

## MEDICINA PSICOSOMÁTICA E HIPERTENSION ARTERIAL

Por el Dr. SALVADOR ACEVES,  
académico de número de la Sección de Medicina general.

Al iniciar esta exposición deseo señalar con toda claridad que en ella se verá el punto de vista de un médico hecho a encontrar diariamente problemas lo mismo de índole clínica que de orden humano, y que a ellos se aproxima e intenta resolverlos con un mínimo de conocimientos especializados de psiquiatría. Es preciso decir, además, que para un médico así, el término de Medicina psicosomática es sencillamente un nombre nuevo aplicado a una vieja noción: la de que en el enfermo deben considerarse siempre dos cosas: el factor orgánico o somático y el componente psíquico. El aceptar este hecho, conocido de antiguo, es lo que ha dado base a la expresión casi axiomática en medicina, de que más que enfermedades existen enfermos o, lo que es lo mismo, que si los procesos tóxicos, infecciosos, degenerativos, son susceptibles de una descripción genérica, el cuadro clínico, en el que interviene el factor, casi irreductible, de la constitución psíquica y especialmente emocional de cada enfermo, hace de cada caso clínico un hecho singular y un problema "sui generis."

El arrollador adelanto de los medios de exploración, la exactitud y multiplicidad de las nuevas técnicas clínicas, la impresionante objetividad de los hechos experimentales, habían originado que el médico consagrara cada día más atención y más tiempo y le otorgara más importancia a estos tipos de estudio, con detrimento de la consideración del problema emocional y psíquico, o sea del componente humano de cada caso clínico. No implica esto una censura a tal manera de proceder, sino en la medida en que el desproporcionado *adelanto* (adelanto indiscutible) en un sector, con desdén o menosprecio en otro, pone la cuestión en estado de franco desequilibrio.

El olvido de estas ideas básicas ha sido la causa del desacuerdo —que todos hemos tenido que sufrir y lamentar— entre los conocimientos generales con que salimos equipados de la Escuela de Medicina, y la fisonomía peculiar y no descrita (ausente desde luego de nuestro bagaje médico) de cada problema clínico. No es sino con el fracaso y la dura experiencia, que se van acumulando con los años, como aprendemos a conocer el factor imponderable y no descrito en los textos corrientes de patología, el elemento personal emocional que confiere a cada caso su sello propio. Esto explica la impresionante falta de recursos del bizoño —por más que sea poseedor de un fuerte caudal libresco y científico— frente a la habitual facilidad para moverse y resolver los problemas, del veterano. Esto también explica cómo el viejo y ya en desuso médico de familias, que era a medias médico, amigo, confidente y aún confesor, conocedor profundo de las personas, de sus problemas, de sus conflictos, del medio en que se movían, era capaz en algunos casos de resolver situaciones que el médico moderno, bien dotado de medios, con excelente inteligencia, con recursos de exploración incomparables, era absolutamente inepto para resolver.

Esta situación, que es desde cierto punto de vista índice de un progreso innegable de la medicina, hace sin embargo, que el enfermo —que en estos achaques debe tener prerrogativas de protagonista— sienta que el adelanto de la medicina lo ha hecho perder y que el médico no es ya más un amigo interesado en ayudarlo y empeñado en entender su situación, sino un experto inteligente, insensible, indiferente, que maneja los aparatos con gran soltura, está familiarizado con los libros y es capaz de hacer cálculos complejos en los cuales, no obstante, no cuenta para nada lo que le es más caro: su propia personalidad.

Volver a estas ideas elementales y obvias y rectificar el desequilibrio asentado es uno de los objetivos de la Medicina psicosomática, que se ha propuesto estimar correctamente tanto los mecanismos físicos como los factores emocionales interesados en el proceso de la enfermedad en un determinado individuo, señalando de manera especial la influencia recíproca que puedan tener uno sobre el otro en la unidad que es el enfermo en estudio, buena parte de cuya sintomatología es debida a las reacciones psíquicas del sujeto frente al proceso morboso.

Los estudios de medicina psicosomática han cobrado rápido auge y estamos a punto nuevamente de romper el equilibrio, ahora por sobreestimación, del factor que antes fué desdeñado, haciendo que se pretenda volver a

la normalidad con un examen especializado más, que complica en mayor medida la situación, ya complicada, del enfermo.

Mi opinión no es, por lo tanto, que se haga a cada enfermo—especialmente cada enfermo crónico—objeto obligado de la intervención del psiquiatra, sino que a cada enfermo el médico se aproxime con ánimo comprensivo; que lo estudie como a una persona y no simplemente como el caso de un organismo enfermo; que se detenga en sus problemas y a ellos llegue con afectuoso interés; que naturalmente lo haga con la habilidad y el conocimiento necesario, y que se despoje del continente presurosos, indirecto, seco, que tan frecuentemente adopta. En esta forma estará en condiciones de fijar con la mayor precisión posible qué parte del problema es de orden físico y en qué proporción es emocional. Entonces se podrá decir no sólo que ha entendido lo que, en su mejor sentido, la medicina psicopatológica significa, sino que habrá realizado la función de médico en su más amplia y generosa acepción.

Si el problema es a la vez inaccesible por complejo para el médico y apunta por otra parte ser fecundo en sus rendimientos al aclararse, no se debe vacilar en pedir la colaboración del psiquiatra, que puede ser de gran utilidad en el diagnóstico y el tratamiento.

Naturalmente, una enfermedad crónica acaba por conmover y perturbar la personalidad toda de quien la sufre. Es natural que las respuestas emocionales del enfermo a un estímulo cualquiera, sean distintas de las que presenta una persona normal, sana; pero es también natural que algunas enfermedades sean más adecuadas para originar este tipo de trastornos: tal ocurre por causas distintas con la tuberculosis, con el cáncer, y tal sucede especialmente con las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades del aparato circulatorio son especialmente propicias para impresionar la psiquis del enfermo, no sólo por su enorme y todavía creciente incidencia, sino por el fuerte peligro de muerte inherente a las mismas, por la frecuencia con que exponen a un desenlace súbito o conducen a una invalidez, que puede ser peor aún que la muerte; y, por último, porque es viejo asunto el concepto vulgar de atribuir al corazón el ser centro de toda emoción generosa o no y el eje de la vida y aún el orientador de la conducta.

De aquí que una enfermedad del corazón, presunta o real, conmueva hasta el fondo las bases emocionales de la personalidad y que sea positiva-mente raro que se encuentre un enfermo del aparato circulatorio en quien—ya sea que lo manifestase o que lo ocultase con celoso recato—

la enfermedad no haya hecho mella profunda y en cuyo ánimo no se puedan descubrir la ansiedad o la angustia que el "trabajo" del mal haya logrado. Aunque esto sea muy importante y el médico, conforme se ha dicho, deba estar obligado a estimar y evaluar con empeño ambos componentes, el psíquico es siempre, al fin y al cabo, una consecuencia del orgánico y es éste por lo tanto el que alcanza mayor valor. Desde este punto de vista las enfermedades cardiovasculares no se distinguirán sustancialmente de las otras. Pero existe un tipo especial de afecciones circulatorias en las cuales el elemento emocional se convierte en factor causal, como en las neurosis cardíacas; o puede convertirse en un elemento etiológico entre muchos, como ocurre con la hipertensión arterial.

La verdadera causa de la hipertensión arterial permanece siendo poco menos que un misterio. Lo que de ella se sabe está constituido por atisbos que sólo permiten esclarecer aspectos limitados del problema. Siempre que se ha pretendido haber encontrado una explicación cabal de este fenómeno, a la postre ha sido necesario convenir en que la conquista ha sido más bien ilusoria. Tal ocurrió por ejemplo a los entusiastas que creyeron haber resuelto la cuestión en sus raíces con los trabajos de Goldblatt.

En estas circunstancias, todo ha de limitarse a estudios patogénicos y a la conquista de sectores parciales en el campo de la etiología.

Se sabe, por ejemplo, que se encuentran en la base de la hipertensión arterial esencial algunos hechos fundamentales: una reducción en el diámetro de las arterias y especialmente del lecho arteriolar, y la circunstancia de que tal fenómeno se produce merced a la reacción exagerada de esas mismas arteriolas al estímulo vasomotor y, tal vez también, a la exageración de esos estímulos dependientes de la constitución nerviosa o emocional del sujeto. Naturalmente, la reactividad exagerada de las arteriolas con respuestas vaso-constructoras depende de algo más que de los estímulos nerviosos que ellas reciben; depende de un factor muy probablemente constitucional difícil de evaluar y en el cual interviene en forma al parecer indudable la herencia, como se desprende de la frecuencia creciente de la hipertensión según que se descienda de progenitores normotensos, de un normotenso y un hipertenso o de ambos padres hipertensos; frecuencia que va desde el 3.1% en el primer caso, 28.3% en el segundo; hasta el 45.5% en el último, según encontró David Ayman en el estudio practicado en 1524 miembros de 277 familias. También encontró que de 70 hermanos y hermanas del grupo de padres no hipertensos en el mismo

lote estudiado, el 37% presentaba hipertensión, en tanto que en los hermanos y hermanas de padres hipertensos el porcentaje llegó a 65%.

Otro factor inherente al organismo, además de la herencia, es el propiamente constitucional; pues aunque indudablemente de menor importancia que él, debe ser tenido en cuenta, ya que Robinson y Brucer han encontrado la hipertensión 7 veces más frecuentemente en los brevilíneos pleuróticos con tendencia a la obesidad que en los longilíneos. En relación con este punto conviene recordar asimismo el factor endocriniano —a su vez también constitucional—, que aunque sólo es identificable en casos concretos debe ser también tenido en cuenta.

Sobre este fondo viene a actuar el factor psico-emocional en un sujeto con emotividad también predispuesta y en el que existen elementos de ansiedad o situaciones de conflicto, identificados o no. De aquí que sea en cierto sentido casi tan necesario como determinar el índice de depuración ureica o practicar la prueba de Rowntree o estudiar la constitución química de la sangre del hipertenso, el procurar adentrarse en su vida emocional, cosa que puede proporcionar el secreto de la causa o de alguna de las causas y entregar la clave del tratamiento del hipertenso.

La conclusión obligada de esta premisa es que primero en la exploración y después en la redacción de la historia del hipertenso, debe ponerse mayor empeño en el capítulo que podría considerarse como accesorio o superfluo, de los antecedentes tanto personales como familiares del hipertenso.

E. Weiss ha incriminado a la tradición organicista vigente en medicina, de ser la responsable de un punto de vista estrecho e inconducente para aclarar la causa y curar los efectos de la hipertensión.

Muchos autores que se han ocupado de este problema en los últimos tiempos se han empeñado en dar una explicación psicosomática de la hipertensión, tan simplista como las propuestas en otros terrenos por fisiólogos, anatomistas y clínicos, pero con mucho menor acopio de hechos positivos probatorios; de suerte que puede llegar a decirse sin cometer un desacato que es un mero punto de vista concebido y expresado con elegancia; pero no por ello menos expuesto a objeción.

“Sabemos que los cambios somáticos pueden ser producidos por estímulos mentales, por la emoción, tan efectivamente como lo son por las bacterias y las toxinas, y que los cambios fisiológicos que acompañan a la emoción pueden trastornar la función de cualquier órgano de la economía”.

“Estos son principalmente cambios en la tensión de la musculatura lisa y también en los músculos estriados, cambios en la circulación y en la respiración. Tales respuestas emocionales suelen seguir al temor, la ira, la excitación sexual y la confusión resultante de la incapacidad para tomar en un momento dado una decisión satisfactoria” (Dumbar). La solución o expresión inadecuadas de la emoción o el conflicto emocional son especialmente fáciles de ocurrir cuando la emoción no es una respuesta a lo que aparece como real: un peligro o una situación externos. Si la acción no se ajusta a esta situación o no es solución adecuada al problema frente al cual se está, la emoción con su expresión fisiológica también son inadecuadamente “descargadas” y así sobreviene un desequilibrio orgánico. Esto ocurre cuando un impulso o una emoción son inhibidos y generan un conflicto que se escapa de la conciencia y, al hacerlo, produce un estado persistente de tensión interior, que puede ocasionar trastornos permanentes o reincidentes de las funciones orgánicas. La hipertensión arterial sería la resultante de un aumento de tono de la musculatura lisa arteriolar gastado por este camino.

De hecho, todos los médicos que vemos a diario hipertensos podemos citar casos de enfermos con hipertensión arterial, en los cuales era evidente un trastorno global de la emotividad. Sólo que ya resulta menos sencillo saber a ciencia cierta si la constitución emocional y mental del individuo ha creado la hipertensión o ha sido ésta la que ha condicionado el desarreglo emocional. En igual forma podríamos recordar, en un momento dado, casos de sujetos de constitución emocional desquiciada, que nunca llegaron a hacerse hipertensos, y también sujetos de aspecto im-pasible, de pobres respuestas nerviosas, a veces francamente oligofrénicos, con perspectivas interiores estrechas, panorama mental reducido y costumbres simples, que mostraban muy elevadas cifras de tensión arterial sin causa reconocible.

Todo esto tiende a apoyar mi criterio de que si es importante el conocimiento de los recursos psicosomáticos, es de máximo interés expresar claramente que estamos en peligro de conferirles valor excesivo. Desde luego —y en esto hay un completo acuerdo— cuando exista en forma evidente una causa orgánica, atenerse a ella y no gastar tiempo y esfuerzo en investigaciones psicológicas de problemático rendimiento.

En suma; el objetivo de la Medicina psicosomática (con el auge que ha tomado en los últimos 20 años) y que se propone el lograr un conocimiento integral (mente y cuerpo) de los enfermos en general, *tiene un*

*campo de aplicación especial en los hipertensos*, cuyo trastorno es de manera importante y al principio de modo exclusivo, funcional, de vasoconstricción. Esta idea ha mejorado nuestra situación de médicos frente a los enfermos; pero no ha resuelto los problemas más importantes de la hipertensión esencial, que continúan siendo ingentes incógnitas.

De estas nociones psicósomáticas se desprenden también corolarios útiles para el enfermo y aplicaciones terapéuticas benéficas:

1º—Debemos procurar limpiar al enfermo de conflictos, que mientras menos evidentes más perjudiciales pueden ser.

2º—Debemos proponernos no aumentar los motivos de preocupación con comentarios irreflexivos sobre la enfermedad y sus consecuencias; ni fomentar la natural tendencia del enfermo a vivir pendiente de las cifras tensionales, pensando que la columna de mercurio que hacemos subir o bajar voluntariamente es el único hecho que da idea de su salud y de su futuro.

3º—Con agobiar de restricciones al enfermo no conseguimos más que aumentar su tensión interior, acrecentar sus múltiples causas de infelicidad, impedirle disfrutar de la vida en los pequeños goces elementales que estén a su alcance. La medicina psicósomática no ha curado todavía al primer hipertenso; pero no le ha abreviado la vida a ninguno y se la ha hecho llevadera a todos.

4º—Se debe procurar una mayor aproximación al enfermo y hacerle sentir con delicada discreción nuestro interés por él, por la curación de su enfermedad y la solución de sus problemas, en lugar de decirle con tono perentorio: despójese de preocupaciones, póngase en paz consigo mismo, observe esta dieta y guarde reposo.

5º—El natural desahogo de las emociones es práctica higiénica más adecuada para la liberación de fobias perjudiciales y más conveniente, por lo mismo, que la represión sistemática casi siempre nociva.

6º—Una vida de medio tono, sin excesos, compatible con una regular actividad; la tolerancia de una vida que se aproxima lo más posible a la *normal*; la tolerancia incluso de algunos deportes no violentos al aire libre, hacen la situación del enfermo menos erizada de sufrimientos físicos

y psíquicos y puede, incluso, al disminuir la preocupación, inducir más bien al descenso de la tensión arterial. Puede que ésto no llegue a lograrse o no sea ya tiempo de proponerse siquiera el conseguirlo; pero el seguir tal camino no es perjudicial para el cuerpo del paciente y es seguramente tónico y benéfico para el espíritu de un enfermo, acechado por gran número de penas, desdichas y peligros.

7º—De cualquier manera, el tratamiento “psicosomático” no puede ser sino una parte del tratamiento integral que el médico meditará y prescribirá juiciosamente.