

LOS SINTOMAS SOMATICOS EN LAS PSICONEUROSIS

Por el Dr. MARIO FUENTES,

académico de número en la Sección de Neurología y Psiquiatría.

Los psiconeuróticos constituyen, en la práctica de la medicina general, un lote de pacientes que demandan asistencia médica con un disfraz sintomático y con una enfatización personal de cada enfermo. La importancia de su estudio deriva desde luego de su frecuencia (un cuarenta o un cincuenta por ciento de los enfermos de toda consulta externa), y también de su peculiar situación clínica: no son suficientemente sanos para que puedan prescindir de una asistencia médica, ni suficientemente enfermos que muestren, las más de las veces, una total incapacidad para la lucha por la vida. El psiconeurótico es, fundamentalmente, una víctima de defectos emocionales, es un frustrado, un inseguro de sí mismo, un inestable emotivo; en sentido metafórico, un parásito de su propia personalidad; menoscabando la expresión cabal de esta personalidad en la lucha con el ambiente, haciendo que el individuo ponga en juego diversos mecanismos de disfraz psicológico, a fin de conservar una apariencia de normalidad en el juego de las interrelaciones con el ambiente.

El neurótico se debate ante la vida muchas veces en forma afanosa y creadora, buscando propósitos de superación, de reafirmación de su propia personalidad. Otras veces, el psiconeurótico vive en conflicto consigo mismo, debatiéndose en su propia personalidad, a fin de realizar las metas usuales del ambiente social. Los recursos o los mecanismos que emplea en estos conflictos son complejos y siempre disfrazados, cayendo en evidentes manifestaciones de enfermedad que no llegan a ser confesables sino en los extremos del sufrimiento subjetivo. Ante todo, el neurótico es un enfermo que esconde o disfraza su enfermedad; la personalidad es una especie de tabú que ha de ser respetada en su expresión de aparente nor-

malidad, y pone en juego los recursos de máxima integración a fin de mostrarla normal.

Quede entendido, por tanto, que el neurótico existe en la masa de los "normales", sólo que todavía con la habilidad defensiva ante el semejante, que biológicamente es su rival. En este estadio, la neurosis puede ser considerada como una simple reacción de la personalidad, como una lucha en segundo frente ante los obstáculos vitales. Pero en esta actitud de constante esfuerzo ante la vida, caen las defensas de los primeros y segundos y demás frentes de la profundidad, hasta hacer surgir mecanismos más elementales, primarios, que expresan un sufrimiento indisfrazable de la personalidad: el neurótico es ahora un enfermo que expresa sus síntomas con diferentes aspectos sintomáticos. Ingresa al lote de los psiconeuróticos o de las neurosis severas, con expresiones clínicas variadísimas, cuyo análisis interesa al médico general así como al psiquiatra, especialmente en el estudio de los dinamismos o en la genética de los síntomas.

Diremos todavía, antes de entrar al análisis de las manifestaciones sintomáticas, que el psiconeurótico pugnará siempre por manifestar una actitud defensiva, haciendo recaer la formación de sus síntomas, primero y predominantemente, y a veces obstinadamente, en los *somáticos* y no aceptar, sino por el análisis profundo, el origen emocional, el origen psicológico, el defecto en la personalidad de su sintomatología, mostrando esta necesidad biológica de conservar el tabú de la personalidad normal. Aún en los casos de extrema alteración de la personalidad, como en las psicosis, el enfermo mental se resiste a reconocerse como tal, más que por incapacidad parece que en defensa, aunque ya residual, de un instinto que podríamos llamar de defensa de la personalidad psicológica.

Aspectos subjetivos de los síntomas psiconeuróticos

Confrontando la actitud ante la enfermedad de los neuróticos (emplearemos los términos neuróticos o psiconeuróticos indistintamente, en vista de su diferencia cuantitativa), con la actitud del enfermo "orgánico" ante su enfermedad también, se advierte en los primeros, un predominio de la *subjetividad*, que se traduce por un estado psicológico de "hiper-concienciación" de sí mismo. En otros términos:

1º—El psiconeurótico concentra exageradamente su atención en su sintomatología subjetiva.

2º—A consecuencia de esta situación de excesiva concienciación, existe una demanda insaciable de ser asistido.

3º—Comúnmente exige una asistencia "autodirigida", tratando de imponer al propio médico los caminos a seguir para el conocimiento y tratamiento de sus síntomas.

4º—El psiconeurótico busca, consciente o subconscientemente, la confirmación de un padecimiento *somático*, médico o quirúrgico, y su mayor aspiración, en la mayoría de los casos, está en ser tratado con los recursos habituales de la medicina o de la cirugía.

5º—Existe una gran volubilidad en la expresión sintomática, alternando en forma irregular estadios de sufrimiento sintomático con remansos de gran quietud subjetiva, que hace pensar al neurótico que sus síntomas están curados, para decepcionarse nuevamente con la reaparición sintomática.

6º—En la mayor parte de los enfermos neuróticos son dominantes los trastornos emocionales: unas veces es una gran habilidad emocional, que se exterioriza cuando se tocan situaciones afectivas penosas para la personalidad; otras veces es un fondo de ansiedad, de intensidad variable, que se expresa en forma de un estado de angustia difusa o bien en forma circunscrita de fobias, de obsesiones o de pánico.

7º—Es muy común que todas estas características subjetivas del neurótico se acompañen de una conducta "regresiva" de la personalidad: generalmente hay una especie de infantilización de la conducta, descendiendo a niveles de inmadurez, que reclama una protección afectiva ilimitada. Esta demanda afectiva de apoyo o de seguridad se exige del ambiente familiar o del propio médico, hacia el cual puede haber una fijación afectiva tan intensa que muchas veces compromete la relación médico-enfermo, que siempre ha de conservarse en un plano constructivo para el enfermo, buscando su propia seguridad y encaminándolo para que logre su autonomía normal. Es bien conocida la fijación afectiva, por una necesidad neurótica de dependencia, de mujeres neuróticas y aún de hombres neuróticos, hacia el médico, y de médicos o psiquiatras de personalidad también neurótica o inmadura, que halagan sus necesidades narcisistas consintiendo

en estas fijaciones, que no constituyen formas de afecto maduras sino necesidades neuróticas de protección.

El estudio profundo o analítico de la personalidad en cada caso, mostrará la dinámica de estas fijaciones y servirá, desde un punto de vista psicológico, para enjuiciar el carácter neurótico de la sintomatología subjetiva y eliminar padecimientos predominantemente orgánicos o somáticos.

Finalmente diremos que los síntomas subjetivos, aún con las características señaladas, no constituyen por sí mismos una base suficiente para acreditar como neurótica una sintomatología determinada. Conviene tener presente que en muchos padecimientos estrictamente orgánicos, los síntomas subjetivos son preeminentes, o bien que aquellos se acompañan de formas de reacción neurótica de la personalidad, motivadas por el padecimiento físico.

En toda la patología debe tenerse en cuenta la posibilidad de una doble corriente sintomática: la realmente orgánica y la realmente psicológica, que nunca serán independientes y que muchas veces constituyen formaciones mixtas para cuya aclaración patogénica se necesita de la cooperación conjunta psiquiatra-médico. De cualquier manera, el estudio de los aspectos subjetivos de la sintomatología y las diversas reacciones de la personalidad, sirven para orientar hacia la génesis de los trastornos.

Aspectos objetivos de los síntomas psiconeuróticos

Los trastornos emocionales pueden afectar a la personalidad en grados diferentes, produciendo desde pequeñas reacciones neuróticas transitorias hasta severos desarreglos de la conducta, cuya diferenciación con la psicosis es difícil. Pueden también los trastornos emocionales expresarse predominantemente con sintomatología, dando las clásicas formas de neurosis o psiconeurosis: histeria, psicastenia, ansiedad o formas mixtas. Pero hay casos del más alto interés para la medicina general, en los que los desarreglos emocionales pueden expresarse somáticamente, originando diversos trastornos funcionales, dando origen a diversos cuadros de paralelismo sintomático con los diversos cuadros orgánicos conocidos: no hay vísceras del organismo, no hay sistemas funcionales, no hay funciones sensoriales, que escapen a las influencias emocionales y que no se expresen patológicamente, con su propia sintomatología, originados por mecanismos neuróticos. El psiquismo mismo, predominantemente, sufre la influencia traumática de las emociones, originándose cuadros de lo más

interesantes, que indican un proceso de disociación mental, como ocurre en los estados psíquicos de la histeria, como la amnesia histérica, la despersonalización histérica, los estados de irrealidad y de doble y aún múltiple personalidad histérica. Todos estos estados son simples variantes cuantitativas del proceso disociativo provocado por los desarreglos emocionales, los cuales pueden provocar también hasta estados psicóticos histéricos, como la confusión mental emotiva, los estados de estupor histérico y numerosos cuadros psiquiátricos diversos.

En el estudio de estas influencias emocionales traumatizantes e intolerables para la personalidad, vemos que el propio psiquismo es directamente influenciado por aquellas. Pero también las funciones neurológicas propiamente se disocian y se desconectan, dando una sintomatología de aspecto orgánico, como ocurre con las variadísimas formas de histeria de conversión, en donde las parálisis, las astasias, las afasias, las anestias, las algias, etc., no son más que expresiones somáticas de una génesis psicológica.

Ya la neurología clásica y moderna han recogido suficiente experiencia para identificar estas formas somáticas de repercusión neurológica de los cuadros originalmente orgánicos, y de paso diremos que no existe experiencia neurológica suficiente que llegue a evitar la confusión de algunos cuadros psicogénicos con los auténticamente "orgánicos"; tal es la similitud de su sintomatología en algunos casos.

El esfuerzo que la neurología ha venido haciendo para identificar estos cuadros conversivos por repercusión sobre el propio sistema nervioso, es el mismo que están siguiendo y han de seguir los diversos especialistas en sus propios sectores: es el cardiólogo con sus exhaustivos recursos de exploración, el que ha de identificar aquellas características funcionales que discrepan en algo de las que habitualmente encuentra en el estudio ordinario de sus casos "orgánicos"; es el especialista del aparato digestivo, el que va encontrando estas mismas discrepancias y las peculiaridades que lo emocional imprime a la sintomatología digestiva; es el oculista, el que ha de darse cuenta de las peculiaridades de un campo visual para suponerlo histérico, de las amaurosis emocionales o histéricas, de la repercusión de las emociones sobre la marcha del glaucoma o de la retinopatía angioespasmódica; es el otólogo, el que se dará cuenta de las características de una hipoacusia o de una sordera histérica y de otros muchos síntomas subjetivos que aparecen en este órgano sensorial, sobre el cual las emociones tienen una interesante repercusión. Es a cada uno de los especialistas a

quien está encomendada la tarea de identificación, y de precisión en muchos casos, de la naturaleza emocional de los síntomas.

Hay que reconocer que la medicina psicosomática no es incumbencia sólo del psiquiatra, sino quizá principalmente del internista y del médico y del cirujano: cada uno de ellos va acumulando experiencia propia ante algún hecho singular de su práctica y se plantea a sí mismo la posibilidad de que se trate de un caso "de histeria", de un caso psicogénico o de un caso psicosomático, como ya se estilaba ahora felizmente, para llegar a una más auténtica realidad clínica que reconozca la dualidad psíquica y orgánica de las causas de los síntomas; dualidad que, con ser tan antigua, es casi una nueva verdad a la luz de los progresos actuales de la psicología médica y de la medicina general.

Para completar nuestra reflexión sobre las expresiones somáticas o pseudo-orgánicas de los síntomas neuróticos, diremos que es al internista al que incumbe la labor de identificación y peculiaridad del síntoma o del cuadro, y es al psiquiatra al que corresponde la ratificación y la explicación genética de la perturbación, así como el control y tratamiento que en comprensiva colaboración han de tratar no sólo una disfunción o un padecimiento psicogénico, sino a la personalidad en su totalidad.

Repercusión sintomática de las emociones

Hemos señalado, y es de la experiencia nuestra, la repercusión de las emociones o de los conflictos de la personalidad en su más amplio sentido, sobre el propio psiquismo y aún sobre las funciones de integración neurológica. Queremos señalar ahora que sólo en forma artificiosa, como ocurre atendiendo a necesidades didácticas, se admite esta circunscripción de los efectos emocionales sobre el psiquismo y sobre lo neurológico. La realidad es otra; las emociones pueden alterar, dando expresiones patológicas a todo el organismo, pero siempre con determinada acentuación sintomática sobre algunos órganos, sistemas o funciones. En vista de esta electividad en la repercusión, han surgido al lado de las neurosis conversivas (histeria de conversión) formas de neurosis vegetativas, órgano-neurosis o de somatización visceral. Para acentuar simplemente esta especificación, pero no exclusividad de las emociones sobre los distintos aparatos o sistemas, se reconocen, por ejemplo, las llamadas reacciones psicogénicas gastrointestinales; las reacciones psicogénicas cardiovasculares;

reacciones psicogénicas cutáneas, alérgicas, genito-urinarias; reacciones psicogénicas respiratorias, neuromusculares, etc., etc.

La explicación del por qué de las numerosas variantes de expresión somática de estas alteraciones psicogénicas, está aún dentro del campo de las teorías o de las hipótesis que satisfacen transitoriamente nuestra necesidad de conocer una patogénesis. Independientemente de los conceptos de herencia, de constitución, de predisposición, que en estos aspectos resultan vagos o imprecisos, sin desconocer su importancia, hay autores como Weiss y English que toman en cuenta las influencias intrauterinas, los diversos sufrimientos fetales, las diversas experiencias infantiles, los factores ambientales, como factores que pueden influir en el establecimiento previo de canales de somatización de las emociones hacia determinados órganos, reaccionando éstos con patrones de preformación. Para estos autores existe simbólicamente "un lenguaje de los órganos", que expresa una determinada orientación de las emociones a través de síntomas que obedecen a una significación.

Así, por ejemplo, las náuseas, vómitos o diarrea que ocurren como expresión de tensiones emocionales, pueden ser la expresión de sentimientos de culpabilidad, cuya eliminación se impone por intolerantes a la personalidad. Los vómitos psicógenos del embarazo pueden estar ligados a una actitud de intolerancia o falta de aceptación de la madre del embarazo (resistencia a la maternidad). El asma constituiría un llanto simbólico. Algunas enfermedades de la piel pueden ser la expresión simbólica de un sentimiento de autocastigo. Los vómitos psíquicos de los niños tienen obviamente una significación de rebeldía ante la coerción materna y constituyen un recurso de defensa o de hostilidad ante el ambiente coercitivo, estableciéndose patrones que surgirán fácilmente en el futuro como electiva reacción psicogénica.

El Doctor I. Hendrick, psicoanalista y psiquiatra, da una explicación menos psicológica y quizá más interesante, para explicar esta electividad de la somatización emocional en ciertos órganos. Su hipótesis dice que la "elección" en un órgano o sistema es el resultado de "*un infantilismo fisiológico*" o de un estado de inmadurez del proceso homeostático de ese órgano o sistema. Esta hipótesis está basada sobre la observación de que, en la infancia, la alteración de los procesos de homeostasis se hace en forma desproporcionada. Así, por ejemplo, el proceso de regulación de la temperatura en un recién nacido o prematuro, es pobre o está ausente por completo. En el recién nacido de más edad o en niños, las alteraciones de temperatura producidas por un proceso infeccioso son desproporcionadas en relación

con las producidas por estos mismos procesos en niños de más edad o adultos. Lo mismo ocurre con las reacciones leucocitarias, que son más acentuadas en los niños que en los adultos. Es común observar, dice Hendrick, las reacciones gástricas, en forma de vómitos, en los niños de edad escolar, cuando tienen diversas impresiones. La reacción gástrica expresa en ellos un estado depresivo, lo que en la vida adulta ya no se expresa por síntomas gástricos, sino por una auténtica reacción depresiva. El estudio electroencefalográfico de los niños muestra ondas inestables, al contrario de la estabilidad de estos trazos en el adulto; y con frecuencia en el niño normal hay ondas eléctricas que podrían ser las de un adulto epiléptico.

Su hipótesis, en resumen, consiste en que los padecimientos psicósomáticos tienen como base una labilidad fisiológica del sistema nervioso autónomo, que normalmente se encuentra en un nivel de inmadurez y que este hecho puede ser considerado como otro aspecto de regresión o de fijación infantil, fenómeno que es bastante familiar en la personalidad del psiconeurótico.

La hipótesis de la somatización electiva de las emociones debe ser referida, según Hendrick, "al principio del infantilismo fisiológico y como una tendencia a descargar el conflicto psicológico en aquellos órganos en los que existe una labilidad fisiológica por una inmadurez fijada o que se restablece fácilmente por el conflicto emocional".

A propósito de los síntomas somáticos de las psiconeurosis, diremos que éstos se expresan con tal similitud a los síntomas "orgánicos", que en muchos casos se requiere todo un esfuerzo de investigación etiológica para llegar a la inobjetividad de las causas. Este es el camino seguido habitualmente por la medicina general y que conduce al diagnóstico por eliminación. Hasta agotar la posibilidad de un hallazgo "orgánico", el médico se resuelve a considerar el caso o el síntoma como posiblemente psicogénico. De todas maneras este curso del estudio clínico me parece útil, ya que el propio psiquiatra, en muchos casos, habrá de recorrerlos en sentido inverso, estudiando primero la posibilidad psicogénica, pero sin dejar de requerir el complemento de un buen estudio somático. El recorrido crucial de estas dos actitudes nos parece la más fructífera y señala una vez más la importancia de la doble actitud diagnóstica.

Otra característica de los síntomas somáticos psiconeuróticos es su discrepancia con los cuadros habituales de la patología orgánica; podrían ser considerados como caricaturas de los cuadros de la patología. En la neurología, por ejemplo, las expresiones somáticas de la histeria, siempre dis-

crepan de los síntomas neurológicos orgánicos, en que "se aproximan a ellos pero sin llegar a ser exactamente iguales"; encierran algunos aspectos caprichosos y cierta inestabilidad; muestran cierto dinamismo y cambiabilidad, aspecto que no se ve habitualmente en la evolución del síntoma orgánico, que parece más estático.

Los síntomas somáticos psiconeuróticos presentan variaciones en relación con estímulos emocionales; se acompañan de grandes alteraciones neurovegetativas, síntomas de simpaticotonía, de vagotonía o síntomas neurovegetativos intrincados, con derivaciones predominantes hacia algún aparato o sistema y, como denominador común, un estado de ansiedad cuantitativamente variable, desde los simples sentimientos de inseguridad hasta los estados de pánico.

En el balance de si un síntoma somático es neurótico u orgánico, se debe juzgar en relación con la impresión de amenaza vital con que se muestra el neurótico ante la enfermedad; la intolerancia subjetiva es desproporcionada y está en relación con la intolerancia de la personalidad, no ante el síntoma en sí, sino ante los propios impulsos o conflictos emocionales que lo determinan. En los síntomas somáticos, hay un tanto de teatralización de la conducta y aún dramatización de la enfermedad.

Finalmente, los síntomas somáticos psiconeuróticos reclaman un "approche" psicológico: tratar de entender al enfermo no tan unilateralmente, buscando en su organismo la expresión de algún cuadro de la patología somaticista, sino acercándolo confidencialmente al médico para entrar en los móviles secretos de la personalidad, que se reviste de una expresión somática para encubrir, inútilmente, un sufrimiento psicológico. Esta actitud médica es la que vendrá a identificar al síntoma en su verdadera génesis.

OBRAS QUE PUEDEN SER CONSULTADAS

1. *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*, by **Flanders Dunbar**, M. D. (The C. V. Mosby Company. St. Louis, 1948).
2. *Psychosomatic Medicine*. Journal, No. 1, Vol. XI, 1949.
3. *Psychiatry and the War*, by **Frank J. Sladen**, M. D. (Charles C. Thomas, Publisher. Baltimore, 1942).
4. *Nervousness, Indigestion and Pain*, by **Walter C. Alvarez**, M. D. (Paul B. Hoeber, Inc. 1943).