

EL ENFERMO COMO PROBLEMA PSICOLOGICO *

Por el Dr. RAUL GONZALEZ ENRIQUEZ,
académico de número.

Al presentar un trabajo solemos correr el peligro de hipertrofiar el tema en beneficio de instancias personales, concientes o subconcientes. Tampoco es dable negar que una disciplina profesional nos permita ver con claridad los tópicos que le corresponden y, por lo tanto, se amplifiquen aparentemente algunos puntos de vista. Pero, además existe un valor de juicio que nos permite elegir dicho tema atendiendo solamente a su realidad y efectiva importancia.

Su enfoque puede entonces hacerse hacia aspectos particulares o bien hacia generalidades capaces de ser aplicados en cualquier aspecto de una práctica profesional. Así lo considero cuando se trata de expresar el interés que doy al caso del enfermo como problema psicológico.

Pretendo dejar bien claro que en ningún momento se aludirá a cuadros psiquiátricos y que trataré de colocarme en un ámbito estricto de la medicina general, entendida como aquella capaz de percibir la totalidad estructural del individuo por sí y en relación funcional con su médico, como organismo y como persona, considerando los factores etiológicos de su alteración y las posibilidades terapéuticas, en el sentido más amplio que sea dable entenderlas.

Para puntualizar criterio y método pueden presentarse situaciones psicogenéticas cuyos resultados en la expresión patológica son de tres órdenes:

1. Alteraciones psiconeuróticas.
2. Transtornos orgánicos psicogenéticos.
3. Peculiaridades psicológicas y psicopatológicas en sujetos enfermos.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 2 de marzo de 1949.

Estoy seguro de que el médico no especialista tiene una singular actitud para los fenómenos incluidos en los dos primeros grupos. Carente de toda técnica para entenderse con los psiconeuróticos, percibe su patología, la califica burdamente y, cuando mucho hace, los maneja en términos superficiales y frecuentemente anacrónicos. No es difícil que les huya, conciente de su incapacidad en diagnósticos, dinámica y tratamiento. Es frecuente que ignore evidentes síntomas psiquiátricos o que se alarme ante modalidades psicopatológicas, enviándolo al especialista, cuando estas no son más que reveladoras de cuadros orgánicos que ameritan fundamentalmente cuidados de medicina interna. Muchos son los casos de tifosos que han llegado al Manicomio porque en el cuadro sintomático prevalece un estado confusional. En cambio, largo porcentaje de neuróticos forman una clientela asidua en las consultas del internista y del cirujano, que mantiene dócilmente sus síntomas con una atención inadecuada, los rechaza o incrementa sus manifestaciones morbosas, sin percatarse de que la influencia emocional del médico en estos enfermos es de una trascendencia insospechada.

Cuando se trata de padecimientos psicosomáticos la situación es parecida. La psicodinamia, que debe preceder a la terapéutica, es un punto ciego en la práctica profesional y por esto quizá pudimos observar recientemente que un distinguido gastroenterólogo norteamericano hacía gala de incredulidad ante los factores psicogenéticos de la úlcera péptica. Confinado a un riguroso extremo organicista, el médico desconoce o niega la influencia de la vida anímica en el terreno somático. Persevera en una educación escolar que se olvidó de enseñarle que un hombre aumenta la glucosa con las emociones, que altera su metabolismo con una represión y que puede morir de miedo.

Puedo suponer que, informado y conciente, advierta y discrimine el caso y lo transfiera a cuidados más especializados, pero no le queda recurso para evadir el problema psicológico que le plantea todo enfermo por el hecho de serlo. De aquí mi intención de recordar sucintamente lo que con seguridad cada uno ha tenido oportunidad de observar, añadiendo acaso algunos comentarios sobre el particular. Esta aportación no pretende tener un carácter exhaustivo y por lo tanto solamente apuntará elementos sobresalientes del fenómeno. Por esta razón elegí los capítulos siguientes, que serán tratados con absoluta brevedad:

SIGNIFICADO EXTRAORDINARIO DE LA ENFERMEDAD

No ha dejado de ser cierta la afirmación de Claudio Bernard que decía: los animales sólo se hacen independientes del medio que los rodea cuando se ha desarrollado en ellos un mecanismo para conservar la estabilidad de su medio interno. (1) Cuando este mecanismo falla, el sujeto agota sus recursos en una doble frontera de defensas: la interna y la externa. Con cierta independencia de esta afirmación fundamental puedo considerar situaciones de ambiente cultural que determinan en el individuo, tanto como en el grupo, una particular actitud hacia el padecimiento, sobre todo si asume caracteres que lo marginen de la vida social por una u otra causa, incluyendo las propias a un pensamiento colectivo. En este sentido la historia y cualquier estudio antropológico proporcionan material abundante para cualquier análisis sobre la cuestión. En todos los señalamientos generales que se exponen es dable pensar de inmediato en el significado psicológico que para el enfermo representa la circunstancia de padecer una enfermedad, independientemente de las condiciones orgánicas que le determine. Así entendemos la influencia sobre el enfermo según la idea social de la enfermedad. Los kubu de Sumatra pertenecen a una tribu primitiva; consideran que mientras el hombre puede vivir la vida de la tribu no debe recaer sobre él ninguna determinación y no es observable reacción alguna por parte del individuo o de la sociedad; en cambio, si el mal origina una invalidez que lo margine de sus trabajos u obligaciones habituales, se origina una violenta reacción que los conduce al abandono del enfermo, lo evaden como si fuera un cadáver y se produce a su alrededor un aislamiento absoluto. De esta manera podemos considerar que muere socialmente antes de que lo sorprenda "la muerte física". Lejos de una etapa cultural semejante, pero semejante en procedimiento, era el utilizado con los enfermos sospechosos de lepra en el siglo XIV en Italia. Muy grave debía ser su posición psicológica cuando se le sometía al examen solemne, hecho por varios médicos en presencia de un abogado, para determinar su expulsión definitiva y lejana de todo centro poblado y lejos también de todo contacto humano, y médico desde luego. Su desamparo doloroso era sancionado, inclusive, por el anticipo de una misa de muertos. El enfermo debía sufrir su enfermedad y la determinación social que lo condenaba al vagabundaje miserable. Su problema psicológico era una consecuencia del ambiente cultural dominante, su enfermedad trascen-

día el ámbito corporal y se proyectaba en la desvaloración del hombre a causa de su enfermedad. Un halo de terror, una resignación destructiva, eran la consecuencia obligada en la posición psicológica del paciente. Sobre esta afirmación recaen múltiples comprobaciones que dejan a veces una huella en los grupos societarios, particularmente cuando la enfermedad es sometida a combate por vía social y esta campaña se hace sin las actuales técnicas que obligan a una previsión psicológica de sus resultados. Cuando el procedimiento sólo es aislacionista o denigrativo, el enfermo presenta reacciones psicológicas muy desagradables y nocivas.

Recuerdo el terror que producía la palabra "Lazareto" entre las personas de un pueblo de provincia, sólo porque allí fueron conducidos los enfermos de una epidemia, que se despedían de sus familiares con frases desgarradoras cuando los conducían al lugar mencionado. Si hemos considerado siempre la importancia del choque operatorio en los enfermos bajo agitación emocional, no creo que sea despreciable el que se produce en otros padecimientos, cuando el enfermo sufre reacciones semejantes bajo la influencia de ordenamientos sociales como en el caso citado, o bien sólo ante el temor de tener un padecimiento sobre el que recayera la orden de separación familiar. Alguna vez hubo enfermedades malditas y por lo tanto enfermos malditos. La respuesta psicológica de los mismos mostraba cómo participaban de su posición, cómo experimentaban en su alma la verdad del anatema.

Es habitual que la sociedad reaccione de manera violenta a la vista de la desagradable apariencia de un enfermo, pero su situación es muy comprometida cuando se le agregan a esta reacción elemental otros ordenamientos de claro sentido mágico. Tal es el caso de la impureza. De esa impureza existente por conciencia colectiva, confirmada por el legado tradicional. Así considero el caso del leproso y del buboso, como después lo fué el del enfermo venéreo. El levítico decía del que hubiere llaga que: sus vestidos debieran ser deshechos y su cabeza descubierta, debiendo pregonarse que era inundo y que todo el tiempo que la llaga estuviera con él estaría impuro y tendría que habitar solo. Su impureza debía mortificarlo, agregando a sus dolores el sufrimiento psíquico de su desgracia. Ya podemos imaginar las reacciones conversivas y las situaciones complexuales del venéreo cuando el papa León XII en 1826 "censuró el uso de preservativo porque contravenía las intenciones de la Divina Providencia, esto es, castigar a los pecadores en el miembro con el cual habían pecado". (2)

También hubo enfermedades sagradas. La epilepsia fué llamada morbo sacer seguramente, como en el caso anterior, el enfermo participaba psicológicamente de acuerdo con esta posición que llegaba a ser privilegiada. Y hubo padecimientos demoníacos. La moral intervenía en el diagnóstico y esto no tuviera importancia si la consecuencia psicológica que originaba al enfermo no agregara todo un caudal confuso de cenestesias y de ideas tan enfermizas como el propio padecimiento.

En las sociedades cuyo culto era la fuerza, el enfermo era considerado como inferior y así lo sufría. Y también hubo la idea del sufrimiento como una gracia y la de la enfermedad como una prueba o un don. Los matices psico-reactivos ante ideas tan diversas, originaban resultados particulares en el curso del padecimiento, entorpeciendo la mejoría y manteniendo síntomas sobreañadidos o hipervalorados. La posición privilegiada del enfermo con auréola de santo o admiración parroquiana, sobrepasaban el problema somático del padecimiento que no podía enfocarse adecuadamente más que a través de una interpretación psicodinámica.

Precisamente un elemento como el privilegio, tomado ya en otro sentido, fué apareciendo como factor social en el origen psico-reactivo ante los problemas de la enfermedad. Con el advenimiento de los regímenes asistenciales y la organización hospitalaria, muchos enfermos internados en sanatorios gratuitos o de bajo costo, que les ofrecían situaciones que no podían llenar en sus domicilios, presentaron reacciones psicológicas que, somatizadas, son fuentes de múltiples y complejas manifestaciones. Ya señalábamos en otro trabajo (3) nuestras observaciones en la Unidad de Neuropsiquiatría relativas a enfermos que iban a ser dados de alta y que, inconciente o concientemente, no deseaban regresar al ambiente familiar. Por otra parte y en terreno más general, nuestra sociedad permite que el enfermo, por el hecho de serlo, se convierta con frecuencia en una persona de cierta importancia y, como diré más adelante, suele utilizar sus síntomas en favor de tal acontecimiento. Dejo el tema en favor de otros señalamientos, pero no sin antes decir que las ideas sociales ante la enfermedad y sus consecuencias sobre la reacción psíquica del enfermo, aunque predominantes en una u otra cultura, son dables de observar en la nuestra en sus múltiples facetas, actualizando hechos que podrían suponerse pasados. En México se observan casos en los que el enfermo, y la familia, lo considera hechizado o bien endemoniado y se le exorciza, se le somete a limpias, se

le conduce inclusive a reacciones angustiosas por el tipo de procedimientos terapéuticos. Encontramos también la enfermedad como gracia de Dios y mucho, muy frecuentemente, como castigo de pecados. Entonces nos es dable observar las reacciones depresivas más profundas y la más grande dificultad para manejar el caso psicológicamente. También señalo la frecuencia de la reacción especial del enfermo ante los servicios gratuitos, su exigencia, su queja, su inconformidad y toda una serie de fenómenos que muy poco tienen que ver con su patología somática. Cada una de estas figuras culturales, origina una especial actitud anímica del enfermo, que le pertenece individualmente por el hecho de sufrir un padecimiento.

Sin desconocer la importancia de otros factores que pueden ser calificados de extraorgánicos solamente voy a señalar el interés de revisar, aunque someramente, el papel psico-reactor del enfermo ante su circunstancia económica.

El factor económico ha sido hipertrofiado muchas veces en beneficio de una postura filosófica, pero sería absurdo negar su evidencia. Bajo nivel de vida, falta de alimentos, de ropa, de habitaciones adecuadas, intervienen en la causación patológica y en la mortalidad.

El Dr. Pierreville estudió la incidencia de la tuberculosis en diferentes sectores de París, encontrando que el distrito 16, residencial, dió promedio anual de mortalidad de 130, en tanto que en el 20, de clase trabajadora, era de 340. Las consecuencias que la enfermedad tiene en el equilibrio económico personal y colectivo se demuestran fácilmente. El enfermo no puede trabajar y su salario baja o desaparece; costo de médico y medicinas, de cuidados especiales, hacen una merma considerable en la vida familiar y social, y sólo podrá evitarse por el camino de la socialización de las prestaciones médicas. Los cálculos muy conservadores de Falk (4) advierten que Estados Unidos gasta o pierde 10,000 millones de dólares debido a enfermedades. En el terreno de los padecimientos profesionales, cuyos perfiles psicológicos son muy interesantes, se observaron los primeros pasos en los que la rehabilitación empezó a manifestarse como una preocupación a los grandes problemas psicosociales creados por el enfermo. Pero siendo más concreto, fijaremos la atención sobre el significado económico en la mente del enfermo. Hay hechos materiales, verdades melodramáticas, que se ligan a la miseria, a la falta de recursos monetarios. Cuando las comunidades mantenían su vigor clásico, la familia del enfermo no sufría el desamparo, ni el enfermo lo temía para ellos. Múltiples transformaciones sociales presentan al régimen asistencial como un sustituto

de aquellas defensas colectivas, cuya función era conferida a la familia extensa, al clan. Pero en las grandes aglomeraciones urbanas o en las poblaciones semiagrarias, ya desorganizadas de sus primitivos patrones tribales, la enfermedad, en la clase menesterosa, es desamparo. El enfermo llega a preocuparse tanto por su problema monetario como por sus síntomas corporales. Lo sabemos y no se requieren ejemplos. El futuro económico intimida al enfermo, lo hace reaccionar contra la enfermedad, lo irrita, lo deprime, lo hace delirar con su trabajo o contrariar las órdenes médicas, sufrir o desesperarse.

No sería capaz de afirmar que sucede algo distinto de lo que pudiera ocurrir en un cesante o en un desocupado, o en cualquier individuo con una aflicción económica; pero sí puedo decir que en el caso de muchas enfermedades esta posición agudiza la debilidad del "yo" y lo torna incapaz de defensa, con todo el significado de psicopatología que se le pueda dar. Precisamente Herman Number (5) discute las condiciones profundas para explicar la debilidad del "yo" a base de su capacidad sintética y del provecho que tiene con sus cargas narcisísticas, y añade que puede debilitarse pasajera o substitutivamente por enfermedades somáticas. Si es verdad que hay cargas autoeróticas que se aprecian sólo durante la enfermedad, también hay otras que debilitan el narcisismo y son destructoras a través de esta dinámica. Sin embargo, no quiero anticiparme a consideraciones fuera de la economía monetaria y para terminar este renglón señalaré la referencia que Weiss y English hacen a propósito de los fracturados por accidentes (6). Un alto porcentaje de traumatizados estaban en estado de conflicto antes del accidente, de donde se dedujo que en el mismo hubo factores inconscientes que lo originaron; se comprobó además que la mayor parte de dichos conflictos se ligaban inmediatamente a razones económicas. Razones que, al persistir durante la enfermedad, le imprimen peculiaridades como el no desear la salida del hospital, estados depresivos por culpa, autoagresiones, etc. La imagen de la miseria en un hombre puede llevarlo al suicidio. La imagen de la miseria en un enfermo determina cualidades desconocidas al curso de un padecimiento.

CARACTERES O ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD QUE SE EXPRESAN EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

Por mucho que se desatendieran las cualidades psicológicas de un enfermo, no creo que se les haya negado. Pero siempre me ha parecido

difícil que se les conozca si, en principio, se ignora las del sujeto no enfermo. Tal omisión en la enseñanza de la medicina es lamentable aunque dejemos su comentario para otra ocasión, a fin de señalar los puntos que me importan para el caso. Reconozco la multiplicidad psico-reactiva del enfermo. Está condicionada por la edad, el sexo, la posición social y económica, los caracteres sintomáticos del padecimiento, el lugar en que se atiende al sujeto y muchos factores más. Reconozco igualmente que una interpretación no es capaz de satisfacer la totalidad de un contexto fenoménico, pero todas las observaciones que hemos realizado nos conducen a ver al enfermo como un sujeto que tiende a la dependencia psicológica, aumenta sus demandas eróticas e infantiliza su conducta. Si aparecen otros elementos reactivos, podemos juzgarlos como secundarios inclusive, a esta posición original.

Como efectivamente mi deseo no es plantear o sostener una tesis, sólo daré algunas referencias para justificar puntos de vista. Partimos de considerar a la personalidad como susceptible de variaciones bajo influencias permanentes o catastróficas. Freud señaló (7) el modo como la naturaleza humana está condicionada por tres factores: el biológico, es decir, la relativa incapacidad del niño; el filogenético, señalado por una interrupción en el desarrollo de la sexualidad; y el psicológico, caracterizado por las peculiaridades de nuestra estructura psíquica. Por otra parte, dejó entendido que para alcanzar una madurez anímica, el hombre tiene que organizar diferentes estructuras a partir de su nacimiento, cuyos planos han sido estudiados por Sherrington, Karplus y Kreildt, Fulton, Riviere, Jackson, etc., en lo neurológico, y por Ferencsi, Abraham, Freud, Klein, etc., en lo psicológico. Circunstancias adversas al organismo pueden originar cambios estructurales y, por consecuencia, alteraciones en la personalidad humana. Omito múltiples detalles de importancia definitiva en favor de comprensiones focales, razón por la cual me conformo con dejar dicho que aquellas estructuras cuyo vigor fué grande por razones anormales o normales, son las que funcionan en caso de que las superiores fallen o sucumban al embate de fuerzas externas superiores a ellas. Frente a las circunstancias difíciles que la vida plantea constantemente, el individuo adulto se les enfrenta con el dispositivo o nivel psicológico que, por razones evolutivas, pueda proporcionarle más ayuda para evitar el colapso del yo, es decir, su destrucción.

La enfermedad constituye un peligro, tanto por sus motivos somáticos como por sus resultados psíquicos y sociales, y todo peligro es resuelto

automáticamente en el nivel psíquico que pueda hacer la mejor defensa. Los mecanismos culturales han permitido que la enfermedad se combata gracias a los diferentes y maravillosos productos de la inventividad humana, es decir, que el peligro se conjura en planos supraindividuales y de gran categoría evolutiva; pero no ocurre lo mismo con otros procesos, como el miedo a morir de la enfermedad. Entonces, el individuo acude a mecanismos endopsíquicos que pueden protegerlo y funciona así únicamente en aquel plano o nivel que le ofrezca mayores garantías. Hasta aquí la primera parte del enfoque. Roheim, como Zielboorg, se han empeñado en acumular pruebas de la dependencia humana a la madre o subrogrados, al grado de que uno de ellos ha planteado la teoría ontogénica de la cultura sobre estas bases, apoyándose en los estudios de Below, Spencer, Briffault y otros (8). Para mí, la cuestión es indudable. Únicamente el ser humano atraviesa por una dependencia fisiológica tan larga: no puede comer por sí mismo durante muchos meses y no puede conseguir su alimento por sí solo durante varios años. Tampoco puede caminar; su expresión verbal, de intercambio, es de larguísima maduración. Es decir, le dan de comer, lo ayudan a caminar. Permanece acostado, otros hablan por él. Su incapacidad lo hace dependiente. Su dependencia, relación órgano-erótica con la madre en la época en que junto con su incapacidad todo le era resuelto, origina el más vigoroso nivel psicológico, desde el cual, sobre el cual, se van a organizar nuevas estructuras. Pero en la que, señalamos, queda una buena parte del caudal emotivo, de la necesidad de ser querido y protegido, pues se estanca sin perder su fuerza dinámica y aparece en toda ocasión en que se reviven circunstancias favorables para dicha aparición, como en la enfermedad. Entonces el hombre queda en cama, le dan de comer, inclusive en la boca, vuelve a la leche y el pistero substituye al pecho materno, lo ayudan a caminar. Incapaz de comunicarse con personas lejanas, hablan por él. Orina y evacua su intestino sin levantarse de la cama y habrá casos en los que otra persona es la que se encarga de su aseo perianal. Las circunstancias extensas reanudan la época de regazo materno, de dependencia y de urgencia erótica hacia la madre; no es pues difícil suponer que lo mismo ocurra en el reverso psicológico y entonces nos explicaremos las actitudes infantiles del enfermo, su dependencia, la necesidad de protección amorosa que experimenta y que manifiesta. El enfermo no se quiere quedar solo, llora, se encoleriza como un niño, se torna obediente, se convierte en un inútil, pide irse de la casa de su madre o que venga ella, se niega a tomar las medi-

cinas irrazonablemente, etc. Para completar el cuadro suele ocurrir que los familiares acceden a seguir sus demandas, permitiéndole que complete sus relaciones objetales según pautas de infancia. Es decir, el enfermo se convierte en un niño bueno o en un niño malo; frecuentemente el primero. Al desarrollar mi pensamiento, siempre elementalmente, se presenta un tercera faceta en el enfoque. Otra vez Roheim, pero esta vez con French (9), sugieren que el que el complejo de Edipo, con la fijación dependiente hacia la madre, se debe a una condición de incapacidad prolongada del ser humano para resolver sus problemas sin ayuda de la madre o subrogada, durante muchos de sus primeros años. De donde podemos inferir que la enfermedad, sobre todo aquella que origine situaciones orales más intensas, puede ocasionar el retorno de situaciones edípicas no resueltas y originar tensiones angustiosas y esfuerzos represivos cuyo resultado somático desconocemos.

Sin embargo, Joan Riviere supone que la dependencia a la madre es un factor secundario y que una realidad psíquica más importante está constituida porque el niño, ante su desamparo, se enfrenta con su *thanatos*, es decir, a sus núcleos instintivos de muerte proyectados hacia el exterior, según la nueva interpretación de Melania Klein. Vista la cuestión de esta manera queda por advertir que en el enfermo, además del regreso a un estado de dependencia, que requiere objetos de quienes depender, se trataría de un problema de relación anormal entre el sujeto y su *thanatos*, relación cuyo esfuerzo resolutivo se hace en una forma infantil.

MANEJO PSICOLOGICO DE LOS SINTOMAS POR EL ENFERMO EN EL SENTIDO DE LA DEFENSA ANIMICA

Tenemos razones múltiples para pensar que los síntomas o expresiones psicopatológicas de un enfermo tienen siempre un carácter defensivo. La extrañeza que causa al profano la idea de que un delirio, la angustia o el dolor tengan caracteres de defensa, radica en el hecho de aislar el síntoma y de considerar solamente estructuras concientes. Para evitar un largo desarrollo, dejo por aceptar esta situación de defensa, de acuerdo con todos los conceptos psicodinámicos, pero quiero llamar la atención de que la enfermedad, aun dentro de los cuadros de simulación, es un instrumento defensivo (y algunas veces ofensivo) que los niños, los tipos infantiles y las mujeres utilizan con gran frecuencia. Un dolor de cabeza es un arma poderosa para la mujer que no quiere tener relacio-

nes sexuales con el marido; el niño enferma porque no quiere ir a la Escuela; el trabajador se defiende de su hostilidad hacia el trabajo, quejándose de improbables dolores lumbares, etc. Sin embargo, no se trata por el momento de consideraciones semejantes. Habrá que observar qué hace el enfermo con sus síntomas o con el contexto total de su enfermedad.

Antes de comentar el punto, desearía advertir que lo que hace el enfermo con sus síntomas o su enfermedad, ocurre en planos distintos de los cuales muchos son inconscientes y por lo tanto desconocidos por el propio enfermo y comúnmente... también por el médico. Todo sujeto mantiene un nivel relacional con su ambiente físico y social y con sus propias instancias e imágenes. La enfermedad fractura esta relación y el enfermo se ve compelido a buscar las compensaciones necesarias que lo gratifican de las pérdidas libidinosas que aquello le acarrea. Muchas veces se encontrará sorprendido de la gratificación psicológica que obtiene con el padecimiento, del interés que despierta por esa circunstancia, de la disminución de sus responsabilidades. Muchas veces he oído a niños que desean estar enfermos y se alegran de estarlo porque se les regalan juguetes, están todo el día con la madre, los prefieren a los demás hermanos, etc. Entonces el sujeto se aprovecha de sus síntomas para obtener complacencias autoeróticas o de objeto. Ya se verá desde luego la importancia del ambiente que rodea al enfermo, para deducir en qué sentido puede obtener ventajas psicológicas y qué posición va a observar respecto a su enfermedad. Señalaré dos casos que van a permitirme ejemplificar situaciones complejas. El opulento dueño de una negociación que permanece acostado dos días en su residencia porque sufrió un resfriado, experimenta la enfermedad (salvo anormalidades de carácter o circunstancias ocasionales) como un conjunto de sensaciones que lo autorizan a separarse de la gerencia, tomar una comida hecha expreso, gozar de un confort de recámara y de cuidados familiares. Su experiencia con el padecimiento será primitivamente autoerótica, utilizará sus síntomas para una tónica de su omnipotencia a través de su capacidad social. Dicho de otro modo, los síntomas molestos estarán compensados y serán utilizados para la obtención de otras experiencias agradables.

Si tomo el caso, frecuente, mucho más frecuente que el anterior, de un trabajador de bajo salario y muchos hijos, la gratificación que puede derivar de sus síntomas es muy reducida y de muy diferente sentido. Podrá exclamar que ya está cansado y que preferiría morirse de una vez, o blasfemar, con mucha razón, en contra de los patrones o de la infame

sociedad en que vive. Con la primera exclamación "la enfermedad le ha permitido, le ha justificado, un profundo, un peligroso deseo de morirse, dicho de otro modo, lo ha utilizado para dar salida a una instancia auto-agresora. La segunda exclamación es demostrativa de que manejó inconscientemente su experiencia de enfermedad para dar salida a hostilidades mal reprimidas, los síntomas le permiten justificar y expresar sus instancias heteroagresivas.

El enfermo que "aprovecha" su padecimiento o su muerte inminente para obtener una promesa, está manejando su situación en un plano psicológico, lo mismo que cualquiera otro que, en menor valía por un padecimiento crónico, mortifica a la familia con su constante deseo de morirse. Observaremos que no se tratará entonces más que de un sujeto cuya verdadera exclamación sería esta: como ustedes no están en mis condiciones, como no me quieren como a mí me gustaría, los amenazo con mi inconsciente deseo autodestructivo. De esta manera su enfermedad le está justificando sus exclamaciones. Otros enfermos utilizan sus síntomas o su enfermedad para ser buenos, otros más para calmar inquietudes de culpa; pueden aprovecharla inclusive para hacer confesiones que de otra manera no hubieran podido hacer. Hay un caso relatado por Carreen Horney, al que voy a referirme sin interpretaciones, pero que demuestra la dinámica inconciente y las diferentes posturas que origina la enfermedad: "Elena, en el transcurso de unas relaciones apasionadas, pero poco felices con un hombre, se había enfermado gravemente de neumonía. Al desaparecer la fiebre, descubrió con gran sorpresa que sus sentimientos para aquel hombre se había desvanecido. Aún cuando él procuró continuar las relaciones, ya nada significaba para ella..." (10).

INFLUENCIA DEL TIPO DE PADECIMIENTO EN LOS CARACTERES PSICOLOGICOS DEL ENFERMO Y EN SU RESPUESTA

La medicina psicosomática abrió extensos capítulos demostrativos de que el enfermo no debe mutilarse con el solo estudio del órgano enfermo y también de que cada padecimiento plantea problemas psicológicos y sociales particularizados. Omito cifras y especificaciones, que pueden ser leídas de primera mano en los libros de Dumbar, English, Seguin, Matteson, Alvarez y muchos más; pero especifico que cada uno de los autores hace referencia especial a la posición que adoptan los enfermos frente a su padecimiento: hipertensos, fracturados, reumáticos, anginosos. Con el

menor número de referencias sobre nosología haré otros señalamientos más generales. A grandes rasgos, la respuesta sigue el perfil psico-tipológico que regularmente se ha observado en el sujeto antes de que enfermara. Pero hay ocasiones en que sus esquemas de reacción se pierden en forma impresionante y sorpresiva: sujetos estimados por su valor y decisión se muestran compungidos y dependientes. Otros en los que suponíamos mediocridad emocional, se manifiestan como capaces y equilibrados. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, la observación del enfermo nos permite advertir su personalidad previa, reforzada vivamente por el padecimiento. En parangón con la frase conocida de que en la cárcel y en la cama se conocen los amigos, podría decir que durante su enfermedad le descubren la personalidad.

Ante la enfermedad todo ser responde psíquicamente en más o en menos, se muestra valiente o sobrecogido, fanfarrón o temeroso, pero rara vez tiene una respuesta equilibrada. Dicha respuesta, según he dado a entender, está condicionada por el tipo de personalidad y por el ambiente, es decir por el grado de protección o comprensión colectivo o familiar, que se da al enfermo y a su enfermedad. Muy importante resulta introducir otro elemento, capaz de condicionar la respuesta, y que se refiere a los caracteres intrínsecos del padecimiento. Sin embargo, me apresuro a decir que únicamente podremos valorar la respuesta psicológica en función de una constelación de factores y excepcionalmente en base a uno solo de los mencionados. La ignorancia, por ejemplo, puede juzgarse como un factor social que condiciona la respuesta personal e incluso deforma el tipo que le da el sujeto a su padecimiento por cuanto a gravedad o a contagiosidad. Por anecdótico deseo exponer el caso siguiente, que se refiere a lo dicho en forma pintoresca y dramática. A la consulta de la Cruz Roja llegó un sujeto que tomó sitio en la sala y esperó turno. Había venido a pie desde Tacubaya y no manifestó prisa alguna porque se le atendiera. A un practicante le llamó la atención un detalle y descubrió que llevaba un compás clavado en el corazón, que se movía a cada sístole. Lo hizo pasar con urgencia y, cuando le advirtió lo que tenía, se produjo instantáneamente un choque emocional, no pudo dar un paso más, se sucedieron las lipotimias y entró en estado de gravedad inmediata.

Volviendo al punto relativo a la particularidad de los problemas psicológicos según el padecimiento, nada mejor demostrado que las condiciones que rodean la patodinamia de la úlcera péptica (11). A propósito de las perspectivas psicológicas en los hipertensos, Flanders Dumbars señala

dos grupos: el que sigue la pauta de conducta general del cardiópata, es decir, el que pretende desvalorar la gravedad de su padecimiento (en función defensiva contra la idea de invalidez y muerte) y el que desarrolla una gran dependencia y se culpa de no haberse atendido con oportunidad. En el caso de los reumáticos, en los que la misma autora señala una gran incidencia de psicotraumatismo precisos, se aprecia una respuesta tensional que los compele a la acción y desarrollo masoquístico (12).

Neyman nos presenta un inteligente estudio psicológico de los tuberculosos, para el que nos basta aludir y señalarlo en el tratado respectivo de Goldberg (13).

Cada órgano tiene una representación mental, un significado. Su categoría simbólica se encuentra probada en la enfermedad y en la salud. Los pelos, las uñas, el corazón, son sede de cualidades representativas. Exclamaciones como "es todo corazón", "tiene muchos riñones", son muy frecuentes y sustantivas en prueba de lo anterior. Hay mujeres que les tienen horror a los padecimientos ginecológicos, hay otras que a los pulmonares (problema de angustia), y hasta podría decirse que en otros casos hay personas que les agradaría estar enfermas de tal o cual órgano. Recuerdo el caso típico de un proceso de identificación como hay muchos: se trataba de un hombre prominente que enfermó y murió de angina de pecho. Todos sus hijos, enfermos cardiovasculares unos, y otros deseosos de serlo, se encontraban orgullosos de sus molestias e inclusive tranquilos frente a cualquier pronóstico. No creo difícil que la observación nos permita aceptar que el problema psicológico que se le plantea al médico frente a un gastrópata, es distinto que el de un tuberculoso y que el de un sujeto con oclusión coronariana.

La amplitud de señalamiento a este propósito me impide seguir este camino en una simple comunicación y, por otra parte, hay necesidad de percibir otros aspectos que pueden ser utilizados en la apreciación sintética de las psico-reacciones típicas ante ciertos compuestos patosomáticos. Frente a la complejidad sintomática de la reacción, se destacan figuras reactivas que se prestan a ser valoradas en su conjunto; de esta manera surge el enfermo rebelde, el víctima, el héroe, el suplicante, el exigente. Cada uno de estos cuadros es el resultado de una movilización de tendencias que se agrupan en patrones, que el enfermo adopta según su personalidad y circunstancia. Hay dos puntos centrales de respuesta en el problema de la enfermedad: el dolor y el peligro de muerte. Cualquiera consideración filosófica, fisiológica o psicológica, que se haga por el momento

sería obvia y de carácter especulativo, ya que se trata de una realidad total. Sin embargo, no es posible reducir la pauta de reacciones a los dos elementos señalados. Si abandonamos la nosología, tan quebrantada actualmente, podría sugerir, entre otros, los siguientes tipos de padecimientos que son susceptibles de agrupar psico-reacciones semejantes, tanto en el enfermo como en el medio humano que participa del problema. Padecimientos dolorosos mutilantes, invalidantes, repulsivos, contagiosos, astenizantes, profesionales, sobre los que recae un consejo quirúrgico, y padecimientos considerados como mortales.

Sobre cada grupo puede hacerse una larga consideración analítica que omito. Sabemos bastante de la influencia del dolor, del miedo al dolor y de su importancia en la vida humana, para que no se requiera justificar su papel en la reacción psicológica del enfermo y más, según lo ha considerado Heard en su libro sobre Dolor, Sexo y Tiempo (14), La mutilación, se le adjudique o no una representación castradora, tiene consecuencias psicológicas que producirán desequilibrios importantes por mucho tiempo. Los cuidados de rehabilitación en estos enfermos se enfocan principalmente a la restauración psíquica, considerando que no es la mutilación lo que puede invalidar a un paciente, sino el quebranto yoico y la anormalización en la distribución libidinosa. Hay padecimientos que son invalidantes para el amor y el sujeto; al percibir su limitación erótica, no puede hacer la relación de objeto sino al contrario, ocurren cargas desmesuradas que de antemano están sujetas a la frustración y por ende al sufrimiento o a graves represiones. La enfermedad, una u otra, obstrucción los hábitos fisiológicos, los hábitos psicológicos, entre los cuales puede incluirse hasta la diaria lectura del periódico o el besar a los hijos; hábitos bloqueados, que determinan exigencias de escape que son percibidas como sensaciones de inquietud, de impaciencia, de angustia, o bien francamente confusas e intraducibles. Generalmente son atribuidas al malestar propio de la enfermedad. Si tratamos el caso del problema psicológico del enfermo como reacción ante el conocimiento de que su enfermedad es mortal, estamos situados ante el acontecimiento de máxima categoría. En estas condiciones el enfermo no podrá pensar en la muerte, sino en su muerte. Todos sus mecanismos endopsíquicos se ocuparán de la última defensa: la desesperación, la angustia, la idea del más allá y de Dios, el olvido, la represión se pondrán en juego; se preocuparán de ellos o de los demás o quedarán indiferentes. El póstumo libro de René Allendy que lleva el nombre de "Journal de un Medecin Malade" (15),

puede ayudar mucho en el análisis de un proceso patológico al cual primeramente se sometió el enfermo, después se perdió su capacidad habitual de objetivación y finalmente sobrevino el derrumbe psicológico que precedió a su muerte. Dos corrientes poderosas van a originar la posición del enfermo ante su problema patológico de muerte: las instancias tanáticas, su profundidad instintiva en represión constante, y los factores culturales cuya función en la integración del yo individual es decisiva, ya que da los objetos, las referencias, para que el sujeto se estructure anímicamente sobre pautas que relacionan este objeto al yo. Completamos nuestra idea al considerar a la muerte como un hecho, como un concepto y como un objeto en el sentido psicológico (ya que es objeto todo aquello con lo cual se establece una relación).

INFLUENCIAS DEL AMBIENTE EN LA POSICION PSICOLOGICA DEL ENFERMO

Generalmente se hace la división del ambiente en físico y social. Para nuestra finalidad y circunstancia, considero que el ambiente físico del enfermo es función de su ambiente social y por tanto le pertenece dinámicamente. La cuestión se abrevia más todavía al considerar la importancia ambiental en términos de seguridad psíquica. El hospital podrá llenar todas las exigencias para la protección de un sujeto; pero el niño acostumbrado al ámbito familiar, solo podrá ver la sala hospitalaria con hostilidad y desconfianza, cuando no con terror y angustia. Lo mismo ocurre en el adulto, de donde habré de establecer los caracteres objetivo y subjetivo de la seguridad, siendo el máximo favorable cuando unos y otros coinciden. Será entonces cuando el sujeto reaccione más favorablemente. A través de varias observaciones hemos podido averiguar que lo extraño, en contraposición con lo familiar, es lo que produce más reacciones emocionales derivadas de la inseguridad.

Para llevar esta afirmación hasta sus caracteres más generales, es necesario advertir que no se trata solamente de una familiaridad de objetos sensoriales, sino que se incluyen hábitos de pensar o referencias culturales. Por ejemplo, la atención de partos en el medio hospitalario no era "familiar" a nuestra sociedad hace 50 años y por lo tanto tenía un carácter extraño. Actualmente hay una disposición anímica, de carácter cultural, y cambia la posición psicológica del sujeto ante una circunstancia que ha dejado de ser extraña, que ya es común.

En la valoración de los caracteres ambientales que influyen en el ánimo del enfermo, hay una escala que va de lo general a lo particular, en donde el detalle puede ser tan significativo como las circunstancias globales, por cuya razón he decidido focalizar mi consideración sobre dos puntos del ambiente humano del enfermo: la familia y el médico.

Sin embargo, nada cuesta admitir que el sitio donde se atiende al enfermo, modula sus respuestas psicológicas considerablemente, al grado de constituir un motivo central en la determinación de su adecuado manejo.

La familia es el contorno funcional más fuerte que pueda considerarse. Exalta o deprime al enfermo, facilita su tratamiento o lo dificulta. Le crea problemas o los soluciona. Por las condiciones que antes señalé, el paciente llega a depender total o parcialmente de ella. Influye en la elección del médico, objeta sus disposiciones, impone prácticas mágicas. Todo lo que tiene de vulgar el concepto médico es utilizado por ella para enjuiciar la enfermedad y orientar las reacciones del enfermo.

Muchas veces es indispensable abandonar la atención domiciliaria de un paciente y exigir su internamiento, para librarlo de las influencias maternas, de las tías o de los primos. A menudo el pobre enfermo se convierte en un vasto campo de proyección; todo lo que la imaginación popular tiene sobre las enfermedades, se vuelca sobre el caso y lo obliga a luchar contra las insinuaciones o contra los consejos más variados y frecuentemente inútiles o peligrosos. El cariño, el respeto hacia uno de los miembros de la familia puede crear conflictos en el enfermo cuando se ve obligado a evadir sus indicaciones o a temer el abandono afectivo de su parte.

En su vida normal el sujeto decide comúnmente sus preferencias y es capaz, en cierto grado, de evitar intromisiones o interferencias familiares indeseables. Cuando enferma esta condición se hace difícil y sus posiciones defensivas se tornan confusas, originando la dependencia o la irritabilidad inútil. La posición familiar del enfermo se hace decisiva en su psicología reaccional cuando se trata de padecimientos crónicos e invalidantes, pero en todos puedo afirmar que aclara o complica su problema psicológico.

Es singular y significativo que la primera profesión haya sido la de *medecine man*, es decir que la primera posición de una cultura diferenciada partió de la masa, de un ello social, como tendencia primitivamente sublimatoria. La cultura y el yo están estrictamente vinculados, de aquí que el médico represente un factor tan valioso en las relaciones humanas, y ocupe porciones de identificación inconscientes como no sucede a ningún

otro profesionalista (16). Nada puede tener mayor influencia en la psicología del enfermo que la actitud, autoridad y prestigio de su médico. Los mecanismos originales deben buscarse en un primer plano de identificación o de transferencia, pero me basta señalar que los caracteres dependientes del enfermo llegan a ser máximos frente al médico. Ponerse en sus manos es exigir su omnipotencia, de la cual participa el paciente al mismo tiempo que la proyecta, pero también al mismo tiempo se observa que el paciente se entrega para recibir. El que no procede en esta forma tampoco espera recibir mucho, mantiene su desconfianza o su escepticismo como señal de su reserva. Lo más fácil de entender sería que el enfermo espera del médico la salud, pero nos desconcierta el hecho de que muchos prefieren morir, siempre que sean atendidos por determinado profesionalista. Por mi parte estoy convencido de que hay un elemento más poderoso que une al enfermo con su médico, elemento cuyas raíces serán expuestas en otra ocasión. Básteme entonces decir que la posición del médico en las determinaciones psicológicas de su paciente constituye una responsabilidad cuya omisión no se justifica por ignorancia. El manejo de esta influencia favorable debe ser siempre un motivo de preocupación y es tanto su interés que, en lugar de la ejemplificación que este renglón menciona, haré relación de dos temas sobre el particular.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Brill (17) habla de la transferencia como de la capacidad del enfermo para polarizar en torno al médico o al procedimiento empleado en su tratamiento, sus sentimientos de hostilidad y agrado que en realidad se originan en otros elementos endopsíquicos. Generalmente, estos elementos pertenecen a situaciones infantiles (relaciones padres-hijo) que surgen en el curso de la enfermedad o de la presencia o trato con el médico. Es natural que entendamos de este modo el papel paternal que se le asigna al médico tan pronto como se establece la transferencia, por otra parte necesaria, para el adecuado manejo del enfermo, incluyendo a veces el quirúrgico.

Múltiples factores condicionan la transferencia, pero no debemos olvidar que no sólo hay elementos positivos transferibles, sino también muchos de hostilidad. Sucede que en algunos casos la ambivalencia afectiva origina una magnífica y seductora respuesta los primeros días, que se torna en agresión y hostilidad en días subsecuentes. En ciertos ejemplos psicósomáticos la situación aparece más complicada a los ojos profanos,

porque la enferma o el enfermo continúan la consulta con asiduidad, pero los síntomas que habían remitido, vuelven a presentarse con intensidad como consecuencia de una transferencia ambivalente. Me parece razonable dar entonces un valor especial a las ideas de Fairbairn (18) sobre el retorno de los objetos malos, a fin de entender plenamente las ventajas de una identificación parcial para lograr la mejoría de algunos síntomas cuyo manejo psicoterápico es accesible. Más detalles sobre la cuestión serían poco útiles o demasiado superficiales si me atengo al sentido de esta comunicación, que lleva como objeto insistir sobre la totalidad problemática en cualquier enfermo.

La respuesta que un paciente establezca hacia su médico, por importante que sea, no es más que la mitad de una relación cuyo interés y constancia he repetido. La otra parte es la relación libidinosa de médico a enfermo, la respuesta emocional inconsciente que con el nombre de contratransferencia origina las conductas más variadas: desde el interés por el caso, el enamoramiento heterosexual, la satisfacción narcisística, hasta los casos opuestos de una conducta sádica con el enfermo, la resistencia para atenderlo, etc. Esta contratransferencia negativa puede inducir inconscientemente al médico al empleo de terapéuticas agresivas innecesarias, racionalizadas en tal forma que los mecanismos conscientes del profesionalista queden satisfechos o tranquilos. Problema de tal naturaleza cabe dentro de toda relación humana, pero en ninguna alcanza las proporciones trascendentes que en el caso médico-enfermo.

El carácter activo del trabajo médico lo obliga a catexis que son percibidas por su paciente, con más intensidad cuanto mayor sea la transferencia. Si el vínculo quedara disuelto tan pronto como mediara la ausencia, sería menos importante, pero todos sabemos que la influencia permanece, por lo que aquellos actos motivados por la contratransferencia, siendo inconscientes en su origen, no pueden evitarse más que en cierta medida. Ya podemos imaginar, sobre la base de su carácter inconsciente, lo que significa la contratransferencia en los casos quirúrgicos. Bertran Lewin (19) insiste en el valor que ha tenido en el ejercicio profesional la enseñanza médica de los primeros años, en la que se tiene una pauta de entrenamiento sobre cadáveres y animales. Pautas que confieren un exceso de omnipotencia en el manejo de los problemas. Es probable que después la práctica hospitalaria, entendida como escalones para hipertrofiar un mero narcisismo profesional, haya originado canales de contratransferencias poco descables.

Acaso fuera interesante revisar el problema general en nuestro medio médico. Las conclusiones podrían ser sorprendentes, pero en todo caso debemos desprender una conclusión de lo expuesto: la necesidad de ampliar los estudios psicológicos y psiquiátricos en la Facultad de Medicina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 **Fulton**: Fisiología del Sistema Nervioso. P. 219.
- 2 **Henry Sigerist**: Civilización y Enfermedad. P. 97.
- 3 **Raúl González Enríquez**: Proyecto para un Centro de Rehabilitación. 1948.
- 4 **Falk**: Security Against Sickness, New York. 1936.
- 5 **Herman**: Ego Strength and Ego Weakness. The American Imago, Vol. 3. 1942.
- 6 **Weiss and English**: Psychomatic Medicine. 1942.
- 7 **Freud**: Tomo II de las Obras Completas.
- 8 **Roheim**: Interpretación Psicoanalítica de la Cultura. Revista de Psicoanálisis. Argentina, 1947.
- 9 **Roheim y French**: Defense and Synthesis in the function of the Ego, Psychiatric Quarterly. 1938.
- 10 **Kareen Horney**. El Autoanálisis. Ed. Poseidon. P. 198.
- 11 **Raúl González Enríquez**: Problemas psicósomáticos del ulcero gástrico-duodenal. 1948.
- 12 **Harpens and Brothers**: Psychosomatic Diagnosis, Dumbars. P. 430.
- 13 **Goldberg**: Padecimientos Pulmonares.
- 14 **W. Heard**: Pain, Sex and Time. 1939. Harper. Editor.
- 15 **René Allendy**: Journal de un Medecin Malade, París, editores Deuvel.
- 16 **Roheim**: El origen y función de las Culturas. 1936.
- 17 **Brill**: Lectures on Psychiatry. New York. 1947.
- 18 **Faibairn**: La Represión y el Retorno de los Objetos Malos. Revista Psicoanalítica Argentina, año V, 1947.
- 19 **Bertran Lewin**: La Contratransferencia en la técnica de la práctica médica. Revista Psicoanalítica Argentina. Año. IV, 1946.