se detiene a contemplar el factor enfermedad en el paciente sin reparar que sobre el estado de éste tienen grande importancia otros órdenes de factores: *factores sociales, profesionales, económicos, sentimentales, su situación en la vida, conflictos actuales, tendencias reprimidas, etc.*

Para poner de relieve la importancia considerable que el factor social o profesional tiene sobre la aparición, el desarrollo y la evolución de una cardiopatía referimos, como uno de los tantos ejemplos, el de un paciente que ha estado internado hasta hace poco en una de las salas del Hospital Maciel.

Se trata de un hombre de unos 65 años, profesional, a cargo de una dependencia técnico-administrativa de cierta importancia.

Sobrellevaba sin haber tenido accidentes paroxísticos, una arterioesclerosis discreta y algunas manifestaciones pasajeras y muy espaciadas de aortitis. A raíz de graves irregularidades en el instituto donde trabajaba, es decretada —junto con otros empleados— su prisión y pasa a la cárcel. La vergüenza que tal hecho le produce, lo penoso de su situación al final de su carrera y todos los factores emocionales y aflictivos que son fáciles de imaginar, desencadenan su descompensación circulatoria y este hombre debe ser trasladado al hospital en plena asistolia: ruido de galope, gran disnea de decúbito, extrasístoles y arritmias, edemas, etc.

Toda la terapéutica cardíaca de rigor que se le hace no le produce el menor alivio. Su estado empeora día a día, y el pronóstico de su enfermedad se torna cada vez más desfavorable. Dado el progreso de su insuficiencia cardíaca y el fracaso absoluto de toda terapéutica, a los dos meses de estar internado su pronóstico es totalmente desfavorable y ya tiene el enfermo las manifestaciones físicas del cardíaco grave en sus últimos días. Es entonces que llega la orden de su libertad: el juez, reconociendo que este funcionario no había intervenido como elemento activo en los delitos que se han cometido, sino que lo hizo pasivamente, no oponiéndose a su realización hecha por funcionarios superiores, da por compurgada con el tiempo transcurrido su pena, y el enfermo puede volver a su casa. En tales condiciones, en el corto espacio de unos días, se opera una verdadera resurrección: el enfermo se transforma física y psíquicamente y los medicamentos que antes parecían agua hacen ahora su acción eficazmente y el enfermo mejora día tras día a ojos vistas.

Véase en el caso que antecede un ejemplo de prueba y contraprueba del valor de los factores sociales en la evolución de una cardiopatía. Creemos innecesario insistir con tales ejemplos porque estamos seguros que cada médico puede aportar muchos casos de este orden.

Análogo valor tienen los *factores sentimentales*, en especial en el sexo femenino, y muchas veces el médico podrá comprobar cómo una medicación bien prescrita, que con su sorpresa era inactiva, se pone de pronto a ser eficaz, coincidiendo con la buena solución de una situación afectiva.

ELEMENTOS FAMILIARES Y ANALÓGICOS

Un punto de interés en la ordenación psicoterápica es el de las *visitas* del enfermo. Corrientemente es dable observar que el

paciente que, en el comienzo de su enfermedad, era sólo visitado por sus familiares más próximos y queridos, recibe, a medida que se agrava, la visita de parientes con quienes se había enemistado, ex amigos con los que se hallaba gravemente distanciado, etc.; al punto que el pobre enfermo puede tener una gráfica de su agravamiento por el grado de odio y de antipatía que han tenido que vencer los familiares y conocidos que llegan ahora piadosamente a perdonarlo.

Para producir en el sujeto enfermo su creencia y fe en la curación débese recurrir, como lo dice Mira, *más al juicio analógico que al juicio lógico*. El enfermo, por su condición de tal, es más influenciado por elementos afectivos que por los racionales. Ya se sabe que toda la lógica no sirve para aliviar una neuralgia. En cambio, el conocimiento de casos semejantes que se han curado, de parientes, amigos o conocidos que han pasado con felicidad por análogos trances, contribuye a crear en el enfermo su optimismo terapéutico y la creencia en su curación. Ya los médicos antiguos conocían el valor de estas analogías y sabían emplear para contribuir a despejar el pesimismo y la desesperanza de los enfermos el conocimiento de ex pacientes curados. Y, en nuestra época, d'Herelle lo ha dicho en hermosa frase: *La curación es contagiosa*.

PERJUICIOS DEL COMPLEJO DE ENFERMO GRAVE

Ya hemos dicho de los perjuicios que significa el mantenimiento en el enfermo de su complejo de enfermo grave. A menudo, en el deseo de evitar imprudencias de parte del enfermo, el médico y la familia lo mantienen en un estado de temor permanente. Entonces su vida se convierte, diríamos, en la meditación de su muerte, a la que espera por instantes, pues se le ha dado a entender que si es imprudente puede morir de repente. Vive así rodeado de precauciones excesivas y casi en la inactividad absoluta, privándose enteramente de todo lo que puede ser un placer. Débese convencer al enfermo que su problema *no es de privación sino de regulación*, que *no es de inactividad sino de lentificación*; que se halla en las mismas condiciones de un auto cuyo motor sufre si excede la velocidad de 25 kilómetros por hora, pero que con tal velocidad escasa puede llegar hasta donde llegan los normales, pero con lentitud y calma. Como lo dice Mira, *no es, en efecto, un problema puramente mecánico el que ha de resolverse en el cardíaco; es, ante todo, un problema de distribución, seriación y equilibrio afectivomotor*.

Debe, pues, lentificarse el ritmo habitual de la vida del cardíaco, y para ello es necesario que tal lentificación se produzca en el ambiente que lo rodea. No puede esperarse tal plan de lentificación y de calma si vive en una familia de recordmen del automovilismo o de gentes asustadizas, noveleras o reñidoras. Si, como hemos visto, los elementos sociales y familiares contribuyen a menudo a perjudicar al cardíaco, pueden por lo mismo, bien orientados, contribuir a su mejoría, y a mantener su restablecimiento. Por tal razón, el médico ha de procurar llevar la vida del enfermo de tal manera "que éste pudiera sentirse feliz a no ser por sus molestias físicas". Para ello debe el médico ponerse en contacto con *los familiares* e instruirles respecto a lo que puede o no puede hacer el enfermo, el ritmo lento y calmo en que debe vivir e inclusive ilustrar al cónyuge sobre el inconveniente de la total privación de determinados gastos físicos —que le crearía la situación de *inválido biológico*— pero a condición de que ellos no sean excesivos, sino en el grado compatible con su estado orgánico.

15

PSICOTERAPIA DE LOS ENFERMOS HIPERTENDIDOS

FACTORES PSICOSOMATICOS DE LA HIPERTENSION

Ya no cabe duda de la influencia del factor psíquico sobre la hipertensión arterial. Para convencerse de ello basta con hacer la siguiente comprobación: con el esfigmomanómetro puesto, y después de una toma de la tensión arterial, se le recuerda al sujeto una situación que pueda provocarle emoción: un problema social, familiar o profesional no resuelto, una situación de inquietud, concurso, examen, compromisos difíciles, y se verá ascender dos o tres centímetros de mercurio la cifra de su tensión arterial.

Cuando el médico no se limita al examen físico del hipertendido y estudia también su situación en la vida, los conflictos y problemas que lo preocupan, encuentra con frecuencia que tales problemas y conflictos existen en la mayor parte de esta clase de enfermos.

Estudiando así la personalidad integral y su situación en la vida de 93 enfermos de hipertensión esencial, Edward Weiss, de Filadelfia, halló las siguientes conclusiones que reputamos de elocuente significado: en 5 casos los factores psíquicos aparecen íntimamente relacionados con la aparición y el desarrollo de la hipertensión; en 48 casos el factor psíquico parece el responsable principal de los síntomas; en 33 casos el factor psíquico parece responsable parcialmente de los síntomas y sobre todo importante en el tratamiento; y en 7 casos el factor psíquico no tenía aparentemente ninguna relación con la aparición de la hipertensión y el desarrollo de los síntomas.

Vemos, pues, que sólo en el 7 % no aparece relación alguna entre la hipertensión y factores psíquicos y que en los restantes enfermos participan, principal o parcialmente, factores anímicos para desarrollar o mantener la hipertensión. Debe agregarse para completar esa estadística que en la mayoría de los enfermos pudo comprobarse el *carácter impulsivo*.

El adjunto diagrama que pertenece a Edward Weiss resume la discusión de la patogenia de la hipertensión. Representa una pirámide cuya base está formada por los *factores hereditarios y constitucionales*. Las caras que aparecen separadas como triángulos representan con sus lados los factores correlativos: 1) *Psiquismo* (ansiedad, emociones reprimidas y conflictos inconscientes). 2) *Endocrino* (adrenalina, hipofisis y gonadas). 3) *Sistema neurovegetativo* (isquemia renal, inestabilidad vasomotora y espasmos vasculares).

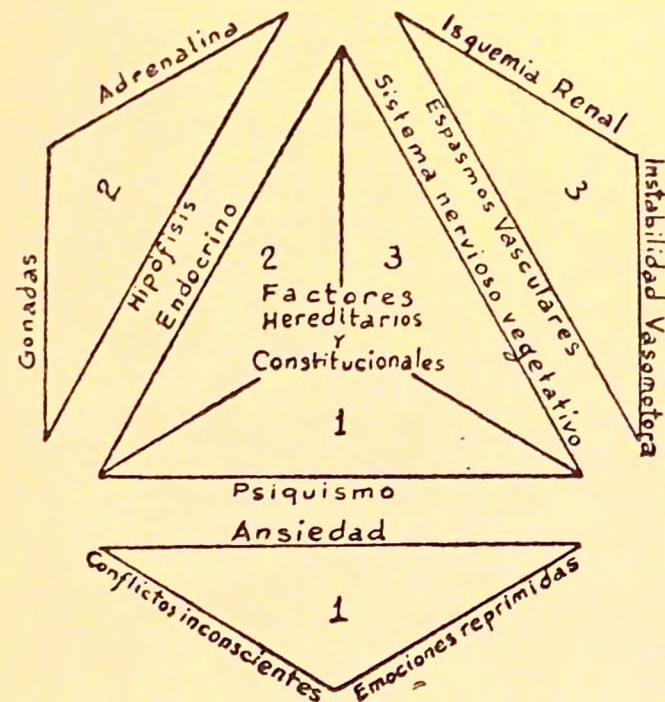


Diagrama de Edward Weiss que resume la patogenia. Los factores constitucionales y hereditarios constituyen la base de la pirámide; sus caras —dibujadas como triángulos independientes— son los sistemas interrelacionados. En cada triángulo los lados representan factores interrelacionados.

La claridad de este diagrama representativo de la *personalidad psicosomática del paciente*, nos exime de explicaciones; en él puede verse en qué alta medida participan en la patogenia de la hipertensión los factores psíquicos.

De tales factores psíquicos aparecen en primera línea por su importancia: *la ansiedad y la ira contenida*.

IMPORTANCIA DE LA ANSIEDAD CONTINUA

La ansiedad es propia de la hora presente que vive la humanidad civilizada y una consecuencia de la inestabilidad actual. Nunca el hombre en su historia atravesó una época de mayor inseguridad e inestabilidad que la presente: inestabilidad social, política, económica. Regímenes sociales que parecían incommovibles son trastornados en poco tiempo; países enteros convulsos o postrados por colapsos sociales; instituciones en quiebra absoluta; valores económicos bruscamente en la inflación; y hasta inseguridad en los hombres que también caen en crisis inesperadas: todo tiende a crearle al individuo de nuestro tiempo un ambiente de inseguridad y de inquietud del que se deriva su ansiedad permanente por lógica consecuencia de su sentimiento de indefensión.

No debe sorprender el hecho de que el corazón, que puede ser considerado como "el órgano de expresión típico" para todos los estados nerviosos y anímicos, traduzca los efectos de las graves perturbaciones individuales y sociales. Nada menos que *Corvisart* en su obra sobre las *Enfermedades y lesiones orgánicas del corazón* dice: —"No soy el único médico que haya pensado que estas lesiones orgánicas del corazón han sido más frecuentes en los horribles tiempos de la revolución que en la calma ordinaria del orden social".

Por otra parte, tales inestabilidades que señalamos en los regímenes, en las instituciones y en los hombres, coinciden con la ausencia de grandes ideales y la falta de fe, elementos espirituales de vital importancia, que sostenían al hombre en las tormentas por las que pasó en otra edad la humanidad. Mas en la tormenta actual carece el hombre de ese firme punto de apoyo que en crisis parecidas dábanles a sus antecesores sus ideales y su fe. Siendo esto así, ¿qué extraño es que la *ansiedad* sea la enfermedad más extendida y constituya la gran proveedora de los consultorios médicos? Ya Goethe lo dijo: —"Un corazón sensible es una triste posesión sobre la tierra inestable".

Obvio es decir que no nos referimos a la ansiedad aguda por episodios pasajeros propios de la vida ordinaria de toda persona, sino a la ansiedad sostenida, continua, mantenida durante meses por un conflicto sin desenlace, por un grave problema sin solu-

ción. Se sabe que una taquicardia que no cese en varios días acaba por provocar la insuficiencia del corazón. Análogamente una situación de angustia que se prolongue, termina por crear perturbaciones funcionales de importancia. Incluso podrían citarse aquí los casos conocidos de muerte por causa psíquica en los que la prolongación de una situación aflictiva llevó hasta el término fatal. Ciertamente es que en tales casos no está excluida la existencia de lesiones cardíacas hasta entonces latentes, pero no es menos cierto que sin aquel conflicto vital tales lesiones hubieran continuado dormidas durante años.

VALOR DE LA IRA CONTENIDA

También tiene un valor importante en la etiología de la hipertensión la ira contenida.

Es creencia común —de la que participan también los médicos— de que el hipertendido es impulsivo, irritable y malhumorado a consecuencia justamente de su hipertensión. Sin embargo, las más recientes comprobaciones han venido a demostrar que la verdad es lo inverso: *el sujeto es hipertendido porque es irritable, impulsivo, y porque tiene una ira que no descarga.*

Alexander, Menninger, Weiss y Saul demostraron que la hipertensión es en muchos sujetos el resultado de la contención permanente de impulsos agresivos. La tensión psíquica no descargada por las vías motrices lo hace por el camino de la fibra muscular lisa: se explica así que el sujeto sea hipertendido y, al mismo tiempo, padezca espasmos bronquiales, gastrointestinales, y tenga jaqueca, insomnio, ansiedad y esas algias difusas y molestias diversas del tipo sensitivo parestésico que constituyen también un modo de descargar sobre sí mismo una tensión psicomotriz no liberada.

El vulgo, con esa sabia intuición que hay en todos sus dichos, ya lo sabe cuando en presencia de un hombre que está conteniendo su reacción de enojo dice: “está aumentando su presión” o usa las expresiones de “esto es inaguantable”, “no pude más y estallé”.

Esta necesidad saludable de abreaccionar la energía acumulada en exceso, no escapó al genio de Shakespeare quien en “Macbeth” pone en labios de Malcolm estas palabras dirigidas a Macduff cuando acaba de tener la noticia de una gran desgracia: —“Dios poderoso. ¡Habla! No ocultes tu rostro. Es más tremendo el dolor que no se expresa con palabras. El corazón que no se desahoga estalla”.

Buen número de hipertendidos se reclutan, pues, entre personas provistas de tensiones agresivas que no liberan hacia el exterior, o que frente a conflictos o situaciones emocionales tienen que “tragarse” la reacción psicomotriz que los hubiese descargado.

DIRECTRICES PSICOTERAPÉUTICAS

De acuerdo con lo que dejamos dicho se derivan las directrices de la psicoterapia.

Hay que dar salida a las tensiones contenidas mediante ejercicios y juegos que sirvan para el drenaje psicomotriz. Ejercicios y deportes como el golf, la pesca, que comprenden largas pausas de reposo, están muy indicados. Si no hay contraindicaciones funcionales cardíacas, incluso están aconsejados aquellos deportes físicos en los que satisfagan sus tensiones agresivas y descarguen pulsiones contenidas.

Por las mismas razones, da buenos resultados la medicación a base de *sedantes y antiespasmódicos*. Todos los cardiólogos tienen casos de pacientes hipertendidos cuya tensión, que no respondía a la medicación hipotensora, descendió simplemente con luminal y codeína. Pero naturalmente tal terapéutica es sólo sintomática y no suprime la fuente causal del espasmo y la hipertensión.

En los casos de conflictos situacionales lo más racional es quitar la espina irritativa productora del malhumor, la ira o la ansiedad. Muchas veces la separación de cónyuges en permanente discordia alcanzará para librar a uno de ellos —por lo menos— de padecimientos psicósomáticos: jaquecas, espasmos vasculares o gastrointestinales, asma bronquial. Ya Hipócrates señalaba numerosos ejemplos en los que el ataque de asma puede ser precipitado por situaciones que provocan cólera aguda y otros estados violentos. No son menos frecuentes los casos de tensiones arteriales normalizadas por el alejamiento de ambientes irritantes, donde un malhumor constante y discusiones agrias y humillantes mantenían un estado permanente de ira contenida.

Ya está fuera de duda el hecho de que mediante la influencia anímica pueden mejorarse procesos circulatorios patológicos. Son conocidos los casos de personas normales que por su voluntad pueden instantáneamente acelerar o enlentecer el ritmo cardíaco. En tal sentido son particularmente expresivas las observaciones hechas por el *Profesor Laubry* sobre los Yogui.

El ilustre maestro de la cardiología puso de relieve, mediante el registro simultáneo del pulso, la respiración y el electrocardio-

grama, hechos elocuentes que demuestran esa influencia del psiquismo humano sobre las funciones orgánicas. Se sabe, en efecto, que en la India, escuelas seculares denominadas Yoga llegan, por un entrenamiento sostenido de concentración anímica y por prácticas físicas, a obtener el dominio psíquico sobre las funciones fisiológicas. Buscan así el dominio integral de la vida vegetativa, logrando para la conciencia la ascensión voluntaria y progresiva a un nivel superior de unión con lo universal. (*Yoga* quiere decir *unión*.)

OBSERVACIONES SOBRE LOS YOGUIS

Mediante ese dominio psíquico sobre las funciones vegetativas logran obtener resultados desconocidos para los hombres de Occidente y que Laubry ha comprobado. Pueden modificar por la voluntad el ritmo cardíaco, alcanzando fácilmente 130 y 150 pulsaciones por minuto y también bradicardia hasta de 35 pulsaciones. Por su dominio sobre el ritmo respiratorio, logran períodos de apnea absoluta que se prolongan fácilmente hasta cinco minutos. Se sabe asimismo cuán fácilmente pueden obtener la total laxitud anímico-física y sumergirse de este modo en estados profundos y prolongados de concentración. Tales hechos demuestran que el hombre es capaz de lograr una fisiología "humana" que es otra cosa distinta a la simple fisiología animal.

Quizá los occidentales no pueden de inmediato llegar a los mismos resultados que los Yoguis, largamente entrenados por esas prácticas que tienen un carácter religioso. Pero tales resultados demuestran acabadamente *la extraordinaria influencia que la voluntad y los estados anímicos pueden ejercer sobre los estados corporales y físicos*, influencia de la que, por otra parte, no se tenían dudas puesto que son frecuentes los ejemplos —aunque negativos— de los estados de insuficiencia funcional provocados por emociones y sentimientos depresivos. Mas, justamente, dado que en tales pacientes existe ya esa vía psicosomática, es posible emplearla para su beneficio y mejoría, procurando obtener la reeducación o el establecimiento del predominio perdido por los niveles psíquicos superiores.

Justamente el método de *concentración autógena* de Schultz está fundado en los procedimientos yoguis y su técnica se halla al alcance de los occidentales. Por ese método, denominado de *auto-relajación concentrativa*, se obtiene la total relajación muscular y la entera laxitud psíquica. Una serie progresiva de ejercicios que van por grados desde la relajación corporal y la tran-

quilización hasta la termogénesis y la influencia sobre los ritmos vitales, llevan al sujeto a una etapa en la que puede por autodeterminación liberar al campo de su conciencia de todos los elementos externos que la afectaban y hasta de las sensaciones corporales que lo preocupaban. Logra —diríamos— desconectar su mente de los elementos corporales físicos y ambientales que le ponían en tensión penosa. Libre así de molestias, sentimientos emocionales e inquietudes, el sujeto llega a una laxitud integral, vecina al *nirvana hindú*, que le libera de las repercusiones recíprocas que tendrían los estados emocionales y de angustia sobre las funciones y órganos somáticos.

SÍNTESIS

En síntesis, *la Psicoterapia* frente al hipertendido aconseja estudiarlo integralmente en su *personalidad bio-fiso-psico-social*: como enfermo nos dirá solamente sus síntomas físicos; en cambio, como persona nos referirá sus conflictos. Mirar al paciente individualmente, no como un caso de presión elevada, sino como una persona que tiene la presión elevada. Todo hipertendido, aun cuando existen factores orgánicos, experimenta alivio —independientemente de la cifra de su presión— si se solucionan los conflictos de su situación en la vida.

Evítense las causas de irritación y de ansiedad. Cuando existan impulsos agresivos, buscarles una salida derivativa. Tratar de que no viva pendiente de la última cifra de la tensión arterial, repitiéndole que, dada la influencia que sobre ésta tienen las emociones y los estados de inquietud, carecen de valor absoluto las mediciones que se hagan bajo su preocupación. Tratar de lentificar su vida dándole un ritmo calmo, para lo cual se sacarán las espinas irritativas —verdaderos focos sépticos— que provocan y mantienen su intoxicación anímica. Evitar sus enojos, no por las repetidas advertencias de "cuidado que te va a saltar una arteria!", sino evitándole las situaciones de enojo. Y dado que éstos son en cierto grado inevitables en la vida colectiva, llevar al sujeto a un plano filosófico desde cuya altura resulten desdeñables los motivos comunes de discordia triviales. Pero, hacer que el paciente adopte tal actitud de serena filosofía, no como imposición médica, sino como un hallazgo de su propio pensamiento que logra llegar a *una esfera de comprensión y de serenidad*, por encima de las tormentas que entristecen, enferman y envejecen a los hombres.

APÉNDICE

CONCEPTO DE LA MEDICINA.— *“La actividad del médico es práctica y tiene lugar de hombre a hombre en un momento determinado, a veces muy crítico. Se comprende desde luego que la “Ciencia” sola no garantiza una actividad médica eficaz; el facultativo necesita poseer cualidades personales que no pueden aprenderse en los libros, y que sólo pueden cultivarse y perfeccionarse en la práctica. Sin embargo, se comprende también fácilmente que hasta el mejor dotado de dichas cualidades fracasará si no ha aprendido antes lo que la ciencia conoce respecto a las enfermedades y a su curación, al diagnóstico y al tratamiento.”*

La Medicina actual es una resultante de la influencia de las modernas ciencias naturales en la medicina antigua tipo de la experiencia. La escuela naturalista tiene un valor inestimable para la formación del médico, porque lo acostumbra a los métodos exactos y a la crítica rigurosa de la realidad. Con todo, hoy ya no se dice que la Medicina es una “Ciencia natural aplicada”, sino que *utiliza ciencias naturales, pero siguiendo leyes peculiares*. La Medicina contiene mucha ciencia natural a título de parte importante, pero, sin embargo, se diferencia considerablemente de ella y contiene además otras muchas cosas.

El enfermo no puede comprenderse sólo con las reglas de la Física y de la Química, sino que es un “organismo vivo” con una “constitución” peculiar, con cuerpo y espíritu, y con una personalidad que vive en un medio determinado, y tiene relaciones y conflictos sociales. Todo ello se extiende, sin duda alguna, más allá del campo de las ciencias naturales, pero, no obstante, tiene gran importancia para el médico y, por tanto, para la Medicina.

Las funciones elementales podemos explicarlas ampliamente según las leyes físicas y químicas, pero la marcha del conjunto

el secreto de la coordinación entre todas ellas no es susceptible de explicaciones mecánicas. *Claudio Bernard* expresó este pensamiento de un modo tan exacto como claro: «*L'élément ultime est physique, l'arrangement est vital*».— R. SIEBECK.

LA ERA MECÁNICA DE LA MEDICINA.—“El término *medicina psicosomática* es nuevo, pero designa un punto de vista clínico tan antiguo como el mismo arte de curar. Los médicos siempre han sabido que *la vida afectiva* tenía alguna relación con la enfermedad, pero los conceptos estructurales introducidos por *Virchow* condujeron al divorcio entre la enfermedad y el psiquismo humano, considerándose a la primera únicamente como un trastorno de órganos y células. Con tal separación de las enfermedades en múltiples afecciones distintas, aparecieron los especialistas dedicados a cada una de estas enfermedades aisladas. Surgieron con los especialistas los instrumentos de precisión, y así comenzó *la mecanización* de la medicina. Desde entonces, ésta se limita a estudiar al hombre como un mecanismo fisiológico, dejándose dominar por la química sanguínea, la electrocardiografía y otros métodos de investigación, pero desdeñando y aun rechazando, frecuentemente, el fondo psicológico del enfermo, que no se considera tan científico como los resultados de los análisis clínicos. Este período puede ser calificado, con justeza, como *era mecánica de la medicina*. Desde luego, no se puede negar que en esa época de hegemonía del laboratorio fueron realizados notables progresos, pero también debe admitirse que la fase emocional de la enfermedad quedó relegada a un olvido casi absoluto.” EDWARD WEISS y SPURGEON ENGLISH.

LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA.—“Si es de extrema evidencia que el estado del cuerpo influye sobre el estado del espíritu, lo fisiológico sobre lo psíquico, no es menos cierto lo recíproco: la vida psíquica interviniendo sobre actividades somáticas. Se sabía de siempre; pero las investigaciones fisiológicas de *Pavlov* y su escuela lo demostraron de modo objetivo y sin réplica posible. Convendrá detenernos en el examen de los efectos corporales que resultarán de perturbaciones de la mente y de la manera cómo se puede influir sobre diferentes enfermedades mediando factores psíquicos. Las más insignificantes alteraciones psíquicas pueden

traducirse en síntomas somáticos. Es de *Wundt* la afirmación de que psíquico y físico serían la misma cosa contemplada desde dos perspectivas diferentes, la subjetiva y la objetiva.

Aprovechando esta doble corriente en direcciones opuestas —a través del sistema neurovegetativo— si podemos influir sobre las enfermedades mentales mediante tratamientos somáticos, viceversa nos será también posible intervenir en el curso de la fisiología, y en especial cuando se halle desviada hacia la enfermedad, por procedimientos psíquicos.

Pídese que sea enseñanza obligatoria en las Facultades de Medicina la Psicología y la Psiquiatría, y la pretensión aparece ampliamente justificada, porque los médicos hasta ahora terminaban sus estudios sin tener noción de lo que representa en Fisiología y en Patología la vida del espíritu. Pero si no lo sabían los médicos lo sabía, en cambio, el hombre de la calle.

Reconócese universalmente, por ejemplo, que la serenidad, la calma, la conformación, la contemplación de la verdad y de la belleza son medios de prolongar la vida. «La enérgica voluntad de estar sano —manifiesta *Viney* en su *Higiene filosófica*— contribuye a restablecer el equilibrio orgánico propio de la salud.» «Soy viejo —explicaba *Renán* en su discurso de ingreso a la Academia Francesa—, edad feliz, de plácida alegría, en la cual comienza a verse, después de una jornada laboriosa, que todo es vanidad, pero que, de todos modos, una gran cantidad de cosas vanas merecen ser largamente gustadas.» *Finot* publicaba, al comenzar el siglo, su *Filosofía de la longevidad*, demostrando los beneficios del equilibrio del espíritu, de la serenidad, de una fina ironía. Más tarde, escribe *Tagore* en el poema *Sadhana*: «Los perfectos son aquellos que han encontrado la armonía en su yo interior y por ella han llegado a la unidad con todo, a la paz.» AUGUSTO PI SUÑER.

LA ENFERMEDAD, REACCIÓN DE LA PERSONALIDAD TOTAL.—“*Mittelmann*, *Weider*, *Brodman*, *Wechsler* y *Wolff* estudian 450 admisiones de los Servicios Médicos y Quirúrgicos de un hospital general, encontrando que 10 % de ellos tenían severos o moderadamente severos disturbios de la personalidad y 19 a 20 % trastornos menos graves, lo que hace un 30 % de pacientes no seleccionados que necesitaban tratamiento psicológico. Dicen los autores: «Estos trastornos de la personalidad no eran en gran parte

examen que por el médico a cargo de los enfermos como factores que complicaban la enfermedad y la convalecencia».

Es el reconocimiento por parte del médico del factor psicológico que se ve aun más claramente en un estudio hecho por Halliday que encuentra que en Escocia, entre 335 pacientes psiconeuróticos no seleccionados, el 70 % está clasificado como con síntomas de gastritis, el 40 % como reumáticos, el 40 % como temeroso anemia, el 60 % debilidad y el 14 % enfermedades cardíacas. En los casos catalogados como «reumatismo no artrítico», la mayoría eran angustiados o histéricos, lo que se repetía en los «bronquíticos crónicos». Y Halliday dice:

«Lo que ante todo se requiere es el reconocimiento de que el problema existe. Luego un cambio en el pensamiento, una comprensión de la enfermedad como una reacción ante el ambiente en todos sus aspectos, incluyendo el psicológico. En otras palabras, la medicina curativa no puede contentarse más tiempo con la pregunta académica: —¿Qué tiene el paciente? Porque las respuestas a esta pregunta, aun las más precisas y detalladas, pueden aisladamente ser inútiles como guía para una acción científica y efectiva. Una guía a menudo más útil y pertinente puede obtenerse por medio de las naturales preguntas biológicas, por ejemplo: —¿Por qué se enfermó en ese momento? —¿Por qué está actuando el paciente en esa forma?».— C. ALBERTO SEGUÍN.

COMPRENDER LA ENFERMEDAD REQUIERE ALGO MÁS QUE EL CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA.— «Hace unos veinte años, cuando acababa de ingresar a la clínica por la puerta de la anatomía patológica, el primero de los autores de esta obra tuvo que aprender, mal que le pesara, la verdad de estas palabras, en ocasión de consultarle una joven con cefalalgias de origen incierto. Poniendo en juego sus conocimientos anatomopatológicos y su celo científico procedió a explorar entusiastamente todos sus órganos y tejidos, con pleno despliegue de exámenes físicos y análisis clínicos. En el curso de este «estudio completo» también efectuó una punción lumbar, con el resultado de que la enferma se sintió peor que nunca, acentuándose su cefalalgia y apareciendo un dolor dorsal, con diversos trastornos intestinales, al punto que durante nueve meses quedó confinada en el lecho. Naturalmente, este período fué aprovechado para realizar nuevas investigaciones físicas. A pesar de todos sus esfuerzos, en aquella época el diagnóstico siguió resultándole un enigma; pero el mis-

terio no revelado. En este tiempo en el fondo de que se encontraba esto, la familia con la que se encontraba a su vez, fue una familia finalmente, los familiares se separaron y finalmente, renunciaron a comenzar una vida, quedando a la vez, un hijo de un viejo médico que al fin, después de un tiempo, se fue. Llegó a saber lo que el padre quería de su vida y lo intentó descubrir: que el hijo quería de su vida, que quien estaba muy encariada y que era el jefe de la familia, tejaba a cierta joven con quien, probablemente se casaría. La enfermedad de esta paciente no era una enfermedad aguda, se expresaba su decaído por el matrimonio del hermano y una vez que se le aclaró la significación de sus trastornos, ellos se fueron en desaparecer.

En cuanto al joven médico, nada aprendió, pero, en la acción, pues pudo comprobar que todos los conocimientos adquiridos en las aulas y en el hospital, aún del estudio de los tejidos enfermos, no le habían capacitado para la práctica de la medicina.”— EDWARD WEISS y SPURGEON EWING.

LA PSIQUIATRÍA COTIDIANA.— «Cuando yo era estudiante el curso de psiquiatría consistía en unas clases sobre delirios y en la presentación de enfermos con groseros trastornos de pensamiento y de la conducta. No tenía el menor interés por la psiquiatría, y los enfermos me perturbaban y confundían. De modo que me sentí muy aliviado al concluir el curso sin saber que tenía ocasión de aplicar lo que acababa de escuchar y observar. Desde de una vez por todas, no tener nada más que ver con la psiquiatría, y por desgracia mantuve tenazmente esta determinación. En realidad, aun la sustenté en lo que se refiere al error que entonces consideraba como dominio de la psiquiatría. Esas que esa determinación era infortunada, pues me impidió comprender cuál es el verdadero campo de la psiquiatría y me llevó a pensar tal que hubieron de pasar muchos años hasta que pude ver por fin la posibilidad de su aplicación fructífera a los problemas prácticos de la medicina cotidiana. En pocas palabras, el médico práctico no tiene el menor interés por lo que desafortunadamente considera como medicina de manicomio y de asilo, pero sí siente un interés profundo por la psiquiatría que realmente se califica de «cotidiana». Por lo mismo esta la que es la que llega a comprender la importancia y el valor que tiene la aplicación a la labor clínica diaria.”— HAMMAN.

EL DESCONOCIMIENTO DE LAS NEUROSIS.— “Todo nos dice que los buenos clínicos de hoy no conocen las neurosis comunes. Aparentemente nunca las ven en su carrera, y no están en guardia contra ellas, a pesar de que examinan a fondo a cada paciente.

Siento decir que los médicos no reconocemos esas perturbaciones psíquicas. Con mucha frecuencia oigo que un psiquiatra ha curado a un paciente que yo creí tenía una enfermedad orgánica. Esta semana vi a la linda hija de un famoso cirujano. Acababa de sacarle el apéndice porque no había reconocido los numerosos signos de una típica neurosis gastrointestinal y no sabía el gran conflicto psíquico que torturaba a la joven. Otra paciente estuvo a punto de que le sacaran la vesícula biliar que se vaciaba lentamente. Su única enfermedad consistía en que hacía dos meses que murió su adorado esposo dejándola sola, perdida y contemplando constantemente la idea del suicidio. Vino otra mujer hecha una completa ruina a causa del mal funcionamiento e innecesaria gastroenterostomía. La operación fué llevada a cabo por un hábil profesor de cirugía en momentos en que ella estaba con los nervios deshechos por un divorcio pendiente. Con la preocupación e insomnio, había empezado a regurgitar sus comidas. Otra mujer, la esposa neurótica de un hombre importante, a causa del gran esfuerzo de atención provocado por un hijo enfermizo, comenzó a padecer severos ataques de típica cefalea. Un especialista a quien se consultó temió que fuera un tumor cerebral e inyectó aire en los ventrículos, y otro, aun después de decirle lo de la cefalea, diagnosticó obstrucción intestinal y en dos ataques aplicó 500.000 unidades de penicilina!

Hoy muchos de nosotros estamos comenzando a ver que el moderno análisis completo en que habíamos puesto tan implícita confianza nos está fallando a diestra y siniestra. *No revela las neurosis*. Ni siquiera podemos fiarnos de él para hacer el diagnóstico de una neurosis *por exclusión*, porque con demasiada frecuencia facilita falsas pistas a nuestro diagnóstico como unas inofensivas amebas en las deposiciones, o la cicatriz de una antigua úlcera duodenal curada, o una disminución de azúcar en la sangre, o un silencioso cálculo biliar.”—WALTER C. ALVAREZ.

EL CONCEPTO DE UNIDAD BIOLÓGICA.— “La referencia en la historia clínica a la repercusión de los procesos orgánicos sobre los psíquicos y viceversa registrada sistemáticamente, proporciona la prueba de que estos fenómenos no son causa y efecto, sino si-

multaneidad dentro de la expresión biológica. Estos hechos de observación clínica señalan, en efecto, la proyección sobre el enfermo de lo que ocurre en la vida normal donde un sentimiento afectivo: placer-dolor, odio-amor, ira-ternura, se expresa con un cuadro sensoperceptivo, psicomotor, neuroendocrino, que la fisiología registra como una afirmación del concepto de unidad biológica, cuerpo-alma, lo que nos conduce a comprender que, además de las noxas físicoquímicas y microbianas, existe un factor psíquico como agente nosológico. Y esto es esencialmente lo que distingue la medicina psicosomática de la medicina académica, sólidamente aferrada a la concepción materialista.

Además de reconocer el factor de la psicogénesis mórbida, la medicina psicosomática postula que todo cuadro nosológico es el proceso de una constelación etiopatogénica. Rechaza así la concepción de la especificación que la microbiología, desestimando la importancia del terreno, impuso a la consideración médica contemporánea. El significado del terreno, acaloradamente sostenido por Claudio Bernard, es reconocido hoy por la fisiología que estudia analíticamente los órganos y los sistemas, teniendo en cuenta los intereses de la totalidad —*las partes al servicio del todo*— y trata de aclarar las leyes de autodefensa y autorregulación (homeostasis de Cannon), las cuales confirman los principios en que se inspiraba la medicina hipocrática actualizados por las doctrinas psicosomáticas a la luz de las nuevas aportaciones clínicas y de la biología teórica.”—LELIO ZENO.

EL ENFERMO SIN LESIONES.— “De cuatro enfermos que se presentan al consultorio de cardiología, uno es alesional, es decir, que no tiene una afección cardiovascular definida. Ese enfermo alesional puede padecer de otra afección orgánica, por ejemplo una litiasis que se acompaña de dolor precordial o de palpitaciones; pero, a menudo, es un enfermo que no evidencia afección orgánica alguna si bien sufre de ahogos, disnea, palpitaciones y dolor precordial. Ese alto porcentaje de pacientes «cardíacos» que se presenta a la consulta diaria sin lesiones y que tampoco tiene otra afección orgánica, ha recorrido ya varios consultorios donde se le ha dicho que no tiene nada, que se distraiga, etc. Primer error, porque el paciente que manifiesta palpitaciones, disnea y dolor precordial se siente enfermo y por ello la negativa médica frente a su dolencia le crea una resistencia que no hace sino agravar la sintomatología.”—GONZÁLEZ SABATHIÉ.

TRATAMIENTOS SINTOMÁTICOS.—“Los últimos tipos de tratamiento (simpatectomía) producen a veces dramáticos resultados. Un enfermo recalcitrante, con marcada hipertensión, sufre una operación de Smythwyck y obtiene a veces una inmediata caída de la presión arterial. Pero el paciente, privado de algunas vías de inervación, no raramente desarrolla síntomas a través de otras vías, tensiones viscerales, por ejemplo, y los resultados pueden no ser permanentes.

O, como en un caso recientemente descrito, un chauffeur de plaza tratado así, se las arregla, a falta de un escape mejor de sus tensiones, aisladas pero no resueltas, para tener un fatal accidente de tránsito: un comentario casi irónico del hecho de que no podemos a menudo aplicar los mismos métodos al maquinista y a la máquina.”—FLANDERS DUNBAR.

SOBRE ALGUNAS COLECISTOPATÍAS.—“En la época racional de la Medicina se prescindía de las explicaciones de los enfermos respecto a la aparición de molestias de la vesícula biliar en relación con excitaciones, mal humor, sustos, disgustos, etc., pero en la actualidad el conocimiento de un aparato neuromuscular que regula la función de las vías biliares extrahepáticas permite comprender los datos anamnésicos, siempre que se les interprete con sentido crítico.

Ya desde Naunyn sabemos que la estasis de la vesícula biliar es una condición previa importante para el desarrollo de colecistitis y de colilitiasis; el trastorno puramente funcional de la disquinesia con sus molestias vesicales en forma de cólicos hepáticos más o menos intensos, induce fácilmente a diagnósticos erróneos de colelitiasis, y a que se hayan extirpado a veces vesículas biliares íntegras anatómicamente, siendo curioso que las molestias cesaron después de la intervención equivocada.

Dada la frecuencia de portadores de cálculos, que llega, pasados los 40 años, al 30 % en los varones y al 40 % en las mujeres, a juzgar por los datos de autopsia, habría que averiguar si aquellos portadores de cálculos han presentado síntomas en alguna época de su vida, aunque se haya tratado sólo de colecistopatías latentes con escasas molestias dispépticas. Al mismo tiempo, ello justifica también la conclusión de que *un enorme contingente de individuos con cálculos biliares llega a la curación espontánea*. La consecuencia para la terapéutica es que tanto en la litiasis biliar como en las colecistitis genuina, las remisiones y aun las

curaciones duraderas son extraordinariamente frecuentes según nuestra opinión, de modo que las mejorías y latencias que duran años o persisten para siempre no deben atribuirse precisamente a los medios terapéuticos empleados. Si hubiéramos tenido siempre en cuenta, de un modo crítico, *la variabilidad en el curso espontáneo de las colecistopatías*, se habrían evitado muchos juicios terapéuticos optimistas o equivocados. Se trata de *un flujo y reflujo* que dura a veces toda la vida.”—G. VON BERGMANN.

LOS FACTORES NEUROPSÍQUICOS EN CLÍNICA.—“Hace ya tiempo que dejó de considerarse la Ginecología, ciencia de la mujer, como un simple capítulo quirúrgico de tumores e inflamaciones, extirpables sin medir las consecuencias posteriores. Hoy la Ginecología quirúrgica es sólo una pequeña parte de la Ginecología que abarca igualmente la Sexología, la Patología femenina, la Psicología genital, la Psicopatología y la Patología sexual y, en general, toda la Biología genital, amplísimo campo de estudio donde ocupa un lugar de primer plano el factor neuropsíquico. No se puede considerar ya solamente “el útero y los ovarios”. Hay que considerar el organismo integral y especialmente el sistema nervioso visceral, íntimamente ligado a las funciones endocrinas, cuyos desequilibrios pueden llevar a los estigmatizados vegetativos a las neurosis viscerales genuinas.

Podríamos expresar, coincidiendo con el ilustre maestro Lécène, que los cirujanos no se preocupan bastante del aspecto psíquico de su arte. Absorbidos por entero por la perfección del diagnóstico y de la técnica operatoria, no se dan cuenta bastante de que los más sutiles injertos óseos, las resecciones más hermosas, las más magníficas artroplastias del mundo no darán ningún resultado si el enfermo no quiere curarse, si el herido prefiere ser un inválido (en lo que se refiere a pensiones de invalidez). La operación más útil y más urgente en los accidentes del trabajo sería ante todo la transfusión de la energía moral.”—E. BLANCO ACEVEDO y P. A. AGUERRE.

IMPORTANCIA DE LA NEUROSIS EN LA PRÁCTICA MÉDICA DIARIA. “Las estadísticas de distintos hospitales y consultorios privados demuestran que el 50 % de los pacientes consultan por afecciones

funcionales, o sea, que la mitad de nuestros tratamientos van dirigidos a causas psíquicas y la otra mitad a causas físicas.

La enseñanza que recibimos en casi todas las escuelas de medicina, no sólo aquí, sino en todas partes, gira casi en su totalidad sobre las afecciones orgánicas, puesto que de *las 28 materias* que forman nuestro plan de estudio, sólo una especialidad, la psiquiatría, estudia la psiquis enferma y todas las demás se ocupan de la parte física de la personalidad humana. No hay, pues, proporción entre la igualdad de enfermos funcionales y orgánicos, con la enseñanza médica que es *27 veces mayor física que psíquica*. Hay, pues, que reformar los planes de estudio y poner, como materias fundamentales, al lado de la anatomía y fisiología, la psicología médica y la psiquiatría con sus ciencias afines. El clínico internista debe dar también clases de medicina psicosomática y por tanto tiene que tener una preparación integral que le permita captar las interrelaciones entre la psiquis y el soma, ante las agresiones que sufre el organismo y las reacciones defensivas que se producen, como totalidad psicofísica."—TEODORO FRACASSI.

LA MEDICINA INTEGRAL.—"Tanto los somatistas como los psicoanalistas han exagerado el valor de sus criterios. Al enfermo a quien no se le encuentra nada somático, se le asegura estar sano, indicándosele un paseo, casarse, o un neurotónico, pero su neurosis queda sin diagnóstico y sin tratamiento; desgraciadamente aun muchos médicos no saben hacerlo y consideran ésta una tarea imposible sin saber psicoanalizar. Bien sabemos que la neurosis constituye un capítulo importante de la Clínica Psicosomática y que puede ser evidenciada por todo médico que conozca los problemas psicológicos del individuo. Para aclarar el contenido de los procesos psíquicos vinculados a una neurosis, no es siempre indispensable el psicoanálisis y ni siquiera en muchos casos para aclarar sus conexiones, bastando para ello una simple conversación, en tanto que en otras circunstancias es indispensable buscar el dinamismo conectivo en el inconsciente mediante el psicoanálisis. El diagnóstico de las neurosis debe realizarse directamente y no por exclusión, pues de esta manera quedaría supeditado a nuestra mayor o menor agudeza clínica y a la exclusión absoluta de toda enfermedad orgánica, que puede ser incluso concomitante e independiente. Sin embargo, no es lógico que lleguemos recién a descubrirla después de haber rea-

lizado infinidad de exámenes somáticos, pruebas de laboratorio y rayos X, y después, también, de haberse efectuado a veces una o varias operaciones. La historia de la vida del enfermo, su estudio psíquico y su conducta, son los elementos principales para comprender el cuadro clínico de cada neurótico. Muchos estados patológicos orgánicos y funcionales constituyen el terreno en que se desarrolla una neurosis y, por otra parte, a veces una enfermedad física es capaz de producirla y hasta simularla. Recordemos aquí las alteraciones del humor debidas a modificación de la reserva alcalina y enfermedades crónicas, los trastornos psíquicos de los cardíacos, renales, hepáticos y enfermos infecciosos, aquellos de los enfermos glandulares, etc. Por esto es fundamental que el médico que atienda a estos pacientes realice siempre el examen físico indispensable.

Por otra parte, la Medicina Psicosomática abarca un campo de acción muy extenso y su carácter debe ser integral, ya que en todo ser humano suelen haber conflictos espirituales que sin llegar a ser neuróticos contribuyen a enfermarlo.

La historia de la Medicina abunda en hechos que prueban cómo muchos enfermos considerados como «neurasténicos», o como simples «enfermos imaginarios» han encontrado, con el progreso de la ciencia, su curación de una enfermedad somática que no había podido ser antes diagnosticada, y cómo, otros, considerados como enfermos orgánicos, por tener una simple anomalía anatómica o un foco séptico, etc., se han beneficiado y curado gracias al progreso aportado por la Psicología dinámica, la Psicología individual, etc."—MARIANO I. BARILARI.

LO QUE ESTÁ MAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA MODERNA.—"Todo internista consciente debe sentirse angustiado muchas veces al mes al ver los infaustos resultados de lo que algunos colegas bien preparados consideran la mejor forma posible de la práctica médica moderna. Se examinaba al paciente de pies a cabeza y se hacían muchas pruebas de laboratorio y rayos X. Los expertos observaban con instrumentos adecuados por los diversos orificios del cuerpo y se escribían páginas y páginas sobre los hallazgos. Tal vez entonces, porque el apéndice se llenaba deficientemente o tenía una concreción, o la vesícula biliar «se vaciaba despacio», o el duodeno parecía un poco deformado, operaba un cirujano.

O había un dolor de fibrositis en la pared torácica, y porque se presentaron unos pocos cambios en el electrocardiograma, se le diagnosticaba enfermedad coronaria y se aterrorizaba a un paciente esencialmente sano con una vida de inválido. O se hacía histerectomía por un mioma de útero sin síntomas, y una mujer cansada, preocupada, que sólo necesitaba descanso y aliento era condenada a una menopausia precoz por desgaste nervioso.

A primera vista, este sistema parece bueno y muy científico; los clínicos y cirujanos se sienten orgullosos de lo que están haciendo; algunos de ellos son profesores y todos tienen un lugar honroso en la sociedad. Sus practicantes y compañeros los observan y pronto estarán obrando exactamente del mismo modo.

Entonces, ¿qué es lo que está mal? Lo que está mal en caso tras caso es que la «enfermedad» que se encontró y trató tan enérgicamente no era lo importante o lo significativo. Con frecuencia era una variante asintomática o inocente de lo normal. Con frecuencia, si solamente se hubiera repetido una prueba, se habría descubierto que el primer informe alarmante era erróneo; podría o habría podido ser ignorado y en la mayoría de los casos lo habría sido si el clínico o cirujano hubieran tenido la práctica de reconocer al primer golpe de vista una neurosis típica en un paciente quizá típicamente neurótico o psicótico. En muchos casos se hubiera diagnosticado en forma diferente con sólo haber hecho el doctor una historia adecuada, o una simple pregunta como: —«¿Es usted feliz», o —«Está usted muy preocupado», o —«¿Está usted pensando en el divorcio?», o —«¿Está su hijo volando en el frente?», o —«¿Tiene usted los nervios deshechos?», o —«¿Por qué vino usted a consultarme, qué teme usted?». Si el médico hubiese hecho tal pregunta y hubiera visto quizá al paciente echarse a llorar, habría comprendido que había puesto en evidencia una gran pena y, entonces, preguntando un poco más, habría visto que eso era la causa de la enfermedad del paciente.”— WALTER C. ALVAREZ.

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA.— “Hemos llegado al momento de incorporar a la enseñanza los conocimientos ya adquiridos y, sobre todo, de orientar la formación del estudiante sobre la base de una comprensión integral del ser humano visto desde su aspecto psicológico, al mismo tiempo que de su aspecto físico.

Al decir así tratamos de expresar claramente que no somos partidarios de la creación de cátedras o servicios de «Medicina Psicosomática» ya que ello implicaría una especialización absurda y una segregación que haría más mal que bien. Por el contrario, creemos que la enseñanza debe orientarse en una forma amplia, desde el comienzo de la carrera y continuar a lo largo de ella.

He aquí un plan que nos parece factible y que llenaría esos fines:

I.— En el curso de *Fisiología*, como un capítulo más, se incluiría el estudio de la «Fisiología de las emociones».

II.— Paralelamente al curso de *Fisiopatología*, se dictaría el de *Psicopatología*, que en este momento completa la preparación preclínica del estudiante.

III.— El curso de *Semiología* debería ser encarado desde el punto de vista psicosomático.

IV.— Los cursos de *Patología Médica* y *Quirúrgica* incorporarían en cada capítulo las adquisiciones modernas en relación con las diferentes enfermedades y síndromes clínicos. Se estudiarán, así, los rasgos de personalidad y las constelaciones emocionales concomitantes con ciertos cuadros patológicos, así como las correlaciones somatopsíquicas en cada uno de ellos.

V.— El curso de *Terapéutica* se completaría con un amplio estudio de la *Psicoterapia*, poniendo énfasis en los procedimientos que el médico práctico debe conocer y manejar.

VI.— Los cursos de *Clínica Médica* y *Clínica Quirúrgica* se encararían con un criterio integral, que permitiera estudiar al enfermo en su capacidad humana, como ente psicofísico, teniendo en cuenta, no sólo los factores somáticos y psíquicos, sino los componentes psicosociales de cada caso clínico.

Como puede verse, lo que se haría es completar los cursos ya establecidos, incorporando a la enseñanza los conocimientos psicosomáticos.”— C. ALBERTO SEGUÍN.

OBRAS CITADAS EN EL TEXTO

- ADLER, A.—Conocimiento del hombre. Madrid, 1931.
- ADLER, A.—Manifestaciones físicas de trastornos psíquicos. Chicago, 1944.
- ALEXANDER, F.; SAUL, L.; MILLER, M.; WEISS, E.—Symposium on Hypertension. Psch. Med., 1939.
- ALEXANDER, F.—Fundamental Concepts of Psychosomatic Research. Psychosomatic Medicine. Nueva York, 1943.
- ALEXANDER, F.—Aspectos psicológicos de la medicina. Chicago, 1943.
- ALVAREZ, W. C.—Nerviosismo, indigestión y dolor. Nueva York, 1943.
- BADO, J. L. y CAGNOLI, A.—Las fracturas aisladas de las apófisis transversas. El Día Méd. Urug., febrero, 1940.
- BARILARI, M. J.—Sinopsis de antecedentes y esquema clínico. Conferencia, Buenos Aires, 1943.
- BARILARI, M. J. y GROSSO, L.—La vida del enfermo y su interpretación. Buenos Aires, 1948.
- BAUER, J.—Constitution and Disease. Nueva York, 1942.
- BERGMANN, G. von.—Patología funcional. Barcelona, 1940.
- BERGMANN, G. von.—Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem. Berlin, 1913.
- BERGMANN, G. von; DOERR, R.; EPPINGER, H. y otros.—Tratado de Patología Médica. Buenos Aires, 1936.
- BERGSON, H.—L'énergie spirituelle. París, 1919.
- BERNARD, C.—Introducción al estudio de la Medicina Experimental. París, 1865.
- BIRNBAUM, K.—Métodos curativos psíquicos. Barcelona, 1928.
- BLANCO ACEVEDO, E. y AGUERRE, P. A.—Los factores neuropsíquicos en clínica. Montevideo, 1944.
- BRAUN, L.—Trastornos psicógenos de la actividad cardíaca, en Psicogénesis y Psicoterapia, de Schwarz, Barcelona, 1932.
- CANNON, W. B.—Cambios corporales en el dolor, hambre, terror e ira. Nueva York, 1916.
- CANNON, W. B.—La Sabiduría del Cuerpo. México, 1941.
- COSSA, P.; AGID, R. y AUGUIN, P.—La Psychoanalyse Chimique. Ann. Med. Psych., dic. 1945.

- CORVISART, J. N.—Tratado de las enfermedades y lesiones orgánicas del corazón, París, 1806.
- CUSHING, H.—Peptic Ulcers and the Interbrain. Nueva York, 1922.
- DEJERINE y GAUCKLER.—Les manifestations fonctionnelles des Psychonevroses. París, 1911.
- DELAY, J. y colaboradores.—Interés del Pentothal en la exploración del psiquismo. Ann. Med. Psych., julio 1945.
- DUNBAR FLANDERS.—Emotions and Bodily Changes. Nueva York, 1933.
- DUNBAR FLANDERS.—Psychosomatic Diagnosis. Nueva York, 1943.
- DUPRÉ, E.—Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. París, 1925.
- FRACASSI, T.—El narcoanálisis. Rev. Arg. de Neur. y Psiqu., marzo 1946.
- FRENCH, T. y ALEXANDER, F.—Factores psicógenos en el asma bronquial. Washington, 1941.
- FREUD, S.—Obras completas. Madrid, 1923.
- FULTON, J. F.—Fisiología del Sistema Nervioso. México, 1941.
- HORNEY KAREN.—El nuevo psicoanálisis. México, 1943.
- HORNEY KAREN.—La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires, 1946.
- HORSLEY, J. S.—Narco-Analysis. Londres, 1943.
- HEYER, G.—Trastornos funcionales psicógenos del aparato digestivo, en Psicogénesis y Psicoterapia, de Schwarz, Barcelona, 1932.
- HEYER, G.—El Poder Curativo del Espíritu. Buenos Aires, 1940.
- HUDDLESON, J. H.—Accidents, neuroses and compensation. Baltimore, 1932.
- JAMES y LANGE.—The emotions. Baltimore, 1922.
- JASPERS, K.—Psychopathologie Generales. París, 1933.
- JUNG, C. G.—Psychologische Typen. Zurich, 1930.
- JUNG, C. G.—El Yo y el Inconsciente. Barcelona, 1936.
- JUNG, C.—La psiquis y sus problemas actuales. Madrid, 1935.
- KRAPF, E.—Accidentes y operaciones como expresión de tendencias autodestructivas. Rev. de Psiqu. y Crim., mayo, 1944, Buenos Aires.
- KREHL, L. von.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas. Barcelona, 1936.
- LAUBRY, Ch. y BROSSA, T.—Documents recuillis aux Indes sur les "Yoguis". Presse Med., 14 oct. 1936.
- MAS DE AYALA, I.—La medicina y su enfoque psicológico, en Rev. de Psiqu. y Crim., Buenos Aires, julio 1945.
- MAS DE AYALA, I.—Por qué enloquece la gente. Buenos Aires, 1943.
- MAYER, A.—Trastornos psicógenos de las funciones sexuales femeninas, en Psicogénesis y Psicoterapia, de Schwarz, Barcelona, 1932.
- MEDEIROS, M. de.—A Medicina Psicossomática e sua Metodologia. Conferencia. Río de Janeiro, 1947.
- MENNINGER, K. A.—Purposive accidents as an expression of self-destruction tendencies. Intern. J. Psychoanalysis, 17, 6, 1936.
- MIRA Y LÓPEZ, E.—Manual de Psiquiatría. Barcelona, 1935.
- MIRA Y LÓPEZ, E.—Cirugía y Psicología, en Anales de Cirugía, vol. VI. Nº 3, Buenos Aires, 1940.
- MIRA Y LÓPEZ, E.—Manual de Psicoterapia. Buenos Aires, 1942.
- NUNBERG, H.—Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis. Barcelona, 1937.
- PELLEGRINI, A.—Los Mecanismos de la Curación. Buenos Aires, 1940.

- PI SUNER, A.—Sistema Neurovegetativo. México, 1947.
- ROUSSY, G. y MOSINGER, M.—Traité de Neuro-Endocrinologie. París, 1946.
- SAIERNO, E.—Aportaciones a la Medicina Psicosomática. Buenos Aires, 1946.
- SEGUN, C. A.—Introducción a la Medicina Psicosomática. Lima, 1947.
- SCHILDER, P.—Psychotherapy. Nueva York, 1938.
- SCHWARZ, O.—Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales. Barcelona, 1932.
- SIEBECK, R.—Concepto y estado de la Medicina, en la Introducción del Tratado de Patología Médica de von Bergmann y otros. Buenos Aires, 1935.
- SIEBECK, R.—Reacciones neuróticas y trastornos funcionales del sistema vegetativo, en Tratado de Patología Médica de von Bergmann y otros. Buenos Aires, 1935.
- STEKEL, W.—Technique of Analytical Psychotherapy. Nueva York, 1940.
- TROUSSEAU.—Clinique de l'Hôtel Dieu, tomo II, cap. Asma, 1868.
- VALLEJO NAJERA, A.—Psicosis sintomáticas. Madrid, 1941.
- WEISS, E. y ENGLISH, E.—Psychosomatic Medicine. Filadelfia, 1943.
- WEISS, E.—Symposium sobre disturbios gastrointestinales, Psychosomatic Medicine, enero 1944.
- WOLF, S. y WOLFF, H.—Human Gastric Function. Nueva York, 1943.
- ZENO, L.—En la clínica de Lorenz Böhler. El Día Médico, año VII, Buenos Aires, 1935.
- ZENO, L. y PIZZARRO CRESPO, E.—Clínica Psicosomática, Buenos Aires, 1945.
- ZILBOORG, G. y HENRY, G.—Historia de la Psicología Médica. Buenos Aires, 1945.

ÍNDICE

	Página.
Las dos vertientes de la Medicina	7
Fisiología de la emoción	25
Patología de la emoción	33
Las organoneurosis que ve el clínico	43
Trastornos funcionales del sistema nervioso	61
La expresión de situaciones conflictivas incidiendo sobre síndromes orgánicos	69
El narcoanálisis en la exploración psicosomática	75
Neurosis y psicosis en los concursantes	83
La elección sintomática en las organoneurosis	95
Lo orgánico y lo funcional	101
Los factores psíquicos en el tratamiento y convalecencia de los enfermos y fracturados	109
Los accidentes a repetición	119
El psicólogo en la consulta del plástico	125
Psicoterapia en los enfermos cardíacos	129
Psicoterapia de los enfermos hipertendidos	135
Apéndice	143
Obras citadas en el texto	156

Este libro se terminó
de imprimir, el día
30 de marzo de 1949,
en la Imp. "Rosgal",
de Hilario Rosillo,
calle Ejido, 1624.
Montevideo
(Uruguay)