

La medicina psico-somática *

Por el Dr. MANUEL GUEVARA OROPESA,
académico de número.

En los últimos años se ha venido usando el nombre de medicina psico-somática para designar una serie de hechos clínico-fisiológico-psicológicos, tratando de interpretar y definir la importancia de su inter-causalidad.

Es sabido que desde los albores de la medicina se ha atribuído a fenómenos psicológicos, con diversos epítetos o designaciones, el papel causal en ciertos estados cuyas manifestaciones no correspondían a las enfermedades bien conocidas de la época, o bien a muchas cuya etiología era obscura o desconocida y en las que se entreveía alguna relación de causalidad con esos fenómenos psicológicos. El estado de ánimo, los pesares, las contrariedades, el miedo, y en una palabra las emociones, se habían considerado siempre como un factor etiológico con mayor o menor justeza en padecimientos de lo más variado.

En la relación de lo somático con lo psicológico recordemos que el nombre de histeria señala el papel que se atribuyó al útero en la producción de síntomas esencialmente psico-neuróticos y, por el otro sentido, los intentos de explicación de fenómenos mal comprendidos en términos de lo que pudiera llamarse la psicopatología de la época. Así a fines del siglo XVIII, Main de Birán, Malebranche, De Beauchene, señalan el papel de la imaginación, del magnetismo animal; y el último, según Pierre Janet, escribe acerca de "la influencia de las afecciones del alma sobre las enfermedades vaporosas de las damas". Y a través de la historia apasionante de la sugestión y de los trabajos de Bernheim, con la escuela de Nancy, que precedió al psico-análisis de Freud y después en el desenvolvimiento y depuración de este último, vemos cómo los fenómenos psicológicos determinan manifestaciones clínicas que no siempre pueden atribuirse con facilidad a su verdadero origen. Por otra parte, se ha atribuído a diversos estados orgánicos la

(*) Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 17 de octubre de 1945.

causa de los cambios de humor, desde el mal genio de los hepáticos hasta la bondad de los obesos.

En la medicina psico-somática se ha tratado de revisar estas relaciones y se ha pretendido dar una clave de interpretación en la aparición de muchas enfermedades orgánicas, o por mejor decir somáticas, en función de alteraciones psicológicas. Veremos después que en esta moderna investigación se ha caído a menudo en la exageración y aún en la puerilidad; pero por otro lado, se plantean problemas, y se trata de resolver muchos de ellos, que el clínico no puede menospreciar ni menos ignorar.

En un grupo de hechos se presentan los casos de enfermos en quienes un padecimiento aparentemente somático, de tipo funcional, es la manifestación de una elaboración psicopatológica especial.

En otro grupo, encontraremos los casos de enfermos con un padecimiento somático, claramente orgánico, y en quienes se pretende que una situación psicopatológica particular pueda tomarse como factor etiológico, directo o indirecto.

Por último, señalaremos otro grupo de hechos que se refieren a la aparición de fenómenos de tipo funcional-somático simultáneamente con fenómenos psicopatológicos; pero en cuyos casos se descubre una lesión orgánica más o menos oculta, y disfrazada o desfigurada por dichos fenómenos.

Con el criterio de la medicina psico-somática trataremos de analizar estos hechos y revisar, aun cuando sea parcialmente, las interpretaciones propuestas.

El psicoanálisis ha tratado de explicar el mecanismo de la formación de los síntomas en algunas neurosis. Relaciona los trastornos funcionales con procesos ideoafectivos, que por ser intolerables en la conciencia del sujeto son rechazados, hundidos en el subconsciente; pero entonces, por peculiaridades en la manera de ser del sujeto, el conflicto sigue activo y se expresa en una forma tal, que tiende a realizar el deseo primitivo que fué rechazado o expresa una idea con carga fuertemente afectiva ligada a este deseo o tendencia. De esta situación resulta la aparición de fenómenos que para el subconsciente son una expresión simbólica y para la conciencia del sujeto sólo se aprecian como una alteración de su integridad funcional que es juzgada como enfermedad. La

observación clásica de Breuer y Freud, en que por primera vez hacen notar este mecanismo psicopatológico, se refería a una enferma con paroplejia que apareció al estar cuidando a su padre y que, al descubrir su conflicto expulsado de la conciencia, vino a ver que era la manera de eludir la situación que ya no deseaba sostener por más tiempo; pero que su conciencia del deber le imponía. Por lo tanto, no podía admitir su deseo conscientemente, pero sí había gran inclinación a realizarlo; y el resultado fué la solución del problema por un síntoma de apariencia orgánica que libró a la enferma de la situación que ya no soportaba y al mismo tiempo la hace aparecer como ajena a esta determinación. Así pues, el conflicto expulsado de la conciencia se ha transformado en un síntoma funcional de apariencia orgánica. Esto es lo que posteriormente fué designado como histeria conversiva.

A partir de esta explicación primitiva del síntoma se continuaron las investigaciones de los casos de trastornos psiconeuróticos, notándose que el conflicto relacionado con el síntoma funcional no siempre era el que podría mostrarse como inmediato, y entonces se refirió a conflictos antiguamente experimentados que datan de la infancia y que se hacían actuales por un retroceso en las experiencias almacenadas en el subconsciente, que se llamó regresión y que condujo a la interpretación de los síntomas en función de los intereses y tendencias puestas en juego en la época infantil, señalándose las inclinaciones afectivas como de orden primitivo erótico y con orientación hacia los personajes del reducido mundo infantil. De aquí el descubrimiento del complejo de Edipo y de las teorías que Freud convirtió en el tan criticado pan-sexualismo.

No es lugar en este momento de hacer por mi parte una crítica del psicoanálisis que ya hace muchos años me ocupó, ni presentar un balance de lo que a mi juicio ha ganado y ha perdido después de todo este tiempo. Solamente lo cito y me referiré a él en relación con lo que de él ha tomado la medicina psico-somática; y me he permitido recordar brevemente el dinamismo psicológico que reclama, para comprender mejor lo que ahora creen encontrar algunos psicoanalistas, en su concepto de algunas enfermedades psicósomáticas.

Es indudable que en muchos casos de síntomas funcionales que no corresponden a ninguna alteración orgánica y que se diagnostican como de origen neuropático, encontramos esa elaboración psicopatológica que se atribuye a la histeria conversiva; pero al lado de estos casos hay muchos que debo comentar con las mismas palabras de Weiss and English, en su tratado de medicina psicosomática, al que me referiré a menudo: Ellos dicen que entre los enfermos psicóticos y los que tienen una enfermedad física hay un gran número que no están "fuera de sus cabales" y, sin embargo, no tienen ninguna enfermedad corporal que dé cuenta de sus padecimientos. Este tipo de enfermos que pintorescamente señalan Weiss and English requiere también una explicación psicopatológica que vamos a señalar.

Para apoyar estas consideraciones teóricas vamos a citar algunos casos de los que seguramente se han presentado, con más o menos similitud, a todos los clínicos.

Dejemos a un lado las manifestaciones histéricas de la Salpetriere en los ya muy lejanos tiempos de Charcot. Mencionemos un curioso capítulo de aquel ostentoso clínico que fué Dieulafoy, en que relata la extraña enfermedad de un sujeto que se quejaba de extraordinarios dolores que le llevaron a la sucesiva amputación de sus miembros, en los que a la postre no se halló ninguna lesión orgánica, y para cuya enfermedad el novelista Paul Bourget, a petición del clínico, encontró el vistoso nombre de "patomimia".

Asociemos a esto los casos bien conocidos de personas que tienen síndromes abdominales que les cuestan además de una fortuna, su apéndice, su vesícula biliar, buena porción de estómago, etc., sin que en realidad ninguno de estos órganos sea el responsable de las quejas persistentes del sujeto, que con frecuencia es una mujer. Y no se diga que acuso de ligereza en todos los casos a quienes proceden a una mutilación para después confesar su inutilidad.

En relación con lo anterior el caso de la señora G., que fué examinada por primera vez en noviembre 29 de 1941, será muy expresivo para algunos aspectos de la medicina psicosomática. 10 años antes se casó; 3 años después del matrimonio tuvo algunos desmayos y en seguida comenzó con dolor de cabeza que no po-

día localizar. Venía a hora fija, a las 2 p. m., y después de cierto tiempo, cuando cambió el horario del sueño y de las comidas, cambió también su principio para en la noche. Además continuaron los desmayos en los que siente que se hunde, se le oscurece y luego pierde el conocimiento. A veces se pone rígida de un lado sin precisar qué lado es. Debo hacer notar que estos datos corresponden al relato personal de la enferma sin ser inducida por preguntas mías. Luego cuenta que en San Diego Calif. tuvo "hay fever". Después fué a Rochester y a pesar, según ella, de que las radiografías fueron normales, encefalografías normales, fondo y campo visual normales, se le hizo craniectomía fronto-parietal izquierda, con resultado nulo. Algún tiempo después fué a Montreal, en donde después de un estudio electroencefalográfico fué operada, craniectomía temporal derecha, sin resultado y según parece, sin habersele encontrado nada definido. El dolor de cabeza continuó igual, aunque ya sin horario alguno, sin localización fija. Es de notar que las craniectomías no dejaron secuela neurológica ninguna y solamente pérdida de sustancia ósea a través de la cual, según la enferma, se abulta cuando tiene el dolor. Sin embargo, no hay ningún signo de hipertensión intracraneana. En medio de estas vicisitudes la enferma empezó a usar primero un sucedáneo de la morfina y después dolantina.

Al cabo de algún tiempo fué cuando me consultó y fué internada y destetada sin contra-tiempo y desapareció el dolor de cabeza por larga temporada. Cuando salió del sanatorio fué llevada a Cuernavaca y, según su esposo, como el descenso al valle siempre le hacía mal, se vió obligado a ponerle nuevamente la droga.

Muy poco tiempo después los dolores de cabeza estaban en las mismas condiciones; pero otra estancia en un sanatorio con el correspondiente aislamiento la mejoró, retirándose los dolores hasta el día en que salió y volvió al lado del marido. Posteriormente, como era natural, perdí a la enferma y cayó en otras manos. Pude darme cuenta de su estado indirectamente por cierto tiempo, sabiendo que estaba decididamente habituada a la droga, y no oí ya más de la desventurada mujer hasta hace pocos meses, en que un suelto de un diario decía que se había suicidado con barbitúricos. Ignoro si murió al cabo, o si se salvó de su intento suicida.

El estudio de la personalidad de esta enferma mostró que se

trataba de hija única en condiciones especiales; muy mimada; contrajo matrimonio sin entusiasmo; se quejaba diciendo: mi marido me llevó a la casa como quien lleva una muñeca, para adorno. Su deseo de llamar la atención, de buscar la compasión de los demás, de ser el centro de atracción, se revelan en toda su conducta. En el extranjero ella ayudaba en las clínicas a hacer las historias, según manifestaba, y asombraba a todos porque a pesar de sus dolores y sus penalidades era tan abnegada; se hacía querer de todos, obtenía situaciones de excepción, siempre, estando tan mala. El traumatismo afectivo más importante se reveló cuando refirió que poco después de casada supo que el marido tenía un hijo; ahora bien, posteriormente ella se convenció de que no podía tener hijos. Le hicieron tratamientos ginecológicos, le quitaron el apéndice. Se hicieron pruebas y tratamientos alérgicos. Sus conocimientos de medicina por el contacto con médicos y su estancia en las clínicas le hacían dar sus síntomas en una forma perfecta; pero quizá elaborada. La psicología misma de su esposo se tuvo en cuenta por el factor de angustia que en él se observaba. En resumen, se trata de un caso de dolor de cabeza, que no correspondió a ningún trastorno orgánico, que fué interpretado probablemente como jaqueca epileptoide; pero que estaba indudablemente ligada a fenómenos psicopatológicos, en una personalidad inmadura, con un complejo de inferioridad por la maternidad, con resentimiento por el éxito de otra mujer al dar un hijo al marido y en quien el psicoanálisis clásico no se logró, y el análisis psicológico, anteriormente señalado, de su personalidad, no era útil sino en tanto no volvía al ambiente hostil. El final en el suicidio con barbitúricos contribuye a proyectar la figura psicopática de su personalidad.

El doctor Foster Kennedy presentó un caso de una enferma, con una neuralgia que era la manifestación de una depresión psicótica y que fué curada con un tratamiento de electroshock. Recientemente ví una paciente que se quejaba de dolor de cabeza, que resultó ser una manifestación de angustia ligada a una situación familiar largo tiempo molesta por la intromisión de su aya desde pequeña y para la cual tenía sentimientos ambivalentes. Siendo la enferma inteligente y preparada, una psicoterapia superficial bas-

tó para hacerla destruir su angustia fijada y convertida en un síntoma funcional.

Las manifestaciones de esta naturaleza constituyen observaciones que todos los médicos han podido hacer, aún cuando en muchos casos no hayan llegado a su interpretación psicopatológica.

Hay grupos de enfermedades que más estrechamente pueden relacionarse con esta clase de trastornos funcionales psicógenos. Además de los trastornos nerviosos bien conocidos, se encuentran cierto número de padecimientos cardio-vasculares, digestivos y sexuales, de carácter funcional, que son en realidad la expresión de un estado psicopatológico, en el cual predomina una condición emocional, cuyo origen no necesita ser el complejo reprimido en el subconsciente, como en la histeria, sino que se encuentra en una formación inadecuada de los elementos de la personalidad, de hábitos adquiridos desde la infancia que determinan una especie de diseño que plasma la conducta futura, para repetirse conforme a ese patrón, cuando sobreviene la ocasión, por una dificultad de adaptación.

Por ejemplo, una señora tiene sensación de fatiga, palpitaciones, disnea, dolor precordial y describe a su modo una sensación muy penosa de desasosiego y de miedo, porque, ya está dicho con sus síntomas: está enferma del corazón. El interrogatorio minucioso muestra que ni las palpitaciones ni el dolor, ni la disnea siguen al esfuerzo, que el examen físico no revela nada anormal; en cambio, la manifestación principal se identifica como angustia, es un estado emocional patológico que se ha derivado de una situación a la que la enferma no ha sabido adaptarse. Ha llegado a los 35 o 40 años, siente que ya no es atractiva para su marido y acaba de descubrir que su marido la engaña. En su familia ha habido enfermos del corazón, de chica ha sentido un vuelco en el corazón cuando la regañaban y la amenazaban con castigos, tenía necesidad de protección y de cariño y fué sentimental, más bien tenía "sensiblerías", etc.; ahora, se siente ante un fracaso y su emoción sigue el diseño de la angustia infantil y se expresa con ese patrón elaborado desde pequeña. Un conjunto de circunstancias la impulsan a fijar su atención en el corazón, y si además, un diagnóstico hecho por un médico desprevenido, y una serie de

consultas y de exploraciones, afirman su propio temor de ser cardíaca, ya su angustia dejaría de ser una manifestación francamente emocional, para darle la certeza de que padece una enfermedad orgánica del corazón y en estas condiciones se establece una neurosis cardíaca.

En el mismo caso se encuentran enfermos que se quejan de trastornos digestivos: las llamadas dispepsias nerviosas y otros trastornos que no tienen una expresión orgánica definida y que tienen su raíz en la derivación patológica de las emociones del sujeto. De aquí que el relato de sus síntomas sea irreal y aún esframbótico. Un enfermo siente un piquetito que le sube hasta el esternón y como gotitas de agua que le caen en la boca del estómago, por lo cual ha dejado de comer; se siente mareado y no va a su trabajo; se ha adelgazado, se somete a repetidos exámenes gastro-duodenales, radioscópicos, etc.; pero el fondo de su perturbación es su angustia, su emoción reprimida, y su deseo de descansar a pesar de hacer alarde de ser muy trabajador y haberlo sido realmente hasta la aparición de estos trastornos, que aparentemente contra su voluntad lo tienen fuera del trabajo; pero sin solucionar su angustia.

En cierta ocasión fuí llamado a consulta por un eminente cirujano que había practicado una operación ginecológica a una dama, quien sin más recato lo acusaba de haberle provocado grave daño con la operación, ya que ella se sentía extraordinariamente mal. Este mal consistía en algo indefinido que le subía, sin saber explicar qué, pero con el resultado de un llanto ruidoso y gran desasosiego, obligando a su esposo a permanecer literalmente sentado al borde de la cama todo el día aún a costa de sus ocupaciones. La señora no tenía nada orgánico, pero la operación ginecológica en sí, por la supresión de las hormonas ováricas, se veía como la probable causa del trastorno funcional; y se le habían prescrito dosis apropiadas de foliculina, etc.; sin embargo, está por averiguar que la carencia de estas glándulas produzca intempestivamente un síndrome del tipo del que presentaba esta enferma y sin acompañarse de trastornos propios de menopausa quirúrgica. La explicación del caso se encontró en la descripción más minuciosa que la enferma llegó a dar de sus síntomas. Decía que lo que sentía era simplemente como un espasmo de la vagina, que no podía evitar

y que la llenaba de angustia; se trataba de una persona en la edad en que decaen los atractivos femeninos y se mostraba muy celosa. Su marido, por otra parte, muy impresionado por el estado de la señora, fomentaba su angustia, con la suya propia, como es frecuente, y con la incomprensión que, por desgracia, todavía es tan común en nuestro medio, para la psicoterapia, hizo que no pudiera llevarse a cabo un tratamiento adecuado y perdí de vista el caso.

En este capítulo de trastornos ginecológicos es muy abundante la cosecha en que aparecen trastornos que no pueden explicarse por una lesión orgánica y que se atribuyen ya a una desviación de la matriz, ya a infantilismo, o a insuficiencia ovárica y que manifiestan como característica fundamental psicopatológica el fenómeno de la angustia unas veces, con sexualidad reprimida, otras con una elaboración compleja arraigada en el diseño personal de las reacciones emotivas, por educación, reminiscencias infantiles, por fijación de cauces emocionales, que vuelven a imponerse en una situación o etapa crítica.

Reconozco este fenómeno emocional como uno de los procesos más importantes en la producción de la neurosis, y no sólo de éstas sino también de esos estados indefinidamente neuróticos que corresponden a trastornos funcionales y que quedan demostrados como claramente psicógenos. De estos procesos emocionales debemos señalar como primordial la angustia, que a veces forma, con todo su cortejo, la llamada "neurosis ansiosa o angustiosa" y que otras, está emboscada en los síndromes que se bautizan con las reminiscencias de la propia fijación somática del paciente: astenia neuro-circulatoria, neurastenia sexual, o, para no errarla, la anotan como órgano-neurosis. Creo que es muy cierta la afirmación de Weis y English cuando dicen que "la neurosis de angustia es probablemente la perturbación más frecuente de la vida civilizada". Ahora bien, estos procesos psicopatológicos que acabo de señalar, se encuentran como base de las más variadas sintomatologías y no exclusivamente de las variedades preferentemente señaladas, y ya se comprende la importancia de descubrir estos mecanismos psicógenos para reconocer el valor y el significado de algunos síndromes funcionales y distinguirlos de aquellos que tienen un aspecto definitivamente somático.

Pero he aquí el problema inmediato que suscita nuestra muy particular atención: ¿esos procesos psicopatológicos no conducen en último término a la formación de síndromes definitivamente somáticos? Para muchos padecimientos se han invocado causas psíquicas, como adyuvantes, sin especificar su acción ni aclarar su mecanismo.

Paul D. White señala que “un sistema nervioso hipersensible juega un papel preponderante en la etiología de la angina pectoris. De hecho, algunas veces parece ser responsable al menos en un 90%. Mientras más afectable es el sistema nervioso, más parece llevar a la angina pectoris, el excesivo esfuerzo mental o físico.” Y la hipersensibilidad del sistema nervioso no es otra que la situación emocional, la habilidad para la adaptación ante el estímulo emocional súbito o permanente.

Weiss y English relatan varios casos muy elocuentes en los que se muestra cómo el factor emocional aparece como un elemento capaz de precipitar los síntomas orgánicos cardiovasculares.

En unos casos el paciente tiene una lesión orgánica cardiovascular y se agrava por el fenómeno emocional. En alguno el paciente tiene síntomas funcionales y repetidamente es examinado en el hospital con resultados negativos y electro-cardiograma normal. Se le considera como un neurópata con neurosis angustiosa. Finalmente llega por su pie al hospital con un nuevo ataque angustioso, dolor precordial y las mismas molestias. Esta vez el electro-cardiograma muestra clara evidencia de oclusión coronaria (infarto).

Una enferma diabética, con personalidad psicopática, hiperemotiva, ingresa al hospital y esto constituye un trauma afectivo para ella. No permite que se le vea en la lección de clínica y como la obligan a hacerlo, sufre una emoción violenta, seguida de extremada angustia, palpitación, dolor precordial y excesivas demostraciones de enfado. A pesar de que no se quiere ver en aquello más que una manifestación neurótica, se le hace una exploración cuidadosa y el electro-cardiograma revela infarto del miocardio. Otra paciente hace edema pulmonar como una secuela a sus conflictos emocionales y repite posteriormente el edema con insuficiencia cardíaca.

Por otra parte, numerosos síntomas de aspecto claramente

orgánico desaparecen por la sugestión (muchas veces indirecta, como la presencia del médico deseado). Así se observa aún para la disnea.

La influencia de las emociones en la hipertensión arterial es manifiesta y las mejorías obtenidas por el reposo y la tranquilidad, las señalan Weiss y English como comprobación de su papel etiológico.

La interpretación que se da al factor emocional en relación con la manera de edificarse la personalidad del sujeto, se establece como una necesidad de expresión de su hostilidad y de sus tendencias agresivas. De este modo algunos han pretendido establecer cierta especificidad de diseño emocional en relación con los síntomas de tipo orgánico resultante. Así, la Dra. Flanders Dunbar pretende hacer una distinción entre las modalidades psicopatológicas que se encuentran como base para la aparición de la hipertensión arterial y las que darán origen a enfermedades coronarias.

Analizando los síntomas digestivos, encuentra Alexander (de Chicago) que el diseño emocional que se encuentra en los que sufren enfermedades gastro-intestinales está formado por la regresión al período infantil de aprendizaje para ir al retrete, a lo que para el niño representan sus excreciones, dar, excretar, y lo que significa su alimentación, recibir, ser cobijado, ser amado. La constipación sería una resultante de sus sentimientos de hostilidad y una reacción contra la obligación de dar. En cambio, la necesidad de ser mimado, de ser amado, regresaría al estadio primitivo de ser alimentado y se compensaría en su fracaso o en su insatisfacción por la glotonería o la "gourmandise" y tendría como consecuencia a las úlceras del estómago.

Se supone que la emoción, directamente pueda producir la úlcera del estómago por excitación del hipotálamo. Es sabido que Cushing atribuyó, desde 1932, las lesiones ulcerativas del estómago que se producían con frecuencia en sus operados de tumores de la región hipofisiaria, a lesiones en el hipotálamo. Las investigaciones en monos hechas por Keidl, Hoffs, Beattie, Sheehan y otros parecen demostrar que las lesiones en el túbér producen frecuentemente ulceraciones pilóricas; que la estimulación del túbér en gatos en ayunas, ocasiona aumento de la presión intragás-

trica y de los movimientos del estómago, lo que se abolía al seccionar los vagos; y que la excitación de la parte posterior del hipotálamo trae descenso de la presión intragástrica y abolición total de la movilidad del estómago (Fulton). También se conocen los efectos de la estimulación del hipotálamo sobre la frecuencia del pulso, la tensión arterial, así como sobre el metabolismo del agua, la regulación térmica, etc.; y se ha estudiado el papel de emociones como el miedo, la rabia, u otras, en relación con las funciones del diencefalo, apareciendo entonces una relación ya anteriormente sospechada, de las funciones hipotalámicas con la emoción por una parte y por la otra con las manifestaciones viscerales inmediatas que desencadena y sus consecuencias alejadas.

La perspectiva de estos estudios interesantes ha despertado ya esperanza de crear una explicación generalizada a numerosos cuadros clínicos que se encontrarían entonces enfocados desde distintos ángulos: uno, el aspecto psicológico que mostraría las características de la reacción emocional del sujeto a través de la elaboración de su personalidad, de sus circunstancias de vida, de sus conflictos actuales y de su regresión a estadios primitivos de realización emocional, por inmadurez, por inhabilidad de adaptación o por fenómenos mal conocidos englobados en la depresión mental. En otros ángulos enfocaríamos los aspectos somáticos, la descripción clínica de los síndromes en su correlación con las alteraciones orgánicas y su origen a través de alteraciones funcionales o anatómicas referidas a los centros nerviosos, especialmente a los diencefálicos.

La Dra. Flanders Dunbar dice: "sabemos ahora que los cambios corporales pueden ser producidos por estímulos mentales, por la emoción, tan efectivamente como por bacterias y toxinas, y que los cambios fisiológicos que acompañan a la emoción pueden perturbar la función de cualquier órgano del cuerpo."

Para establecer el material que la soporta, la medicina psicopsomática ha procedido a realizar: a) investigaciones fisiológicas, b) interpretaciones psicoanalíticas o simplemente psicológicas, y c) estadísticas.

La investigación fisiológica, por muy interesante y copiosa que sea, no ha llegado aún a explicar totalmente las correlaciones psicopsomáticas, que permitan afirmar la especificidad de una situa-

ción psicológica para ocasionar la lesión precisa de determinado órgano. En realidad, no sabemos en qué casos, un sujeto con estado angustioso va a hacer de su angustia una hipertensión arterial o una colitis, y por qué mecanismo.

La interpretación psicológica debe ser prudente para no caer en las exageraciones fáciles que han llevado, cuando no al desprestigio, al menos al olvido de tantos otros sistemas explicativos de la patología mental. Se pretende hacer una historia psicodinámica poniendo especial interés en la forma de vida del sujeto, sus relaciones, sus conflictos, y se completa el examen en este sentido con pruebas como el Rorschach con el que se haría el diagnóstico de su personalidad. Después, se tratará de relacionar la enfermedad orgánica que sufre el paciente con las características psicopatológicas y aquí se encuentra el terreno resbaladizo. A propósito de asma y alergia, dos autores ingleses, Allan Brown y Lionel Goltein, (*J. of Nerv. and Ment. D. Dic.* 1943) dan un estudio de 40 casos con estudios clínicos, biotipológicos, psiquiátricos y pruebas asociativas y de Rorschach. Encuentran una variada exhibición de personalidades, estableciendo que el asmático es de disposición ciclotímica, con modalidades paranoides, hostilidad reprimida y tendencia al autocastigo, y establecen una relación entre el tiempo de aparición del ataque y los sentimientos de ira, movilizados, de modo que la libido culpable encuentra satisfacción equivalente.

La Dra. Dunbar, en su estudio de fracturas óseas, encuentra que hay personas que adquieren el hábito de tener accidentes y de éstos, las fracturas óseas. Un caso se refiere a una mujer que salió de su casa para ir a confesarse, pero tenía que decir que usaba contraceptivos, lo cual era embarazoso y constituía un conflicto que no sabía resolver. Entonces, sin saber cómo, se cae y se fractura una pierna, lo que se interpreta como solución de la situación emocional. Naturalmente las interpretaciones psicológicas pueden conducir insensiblemente a extravíos.

Por cuanto hace a las estadísticas, hay que señalar el riesgo que se corre en su manejo. No es mi intención criticar, ni menos desaprobar, el notable trabajo de la Dra. Flanders Dunbar, que penosamente le llevó 12 años y que obtiene conclusiones estadísticas con una técnica perfecta, aún cuando a veces parecen extra-

ñas, como las características psicológicas diferenciales que se encuentran entre quienes sufren infartos de miocardio y quienes se conforman con una fractura de la tibia.

Algo me hace recordar el mordaz comentario de nuestro Eliseo Ramírez cuando decía con su ironía habitual: "La estadística nos demuestra que la mayor parte de los sujetos que tienen hemorragia son hijos de padres que también la tuvieron; por lo tanto, la hemorragia es la más hereditaria de las enfermedades (!)".

Dejando a un lado las exageraciones o las equivocaciones, que nuestros propios deseos de llegar pronto en nuestra ciencia oscura y compleja nos empujan a cometer, reconocemos que el esfuerzo de la medicina psicosomática llena una necesidad en la medicina general. Su importancia se extiende también a ese tercer grupo de hechos que citamos primeramente; los de aquellos enfermos que tienen síntomas funcionales orgánicos, simultáneamente con fenómenos psicopatológicos, y en quienes se descubre una lesión orgánica más o menos oculta y disfrazada o desfigurada. En estos enfermos, neurópatas reconocidos, se pueden presentar los síntomas funcionales de una enfermedad orgánica, de tal forma influenciados por sus reacciones emocionales, que se desconozca el proceso somático. Así, un enfermo tiene un dolor agudo del vientre que no se explica por nada y, como es un angustiado y se trata de un neurópata, se piensa que el síndrome ha de ser de los llamados "nerviosos"; pero una exploración completa hace sospechar la lesión orgánica y la intervención de un cirujano descubre una pancreatitis que se confirma en la operación. En otro caso, un paciente angustiado con dolor de vientre que exige aplicación de enervantes y se vuelve toxicómano, no revela síntomas orgánicos clínicos, ni radiográficos; sin embargo, la operación encuentra una úlcera del estómago que una vez tratada hace posible el destete de la droga y desaparece el dolor angustioso; aunque, por supuesto, persiste su personalidad neuropática y fácilmente podrá tener otras manifestaciones de su angustia. En este caso, como en algunos de los enumerados antes, se podrán hacer conjeturas acerca de si, no habiendo antes la úlcera, cuando sólo había síntomas funcionales y angustia, esta angustia haya influido para que a la postre se forme la lesión del órgano. Pero como quiera que se piense, lo importante es que en estos casos coexisten para

el clínico los fenómenos somáticos y los fenómenos psíquicos patológicos. De aquí que debamos preguntarnos, como lo indican a este respecto Weiss y English, a mi modo de ver con mucho tino; **¿qué tanto es somático y qué tanto es psíquico en el problema clínico que estudiamos?**

En resumen, la medicina psicosomática es una tendencia en la medicina que busca la solución de los problemas clínicos en la correlación de los fenómenos psíquicos con las manifestaciones orgánicas.

Las investigaciones psicopatológicas tratan de hallar la causa del trastorno somático, ya sea como consecuencia directa de una constelación emocional, o ya sea concediéndole a la actividad emocional del sujeto un papel más o menos preponderante en la aparición de dicho trastorno.

La medicina psicosomática no es, pues, sino la aspiración a un estudio clínico integral que dá a la investigación de la personalidad y de las reacciones emocionales, un papel principal.

Dejando a un lado las monografías, los estudios especializados y las investigaciones que este nuevo cauce ha vertido a la medicina, conviene señalar que desde el punto de vista de la clínica general, la medicina psicosomática nos viene a recordar la necesidad de no desdeñar en las exploraciones la personalidad del sujeto, con lo que se comprende la necesidad de restituir al interrogatorio su importantísimo papel, que se desvirtúa considerablemente cuando se delega en segundas manos.

La medicina psicosomática pretende auxiliar a la clínica general para dar una explicación del modo de obrar de aquellas causas adyuvantes que, hasta ahora, siempre se han señalado; pero en términos imprecisos.

Por último, la medicina psicosomática debe verse como un esfuerzo más para orientarnos en el oscuro camino de las neurosis, y si sus tanteos y sus anticipaciones acumulan material inútil, algo quedará que fecunde y viva, así sea para alumbrar fugazmente las verdades, siempre provisionales, de nuestra ciencia.