

## LAS PSICONEUROSIS Y LA MEDICINA PSICOSOMATICA

Por el Dr. MANUEL GUEVARA OROPESA,  
académico de número de la Sección de Neurología y Psiquiatría.

Las psiconeurosis son trastornos funcionales que se manifiestan en forma tan variada y difícil de clasificar, que este grupo de padecimientos ha sido en la historia de la medicina, ya el cesto de los papeles donde se arroja todo lo que nos estorba, ya el lugar mágico en donde está guardado lo que no nos podemos explicar. Al mismo tiempo resulta el grupo de padecimientos más antiguamente señalado. El nombre que ha dominado en este grupo ha sido el de la histeria con todos sus equívocos, hasta el grado de que por mucho tiempo la medicina sería, para guardar su compostura, no se ocupó más de ella.

Pero no por eso dejaban de existir trastornos extraños, indefinidos, y pudiéramos decir, insubstanciales que de algún modo tenían que ser llamados; por lo que se volvió a hablar de las neurosis y dentro de ellas resucitó la histeria. Otros nombres fueron la moda de un día. Babinsky, huyendo de la mala fama de aquella entidad, creó la palabra pitiatismo y todo lo histérico fué pitiatíco. Ni su teoría ni su vocablo tuvieron fortuna y cayeron en el olvido. Una vez me confiaba el maestro Pierre Janet, que su designación de psicasteria para ese gran síndrome que nos legó, no era en realidad sino la palabra con que hizo abstraer de la histeria un grupo de manifestaciones que él creía poder agrupar más lógicamente con un concepto nuevo.

Desde entonces, volvemos a usar el nombre de la histeria en condiciones más precisas que el psico-análisis vino a cristalizar con una concepción psico-dinámica, en la formación de los síntomas de todas las enfermedades que conocemos como psiconeurosis y para ciertas psicosis. La histeria fué calificada según el mecanismo que operaba en la producción de

los síntomas, como histeria conversiva, e histeria de angustia. A la psicastenia de Janet, le llaman los psico-analistas psiconeurosis compulsiva.

El término de neurosis se ha sustituido por el más largo y más convencional de psico-neurosis; aunque todavía usamos el primero con la misma significación, sin atenernos, como antaño, a una distinción patogénica, ya que para todo el grupo de psiconeurosis se acepta la interpretación psico-genética.

Recordemos brevemente los mecanismos psico-dinámicos que se consideran como productores de las psiconeurosis según la interpretación del psico-análisis.

Un conflicto que no ha sido debidamente superado provoca un traumatismo afectivo. Se produce una regresión hasta períodos infantiles de la vida psíquica y se reproducen los conflictos de esa época que fueron duramente reprimidos y se encuentran en el inconsciente, formando los complejos, de los cuales los más señalados son los complejos de Edipo, y demás situaciones parentales. Al resurgir estos complejos intolerables para la conciencia, se producen transformaciones que les disfrazan y se obtiene entonces una satisfacción de deseos o de inclinaciones en forma simbólica que de otro modo sería inadmisibile. El disfraz o el simbolismo de estas inclinaciones, tendencias o deseos, viene a ser precisamente el conjunto de síntomas que aparecen en las psico-neurosis.

De aquí que la inclinación infantil hacia el padre o hacia la madre lleve a una satisfacción que en su metamorfosis necesaria para ser aceptada por la conciencia, aparece como una parálisis, como vómitos incoercibles, como un estado de angustia, etc. Otras veces es más próximo el conflicto sin llegar a las tiranías de la vida infantil. Por ejemplo, en las neurosis de guerra: un individuo después de un bombardeo queda mudo, sin haber recibido ninguna herida. Esto fué muy frecuente en los combatientes de la primera guerra mundial y en las víctimas militares y civiles de la última. Después de los esfuerzos terapéuticos adecuados, que no son exactamente las técnicas del psico-análisis, sino otras como el narco-análisis o el electro-schock, el sujeto recupera su función, perdida o más bien sustraída a su conciencia por una inhibición que no sabemos exactamente de qué naturaleza es.

Freud pretende agrupar las psiconeurosis en tres grupos: 1º Aquellas que representan un conflicto entre el ego o sea la parte consciente de la personalidad, con el ello, que es la parte antigua inconsciente y donde se guarda todo el material instintivo reprimido.

El 2º grupo estaría formado por los casos en que hay un conflicto entre el ego (parte consciente de la personalidad) y el super-ego (la parte de la personalidad que es consciente en cierta medida e inconsciente en otra, que se avoca a la censura de los actos y comprende los anhelos elevados del hombre y la sublimación de sus tendencias).

Un 3er. grupo comprendería los conflictos entre el ego (yo consciente) y la realidad.

En el primer grupo, se colocan las llamadas psiconeurosis de transferencia, o sea las histerias conversivas y de angustia, así como los demás estados de ansiedad.

Al segundo grupo pertenecen las psiconeurosis narcisistas y entrarían en él un síndrome calificado como neurastenia y algunos estados compulsivos. El tercer grupo se reservaría a las psicosis.

Sin discutir ni criticar en esta ocasión el psico-análisis, ni sus métodos, ni sus resultados, conviene señalar las ventajas que su lenguaje ha traído a la psiquiatría y especialmente para la comprensión del grupo de psiconeurosis al que se llama de transferencia, es decir, las histerias conversiva y de angustia.

Las manifestaciones de estas psiconeurosis se proyectan sobre los órganos y sobre las funciones en todo el organismo, en formas a veces muy extrañas y desconcertantes. Otras veces tienen gran semejanza con las perturbaciones que dichos órganos o funciones presentan cuando se trata de un cuadro producido por alteración anatómo-patológica o fisiopatológica.

Son estos casos los que nos interesa estudiar ahora por su relación con la Medicina psicósomática. Si analizamos los síntomas de las histerias conversivas y de angustia, encontramos una serie de casos en los cuales aparecen manifestaciones que se refieren a trastornos funcionales de los diversos aparatos y sistemas. Así encontramos las perturbaciones digestivas, que pueden ir desde los vómitos incoercibles hasta colitis con caracteres más claramente orgánicos. En un trabajo anterior sobre la Medicina psicósomática que presenté a la consideración de esta H. Academia en 1945 y al que tendré que referirme a menudo, citaba el caso de un enfermo que se quejaba de molestias digestivas más bien estrambóticas: sentía un piquetito que le subía 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 adelgazó, se sometió a repetidos exámenes gastro-duodenales, y radioscópicos; y, por supuesto, sin conse-

guir ningún alivio porque el diagnóstico enfocado a un padecimiento gastro-intestinal no podía confirmarse. Al estudiar su caso más detenidamente, observando las reacciones emocionales del sujeto, encontré que el fondo de su trastorno era su angustia y los síntomas que manifestaba eran la expresión de una histeria conversiva. Hay que hacer notar que el análisis de los síntomas que el enfermo presenta como digestivos es el que lleva al conocimiento de un estado emocional patológico y que, en realidad, no es más que la apreciación subjetiva del paciente la que hace pensar erróneamente en un padecimiento gastro-intestinal. Sobre esto quiero insistir, porque me parece importante esta distinción. Una es la forma clínica en que hay una apreciación subjetiva del enfermo, quien orienta su propio diagnóstico hacia determinado órgano, y otra es la manifestación clínica de carácter funcional sobre un órgano, aparato o función de origen emocional y fijada allí por el proceso psico-dinámico de la histeria conversiva (en los casos explicables por el psico-análisis), o bien por otro mecanismo psico-dinámico más recóndito que hasta la fecha no hemos dilucidado.

En el primer caso tenemos todas las fijaciones de la angustia hacia órganos o funciones, en las que el enfermo ha puesto vital interés y por lo tanto ha "convertido" en punto álgido de su angustia. En estos casos el enfermo lleva la iniciativa en el diagnóstico y con palabras que escucha en sus primeras consultas con el médico que lo atiende o con el especialista que él ha escogido y que tiene que ser, por supuesto, de la especialidad que él ha imaginado como la de su enfermedad; tiene ya una forma de expresarse que fija no sólo en su expresión emocional, sino también en su forma conceptual, el diagnóstico que él pretende que se le haga.

Un enfermo llega a mi consulta quejándose de una disnea (él emplea esta palabra) que no sabe a qué atribuir, porque ha pensado que sea de origen cardíaco y le han dicho que no tiene nada en el corazón y el especialista de pulmones no encontró nada en su aparato respiratorio.

Después de escuchar su relato y su auto-diagnóstico, analizamos el síntoma. Resulta que la disnea es un miedo terrible a morir porque cree que tal vez llegue un momento en que él no podrá respirar, que ha notado que no respira hondo —(suspiro)— sino muy de vez en cuando y "tal vez para la aereación del pulmón sea necesario suspigar más a menudo"; y como está pendiente de hacerlo y no considera llevarlo a efecto con suficiente frecuencia, cree estar expuesto a morir, por lo que abandona el trabajo, etc. Como se ve, no hay tal disnea, sino una fijación de la angustia a la función respiratoria y un malestar que no tiene propiamente

relación con esta función ni la altera fundamentalmente. Otro tanto ocurre con los enfermos del aparato cardio-vascular. Una persona se queja de que está enferma del corazón. Tiene sensaciones curiosas, algo le sube hasta la garganta, tiene impresión de un chorrito de agua en la región precordial y siente un miedo terrible a morir. Este caso, de los que hay muy a menudo, es también una fijación de la angustia sobre una función; pero sin que esta función esté propiamente alterada. El caso de estos falsos cardíacos es quizá de los más importantes porque en ellos es donde puede más fácilmente equivocarse un diagnóstico en un sentido o en otro. En mi trabajo ya citado, señalo algún caso relatado por Weiss y English de un enfermo con síntomas de este tipo a quien se examina repetidamente en el hospital, con resultados negativos y electrocardiograma normal. Después de varias ocasiones en que se le ha hecho diagnóstico de neurosis angustiosa, vuelve otra más al hospital por su propio pie y con las mismas molestias. Esta vez el electrocardiograma da clara evidencia de una oclusión coronaria.

Las manifestaciones subjetivas de la angina de pecho son tan difíciles de comprobar y tienen tales variaciones que con razón en muchos casos ambos especialistas dudan. El cardiólogo, porque no puede afirmar que su paciente es un cardíaco. El neuropsiquiatra, porque teme dar un pronóstico benigno a un enfermo que quizá pueda morir en otro acceso.

Pero estos casos son los que colindan con los que consideraré más adelante, en relación con los síntomas más claramente somáticos.

Los enfermos que he descrito tienen simplemente una psiconeurosis cuya sintomatología subjetiva presentan ellos mismos fijada a determinada función u órgano; pero estos no están alterados. Aunque aparentemente se presenten como cardíacos, no son cardíacos y no había por qué señalarlos como falsos cardíacos, ni menos con neurosis cardíaca. Son sólo y exclusivamente psico-neuróticos con una fijación de su angustia en su concepto particular de aparato cardio-vascular. Del mismo modo, cuando el sujeto fija su angustia en su aparato digestivo no puede decirse que sea un falso colítico o que tenga una dispepsia nerviosa, sino que fijó su angustia en estas funciones digestivas de acuerdo con sus conceptos personales de aparato digestivo. Y en estos conceptos personales, interviene para algunos de ellos, la elaboración psico-analítica con su bagaje de vivencias infantiles, de recuerdos acerca de las experiencias emocionales y de las tendencias e inclinaciones que las acompañaron.

Debo señalar que en mi experiencia, que me hace juzgar el psicoanálisis después de 25 años de observación frecuente, no encuentro que para todos los casos se pueda llegar a los complejos infantiles, ni que el simple hecho de encontrarlos dé por terminada la angustia del enfermo. Cosa que señalaba yo en mi tesis sobre psicoanálisis al decir que: "El análisis lleva a la conciencia un material subconsciente que estaba ignorado u olvidado y que provoca el conflicto; pero esto no basta; puede conocerse la interpretación del síntoma con toda su significación y, sin embargo, seguirse manifestando aunque en estas circunstancias la significación sea consciente. Es porque, además del conocimiento del proceso subconsciente, es necesario saber orientar la conducta en tal sentido que el conflicto quede resuelto. Cuando dicha conducta es encontrada por el paciente mismo la curación es inmediata, si se decide a hacer un esfuerzo de su voluntad, porque si no, hay que mostrarle el camino que debe seguir haciendo verdaderas voliciones, es decir, actos en que tenga que abandonar determinada senda y seguir por otra, y esto no se consigue teniendo simplemente a la vista los escollos con que se ha tropezado, que es lo que hace el psicoanálisis: es preciso sortearlos" (Psicoanálisis. 1923). Después, he encontrado que en los casos muy seleccionados en que el psicoanálisis tiene utilidad terapéutica, el enfermo se encuentra ante una serie de vivencias infantiles, a las que debe en su mayor parte su desviación emocional; pero tiene que aprender a enderezar esa desviación recordando y analizando constantemente sus vivencias y poniendo en juego los medios necesarios para romper los hábitos adquiridos, los que no desaparecen con el solo hecho de conocer esas vivencias que han perturbado el desarrollo emocional de su personalidad.

Volviendo a las manifestaciones somáticas de las psiconeurosis nos encontramos con enfermos que tienen perturbaciones funcionales, evidentemente somáticas, y para las cuales no hay explicación más que en la influencia vaga y mal definida de fenómenos nerviosos. Aquí se encuentran esos casos de enfermos cardio-vasculares a que hacía mención anteriormente y, posiblemente, la mayor parte de los que son diagnosticados como sufriendo astenia neuro-circulatoria; también se agrupan aquí muchos dispépticos y colíticos, algunas enfermas con dismenorrea, enfermos que sufren dolores de cabeza que no se pueden atribuir a alguna causa; trastornos alérgicos, etc., etc. El análisis cuidadoso de estos enfermos revela una personalidad anormal, por reacciones emocionales defectuosas, por una integración anormal que produce inmadurez, regresiones infanti-

les, conflictos de los que hemos visto que el psico-análisis encuentra en el dinamismo de las psiconeurosis. En estas circunstancias, el estudio psicológico del sujeto muestra que se trata de un psico-neurótico; el examen somático no acusa todavía alteración anatómica de sus órganos o sistema; no hay electro-cardiograma anormal; no hay úlcera del estómago, no hay quistes del ovario, etc.; pero sí manifiesta trastornos funcionales somáticos. Puede encontrarse un espasmo del esófago que se descubre con la papilla opaca; se encuentran evacuaciones con tránsito rápido; las fechas de las reglas se hacen irregulares y la menstruación anormal. Hay, pues, un cuadro clínico somático en una personalidad anormal con psiconeurosis.

El problema de la relación entre unos y otros fenómenos es de la mayor importancia. Ya no se trata de fenómenos solamente subjetivos elaborados y expresados según un criterio personal del enfermo, proyectado sobre un órgano o una función, sino de la modificación de esa función por mecanismos psico-dinámicos que tienen de común la anormalidad en la expresión emocional. Subsecuentemente se puede encontrar y es casi la regla que se encuentre una fijación angustiosa sobre esta función perturbada, lo que viene a obscurecer y a embrollar más tanto la sintomatología como su interpretación. Así el enfermo que tiene un espasmo del esófago de origen psico-neurótico tiene un estado angustioso que lo hace sentirse cardíaco con todas las consecuencias señaladas. Ahora bien, el propio espasmo puede considerarse como la conversión inconsciente de las emociones o tendencias reprimidas, que se transforman en un síntoma histérico, y la angustia y la elaboración de los demás síntomas subjetivos serán entonces una manera de realizar un propósito inconsciente a través de la enfermedad. Las funciones somáticas aparecen más claramente alteradas por una elaboración psico-dinámica. Para estos casos, como lo hacen resaltar con mucha razón, a mi juicio, los Dres. English y Weiss, hay que discernir qué tanto es somático y qué tanto es psíquico, y entonces ver si lo somático puede explicarse por un proceso independiente o si está en relación con los mismos procesos psico-neuróticos. En este último caso, el diagnóstico y el tratamiento estarán completos solamente cuando se haya conocido la personalidad psico-neurótica del sujeto, pues de otra manera, los síntomas somáticos aparecen aislados, inexplicables, obstinadamente rebeldes.

De aquí la importancia de recurrir al conocimiento de las características psico-neuróticas del sujeto, cualquiera que sea el padecimiento que sufre, para analizar, interpretar y valorizar sus síntomas somáticos.

Admitimos, pues, que las funciones orgánicas son modificadas por fenómenos psíquicos, lo que indudablemente ha sido observado por la medicina desde tiempos bastante lejanos, pero en el estado actual de nuestros conocimientos, esta relación cobra un nuevo interés al enfocar su estudio con aspectos nuevos.

La interpretación psico-dinámica tiende a establecer cual ha sido el diseño emocional que ha producido los síntomas somáticos, y en este camino el psico-análisis busca las características de la personalidad que corresponden especialmente a cierto tipo de reacción somática. Es indudable que este recurso ha llevado a exageraciones lamentables y a conclusiones tal vez ridículas, pero así ocurre en todas las investigaciones, especialmente en el campo psicológico en donde la comprobación de la verdad es muy difícil.

Alexander pretende que los que sufren enfermedades gastro-intestinales tienen una regresión al período infantil de aprendizaje para ir al retrete, esto es, a lo que para el niño representa 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 estado primitivo de ser alimentado y le compensaría en su fracaso o en su insatisfacción, por la glotonería, y tendría como consecuencia las úlceras del estómago.

La Dra. Dunbar, muy seriamente, encuentra rasgos específicos en la personalidad de quienes sufren infartos del miocardio y de quienes tienen fracturas de la tibia.

El estudio de estas relaciones, sin ir a dar en los dominios de la fantasía, ha dado ventajosas enseñanzas.

Por otra parte, se busca el mecanismo de producción de las alteraciones de las funciones somáticas, por las alteraciones que las emociones pueden producir en centros nerviosos, especialmente hipotalámicos. Es sabido desde los estudios de Cannon, cómo la emoción modifica funciones cuya regulación se encuentra en los centros diencefálicos. Cushing descubrió que la excitación de alguna parte del tallo pituitario producía úlcera aguda del estómago, y después de él, otros investigadores estudian la presión intragástrica y los movimientos del estómago en relación con la

estimulación del tuber cinereum; lo que hace, por lo menos, suponer que la patología de la emoción puede a través de las alteraciones de las funciones hipotalámicas, neuro-vegetativas y quizá de otras modificaciones nerviosas o humorales, llegar a una modificación de las funciones orgánicas y aún producir lesiones en algunos órganos.

No se ha explicado todavía el mecanismo de esas inhibiciones de origen emocional, en las que toda una función sufre un colapso, como la pérdida de la voz, la ceguera histérica, la parálisis de todo un miembro, etc., y que no parecen seguir los caminos freudianos del subconsciente. En ellos la re-integración se hace de una manera especial por nuevos estados emocionales, o bien por tratamiento como el electro-shock cuyo modo de actuar no conocemos. Seguramente que estos fenómenos de origen emocional tienen un mecanismo somático que lleva a la expresión funcional de que hablamos. Foster Kennedy trata de explicarlos con un símil interesante: dice que podría compararse al bloqueo de una onda de radio por otra emisión y que una cortina de radiaciones interferentes cortaría toda una función. Expresión moderna de los conceptos de Janet sobre la disociación de las funciones y la desintegración mental de los histéricos.

He aquí, pues, el campo de la Medicina psicosomática.

Por una parte, nos ha enseñado a analizar la personalidad del sujeto en todos los casos de enfermedad, aún de los que aparentemente sólo tienen manifestaciones somáticas. Por el análisis de los síntomas psico-neuróticos, encontramos que muchos enfermos que se obstinan en presentarse como somáticos, tienen mecanismos psico-dinámicos que corresponden a las histerias conversivas o de angustia, en distinto grado. La medicina psicosomática trata de investigar y resolver el problema de los trastornos funcionales en su origen emocional, por el estudio psico-analítico de la personalidad y por el camino fisiológico, con el estudio de los fenómenos nerviosos y, en general, orgánicos, relativos a las emociones.

La medicina psicosomática trata de volver a considerar al enfermo como un todo del que no puede separarse su personalidad, sus emociones, sus sentimientos; y cuyos síntomas, unas veces están producidos por estos factores psíquicos; otras veces modificados, amplificados, deformados por esos mismos factores psíquicos, y en todos los casos, su enfermedad no se limita a los síntomas objetivos, sino que hay una interacción entre lo psíquico y lo somático que es preciso captar y aprovechar para su tratamiento.