

PROF. J. J. LOPEZ IBOR

Angustia y Existência. Patologia da Vitalidad

(Conferência do Ciclo Cultural
do «Centenário
do Hospital Miguel Bombarda»)

SEPARATA DA PUBLICAÇÃO

«CENTENÁRIO DO HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA»

LISBOA — 1949

Cien años del Manicomio Bombarda! Cuanto dolor, cuanto sufrimiento vivido entre estos viejos y nobles muros! Y junto, al dolor del enfermo, la inquietud también dolorosa, del médico por yugularlo o aliviarlos. Yo saludo en esta ocasión solemne a los viejos maestros de la psiquiatría portuguesa y a los jóvenes colegas que con tanta devoción y entusiasmo se han dedicado al estudio de los problemas de las enfermedades y al alivio de los sufrimientos de los enfermos. Del otro lado de la impalpable frontera les traigo nuestro tributo de admiración y nuestro alegre saludo de luchadores en el mismo frente.

*
* *
*

Dar una conferencia sobre la Angustia parece una caída en la tentación de la moda. Cuántas veces no surge esta palabra en la boca o la pluma de todos aquellos que se ocupan del hombre moderno? En la conciencia del lector medio, llega a tomar cuerpo la idea de que angustia y hombre actual son términos correlativos, ya que no consustanciales. No ha tenido angustia el hombre en otras épocas? Por lo menos, se dirá, no se ha escrito tanto sobre ella. Y aún es posible que el hombre viviese menos angustiado, más temeroso, pero menos angustiado. El temor puede ser una forma de liberación de la angustia; el temor de Dios lo es, positivamente.

El hombre contaba en otros tiempos con un sistema de seguridad contra la angustia. La sociedad se transformó, aquel mundo de ideas periclitó y contra lo que suponía el hombre pen-

sante, aquéllo no fué una decadencia, sino un cataclismo. Demasiadas veces se ha reproducido la cabalgata histórico-cultural que empieza en el Renacimiento para que tengamos que hacerlo una vez más. Hace ya decenas de años que el peligro se avizoraba. Como es natural, lo vieron primero cierto tipo de hombres intuitivos. Su superioridad no radicaba exclusivamente en la finura de su mente, sino en su sensibilidad. Un danés, Sören Kierkegaard, escribió en 1844 un libro sobre el concepto de la angustia. Tocaba un tema eterno que adquiriría entonces savia nueva: «Cada individuo de una nueva generación tiene, como cada día, una carga especial». Frente a la dialéctica hegeliana de la tesis, antítesis y síntesis, se proclamaba la dialéctica del salto, de la decisión. En San Bernardo, en Pascal, se podía encontrar barruntos de la experiencia, pero con el avance del tiempo, con la destrucción del sistema de seguros que para el hombre constituía su imagen perimétrica del mundo, la necesidad se hizo más perentoria.

Vino después la filosofía existencialista, sobre todo la analítica existencial de HEIDEGGER. Resulta casi increíble que un libro tan abstruso haya sido tantas veces citado, tantas veces leído. Las gentes nuevas son menos banales de lo que creen algunos. Los autores más leídos durante la pasada guerra por los combatientes franceses han sido VALÉRY y CLAUDEL. El poeta alemán que mayor número de espíritus ha encendido en las llamas de la poesía eterna ha sido RILKE, el poeta de la «muerte propia».

Hablar, pues, de la angustia, no es hablar de un tema de moda, sino de un hecho presente. Pero para un médico la tarea es distinta. Yo no me ocupo aquí de la angustia existencial y cósmica del hombre actual, sino de la angustia del enfermo. Lo mismo que se hiciera un libro sobre el dolor no lo haría sobre el dolor cósmico de BYRON, sino sobre el dolor de los enfermos. Y, desgraciadamente, no me ocupo de los valores positivos de la angustia, que los tiene, sino de los negativos.

La angustia es la gran fisura del ser humano, pero él puede enfrentarse con ella, deglutirla, vencerla. Los psicoanalistas hablarían de sublimarla. La angustia del enfermo tiene para él médico otra exigencia: tiene que curarla. No es que la angustia no pueda ser para el enfermo resorte de acción como lo es, en general, la enfermedad; mejor dicho, como puede serlo. Unos sucumben, se entregan a ella. Otros, la convierten en una auténtica fuente de valores morales. Naturaleza y espíritu se hallan en progreso constante en el campo del ser humano. A nosotros, los médicos, nos compete, humildemente, arreglar los desperfectos de la humana naturaleza. Y siempre que podemos, sumar el espíritu a est quehacer.

La pregunta del profano e incluso la del médico no especialista, vuelve una y otra vez a la conversación. Existen más enfermedades mentales como consecuencia de la vida moderna? El hombre ha multiplicado sus poderes sísmicos. La catástrofe de Pompeya inundada por la lava del Vesubio, no es comparable a la de Hamburgo o Hiroshima, y de aquélla se hizo símbolo de la antigüedad clásica. Sin embargo, la experiencia de la Guerra del 14 y de la última guerra mundial, ha demostrado que las psicosis — enfermedades mentales propiamente dichas — no han aumentado. Donde mandan genes tan imperiosos como los de la esquizofrenia, poco pueden influir los agentes exteriores. Pero no ocurre así con las neurosis, que se difunden, como epidemias, durante las guerras. En el sector de la angustia nos hallamos en la frontera entre ambos estados. Es posible que la vida moderna cree un estado de angustia difusa y que por tanto su cristalización mórbida sea más frecuente. Pero, de todos modos, resulta evidente que el hombre angustiado vá más al médico que antes. Por consiguiente que «si enfermo es el que vá al médico», como dijo profundamente v. WEIZSÄCKER, es natural que existan más enfermos de angustia que antes. En este punto los internistas de oído fino pueden opinar con tanto conocimiento como los psiquiatras.

*
* *
*

La angustia ha influido a través de sus formas individuales. Un padre educa a sus hijos con severidad extraordinaria. No les deja salir a la calle por miedo a que les atropelle un automóvil. No les deja comer apenas, por miedo a la enfermedad. Y así los circunscribe más y más, a un estrecho círculo de hierro. Cuál es la clave de esa conducta? La angustia del padre. Esta es una conducta vulgar, cien veces repetida. Sus hijos, a su vez, se angustiarán y deformarán, crearán conflictos neuróticos que los harán caer en la esfera de acción del psiquiatra. Hasta aquí, si bien es verdad que ha desbordado el círculo puramente individual, no habrá traspasado los límites del familiar. Pero, y si este angustiado crónico, en lugar de ser el padre, es, por ejemplo, CALVINO o cualquiera otra figura histórica? Si cito a CALVINO es porque O. PFISTER ha demostrado en un penetrante libro la influencia de esta estructura personal en todo el problema de la Reforma. La angustia de CALVINO interviene en sus ideas sobre el demonio y el pecado, y determina la preponderancia en su doctrina del dogma sobre el amor. La sequedad del calvinismo, su dureza, su crueldad misma — de la que fué víctima como es sabido Servet — tenía, en la angustia del personaje su escondida y poderosa raíz.

Como éste podríamos citar otros mil ejemplos históricos. Ahora, el proceso de acción de la angustia, al mismo tiempo que más difuso, se ha hecho más patente. Cada vez se hace su cápsula más transparente y permeable y esta evolución se debe, en buena parte, a la evolución de la psicología contemporánea. Gracias a sus progresos, nos acercamos una vez más — y sobre todo más fácilmente — al núcleo de la personalidad humana. Este acercamiento no supone, sin embargo, una posesión. Pero realmente la discriminación aquí, como en otros procesos, no es inútil.

La pregunta esencial de la antropología filosófica es siem-

pre la misma: qué es el hombre? Durante mucho tiempo se pensó que el hombre estaba caracterizado por su *logos*, o sea por su razón. En el siglo XIX se empezaron a buscar otras características suponiéndole constituido como una máquina o como un haz de instintos, o como un ser social, etc. Todo esto son aspectos de la naturaleza humana, pero con su enumeración, descripción e interpretación no queda descubierta su verdadera esencia. En ninguna época, dice HEIDEGGER, se ha sabido tanto y tan variado sobre el hombre... Pero en ningún tiempo se ha sabido menos lo que el hombre realmente sea que en los tiempos actuales. Jamás ha sido el hombre tan problemático como ahora.

En esta encrucijada los filósofos han sentido la necesidad de introducir un orden y una jerarquía dentro de los puntos de vista acerca de la naturaleza humana.

Cómo podrían lograrlo? En las interpretaciones anteriores se elegía un rasgo de la vida humana y después se elaboraba la interpretación refiriendo todos los demás a él. El psicoanálisis y la psicología adleriana constituyen los más adecuados ejemplos de estas interpretaciones unilaterales. El hombre se caracteriza por su instinto sexual o por su instinto de poder y todas las demás actividades humanas emergen de estos núcleos instintivos como una planta de una semilla. Cada visión unilaterale supone, necesariamente, una crítica de las demás; y si se acepta, por ejemplo, que el instinto de poder es el radical primario de la existencia humana, tiene, por fuerza, que pasar a segundo plano en la escala de valores el instinto sexual y viceversa. Lo mismo podríamos decir de otras interpretaciones precedentes no de la psicología, sino de la sociología e incluso de la misma filosofía. Cómo lograr descubrir la verdad radical y primaria del ser del hombre?

La antropología existencial busca otro punto de arranque totalmente diverso de los anteriores. Parte de un rasgo esencial de la vida humana y trata de interpretarla en sí misma, como algo único y singular, que no puede derivarse de ningún otro rasgo

ni ingrediente: la alegría, la angustia, el aburrecimiento, la exaltación, etc., podrían ser éstos puntos de partida. Con este punto de partida no se trata de llegar a la visión total por adición de los conocimientos adquiridos en la interpretación de cada rasgo, sino directamente, tratando de comprender cada uno de ellos como referido a la totalidad. De todos los posibles rasgos a analizar como punto de partida para una interpretación de la existencia, el más fecundo y prometedor es el de la angustia. La angustia constituye, sin duda, la mejor vía de acceso hacia la estructura íntima de la existencia.

La situación de la angustia en el plano de la existencia humana es totalmente incomprensible si no tenemos una idea de lo que ésta es y significa. El hecho primordial es que el hombre *existe*, no que piensa, ni que siente. Tampoco que existe la humanidad. El hombre es un hecho simple, desnudo; a este dato primario del existir es a lo que HEIDEGGER llama *facticidad* humana. Estoy aquí y ahora, es la fórmula de esta facticidad. Generalizando, es el estar-en-el-mundo. Cuando la conciencia aparece, cuando uno se dá cuenta, *ya estaba allí*; por esto la facticidad es primaria. Pero para qué está? Para nada. En el cristianismo el hombre existe por designio de Dios; es un ser contingente como un barco abandonado en un océano, pero no se halla perdido sino ligado por un hilo sutil al principio absoluto. En la filosofía existencial tal hilo no existe. El hombre se encuentra lanzado o arrojado a este hecho primario de su existencia sin sentido previo. Es tan grande la contingencia humana que SARTRE emplea una expresión cruel: «L'homme est de trop». El hombre está de más en el mundo. Como si el Universo o la Creación estuvieran hechas sin contar con él.

Por eso el hombre sólo se siente bien en determinadas circunstancias, como si necesitara un mundo a sua medida. Si éste es demasiado grande, siente el vacío de los espacios infinitos de que hablaba PASCAL cuando decía: «Abime dans l'infinie immensité des espaces, que j'ignore et qui m'ignorent, je m'efraye et

m'étonne de me voir ici, plutot que là...». Si el mundo es demasiado pequeño le oprime. Esta constitutiva necesidad de vivir en un mundo propio de dimensiones ajustadas, es la que se vé con mayor y más apremiante necesidad en el mundo enfermo del angustia. El espacio grande le produce angustia (agorafobia); el espacio cerrado también (claustrofobia). Necesita vivir en un mundo a su medida que es más pequeña que la del hombre normal. Lo que desborda por arriba o por debajo de estos límites, le produce angustia. Su mundo limitado se caracteriza por tener puntos de referencia que le prestan apoyo y solidez a sus relaciones con él. Cuando faltan, siente vértigo, y si las referencias que faltan son humanas, el otro ser siente también la fobia de la soledad. Pero si se vé sumergido en una multitud, las referencias le oprimen y también siente angustia (oclofobia). Lo esencial estriba siempre en su necesidad constitutiva y vital de existir en un mundo determinado, propio, específico.

La existencia no es algo positivo, ni algo logrado de una vez para siempre. La característica esencial del hombre es, precisamente, que no existe sino en tanto en cuanto se proyecta hacia adelante. La existencia humana tiene un más-allá que ella misma. HEIDEGGER piensa que el hombre, al existir, sobrepasa y trasciende de ese modo primario de facticidad, pero permaneciendo en su mundo. SIMMEL habla, en plano de la vida, de que ésta es «más-que-vida» y ORTEGA formula con gran elegancia expresiva idea pareja cuando dice que la «vida humana es un proyecto vital». No se vive en el momento sino proyectando siempre una vida. La vida real no es la vida en bruto del momento sino la vida que con su carga de pasado forja un porvenir. La auténtica vida humana no es la vida del «man» del hombre sumergido en la cotidaneidad, sino la del que se inquieta permanentemente, la del que eleva la autodeterminación a principio de su propia vida. El «man» de HEIDEGGER, el hombre cotidiano, anónimo, desprovisto del atributo de la inquietud, es una especie de «robot» vivo.

El hombre existe siempre en precario y *en este modo fácil y precario de existir se manifiesta en la angustia.*

La angustia se tiene por algo indeterminado y carece de fundamento; precisamente por ello el hombre está inerme frente a la angustia. Cuando le amaga un peligro en una dirección determinada puede defenderse contra él, pero tal actitud no puede tomarse cuando el peligro viene *de todas partes y de ninguna.* En la angustia lo que le amenaza precisamente al hombre es su relación con el mundo. El ser humano se siente envuelto en su propio mundo como en un medio caliente y conocido; en la crisis de angustia este caracter de mundo circundante, de la *circunstancia*, que diría ORTEGA, se cambia. En la angustia se disuelven las relaciones que tiene el hombre con las cosas, con los demás hombres, e incluso con los valores espirituales. Todo aparece lejano e como envuelto por una niebla. La vida, antes llena de sentido y rica de colores, se convierte en problemática, oscura y amenazadora. El hombre, en fin, se siente apátrida en su propio mundo.

Cuando pasa la crisis de angustia se dice a sí mismo como sorprendido: *en el fondo no era nada.* De esta frase aparentemente tan vulgar parten las consideraciones de la filosofía existencial. En el fondo no era nada, porque la nada misma se manifiesta en la angustia. No se trata de una expresión sin sentido, sino de un fenómeno positivo de la existencia humana. Es más, esta revelación de la nada es lo que concede al hombre la posibilidad de una existencia auténtica.

Qué experimentan los enfermos en medio de su crisis angustiosa? Tiene algún parecido sus vivencias angustiosas con la descripción de la angustia de la filosofía existencial? He aquí dos preguntas cruciales que exigen el intento de una clara respuesta.

La angustia del timópata — nombre con el que yo propongo designar a estos enfermos — es en el fondo y contra toda apariencia, un sentimiento sin contenido propio *primario.* JASPERS

clasifica los sentimientos según tengan contenido o no en determinados o indeterminados. El enfermo suele referir *algo* como determinante y provocador de su angustia, pero el análisis detenido demuestra que ésta es una falsa interpretación. El agorafóbico siente su crisis al cruzar una gran plaza desierta; parece, pues, que sea el vacío el determinante. El claustrofóbico, que a veces resulta ser el mismo enfermo en un momento distinto, siente una crisis análoga en un recinto cerrado. El mismo enfermo puede sentirla al verse en un tren y por temor a ella se queda junto al pasillo de butacas en un teatro o junto a la pila de agua bendita en la iglesia. Este polimorfismo situacional indica, por consiguiente, que la situación desempeña un papel secundario en la determinación de la crisis.

Si se analiza exactamente lo que pasa en el enfermo se observa que lo que teme es «gritar» o «no poder contenerse» o «perder el control» o «volverse loco allí en medio». Cuando el enfermo al cruzar una plaza quiere que le acompañe alguien, es porque piensa que si le sobreviene la crisis, «el que le acompaña le podrá ayudar». Si se sienta junto al pasillo en la butaca, es porque piensa que si le sobreviene la crisis podrá evadirse con facilidad y «evitar lo que pudiera ocurrir».

En otras ocasiones, en cambio, el enfermo huye de sus semejantes y prefiere estar solo, precisamente para que no haya espectadores de la crisis o sujetos pasivos que atraigan los rayos de su descarga. En esta postura doble ante la comunidad humana, en la que unas veces se la teme y otras se la busca, se reconoce, una vez más, la vivencia angustiosa como emergente de una *situación límite*.

La crisis angustiosa es originariamente anterior a la situación, ya que es endógena pura. En idénticas situaciones no siempre se presenta. La mayor parte de las veces se huye de una determinada situación simplemente por temor a que la crisis se presente. Existe, pues, en el enfermo la crisis de angustia por

una parte y el temor a que se presente la crisis, por otra. Esta es una de las formas de «miedo angustioso».

Avancemos ahora unos pasos más en el análisis de lo que específicamente es la vivencia angustiosa. El análisis se presenta lleno de dificultades en la gran mayoría de los casos. Muchos enfermos carecen de la suficiente introspección para poder describir con pureza la verdadera vivencia interior. Si el enfermo dice que tiene «temor de dar un espectáculo», ésto es sólo un trasunto secundario y racionalizado, de la vivencia auténtica; más próximo al núcleo de la misma se encuentran las expresiones de «temor a perder el control» o «temor a volverse loco».

Lo que el enfermo siente, en definitivo, en plena crisis, es la amenaza de la disolución de la unidad del yo. La continua mudanza y variación del mundo de las vivencias se encuentra reflejada en la frase heraclíteica «nadie se baña dos veces en el mismo río». Mas, por debajo de tal mudanza, algo permanece continuo y perenne. Este algo, esta unidad histórica de la personalidad, también se dá en cada momento de la vida. El hombre es un ser complejísimo de estructura. El estrato material por una parte, con cada órgano y célula, trabajando con ritmo autónomo; los estratos de la vida psicológica por otra, las sensaciones que afluyen, los pensamientos que nacen, la memoria siempre dispuesta. Pero tal estupenda variedad es sólo aparente, ya que el ser se siente uno en cada momento y los citados elementos no son más que reflejos de su propia actividad. Pues bien, esa unidad del yo, *que es el yo mismo*, es la que amenaza con quebrarse en la crisis de angustia.

Por eso el angustiado que es capaz de someter su vivencia a un análisis más detenido, dice que «teme volverse loco». La locura representa en la mente del angustiado la disolución de la unidad del yo. La imagen corriente que se tiene del «loco» es la del hombre que es capaz de realizar actos insospechados para el hombre normal. El «loco» pierde el control de sus actos, dice. La persona normal se controla, está siempre con las riendas de

sus actividades en la mano. Si se pierden las riendas, si el barco pierde la ruta, entonces se realizan actos que son «ajenos» a la propia manera de ser». El hombre se «enajena».

El timópata, en la crisis de angustia, lo que teme es realizar actos ajenos a su propia manera de ser que le revelarían como loco. Muchas veces no tiene la clara vivencia del acto a realizar, sino más simplemente de la desintegración, que es la que se halla en el fondo. Este mismo temor a la desintegración, les produce una inseguridad de sí mismos que cuando se proyecta sobre sus relaciones especiales, se manifiesta en forma de crisis vertiginosa.

Si se comparan las expresiones acuñadas para definir la angustia, se vé inmediatamente que no es lo mismo la angustia del enfermo que la descrita en la antropología existencial. El enfermo timópata siente el temor a volverse loco, es decir, a que se desintegre su yo, y en cambio la angustia existencial es la angustia ante la nada. Probablemente en muchas descripciones existenciales se trata de experiencias propias, especialmente en KIERKEGAARD, y si la idea es cierta, debemos pensar que algún puente debe de haber entre estas dos descripciones de la angustia.

Podríamos establecer un paralelismo con lo que ocurre con las ideas de vida y existencia. No cabe duda acerca del hecho de que pertenecen a planos distintos, pero entre ambos puede establecerse una relación análoga. La vida humana es proyecto vital y la existencia humana es también salto hacia el porvenir, proyecto existencial. En la angustia del timópata, que proponemos llamar «angustia vital», el ser siente que se desatan las armaduras del yo, pero cuando la marea angustiosa sube, es la propia existencia del yo la amenazada, no sólo su unidad. En este ascenso de la marea puede llegar un momento, cuando la crisis se desencadena de un modo violento, en el que el yo comienza temiendo perder su unidad y llega a temer por su propia existencia; entonces aparece el *presentimiento de la nada*, que en la vida corriente termina en el desmayo.

El yo no es una unidad estética, como un englomerado

inerte, sino que es esencialmente una relación de uno consigo mismo. Es como un movimiento de lanzadera que parte del yo y vuelve al yo mismo. El individuo, pues, *no es tanto el que es, como el que se está haciendo*; para hacerse el hombre continuamente elige entre las posibilidades que se le presentan, pero *algo que siempre elige — para subsistir — es el hacerse a sí mismo*. No se posee uno a sí mismo más que limitando lo que se posee, *simplificándose*. Los niños piensan en multitud de cosas, el pensador objetivo sólo algunas. El angustiado, en el vértigo de la libertad, teme perderse a sí mismo.

Existe un momento de la crisis de un interés extraordinario. Es aquel en el que el sujeto tiene la vivencia de que *todo puede pasar. Cualquier posibilidad es posible*, podríamos decir, recurriendo a una tautología para expresar la densidad de la vivencia. En la vida normal «uno» se siente capaz de tales y cuales cosas; pero ellas están limitadas por un perímetro que es lo que le concede a *uno* su rango de persona. Las limitaciones externas están constituidas por las coerciones que ejercen sobre nosotros las fuerzas físicas de la naturaleza. Las limitaciones internas son las netamente humanas, las que le dan a «uno» la propia conciencia de que es «una persona». Los valores éticos, la represión de los instintos, etc., constituyen otros tantos eslabones de esta cadena interior. La existencia no es proyecto indefinido de posibilidades puesto que aun descontando las imposibilidades físicas, existen las propias dimanantes de la peculiaridad del ser. La facticidad primaria del ser halla, en esta limitación, su trasposición al plano del futuro. *En la crisis angustiosa el abanico de las posibilidades se despliega de un modo terrible e indefinido: todo es posible cuando se pierde el control del yo*. De ahí surgen las fobias: la madre tiene miedo al cuchillo porque con él existe la posibilidad de que pueda matar a su hijo. Ella, en su estado normal, no lo haría jamás, pero la angustia le revela que su ser no sólo es el ser que ella conoce por su modo de vivir cotidiano, sino una especie de monstruo capaz de todo, hasta de matar a

su propio hijo. De la vista del cuchillo la fobia se extiende a todos los objetos puntiagudos y así se van engarzando todos los contenidos fóbicos como una cadena mágica.

El reino de la posibilidad desplegado ante el ser, es lo que le angustia. La vida necesita concreción, estabilidad. Si, por una parte, es cierto que la vida es fluencia, por otra parte no es menos exacto que las funciones vitales se realizan convirtiendo la fluencia en estabilidad. Esto ocurre de un modo muy evidente en el campo de la percepción. El hombre se halla ante el mundo exterior que le envía continuamente estímulos variados y diversos. Pero el hombre, para vivir en el mundo, necesita organizar esos estímulos y, por eso, la percepción es siempre una percepción organizada. Dota de forma a la miriada amorfa de estímulos. Cuando se quiebra este comercio normal entre el hombre y el mundo que le rodea, es porque aquél se halla en estado de crisis. En las crisis de angustia se altera el hombre en su mismo modo de estar-en-el-mundo; de aquí que correlativamente a las vivencias internas se alteren las vivencias que le producen la percepción del espacio y de alteraciones en la percepción del tiempo. El vértigo es una manifestación de esta rotura de equilibrio.

Cuando el ser se halla abierto al océano infinito de posibilidades, se angustia, y, entonces, para huir de su angustia, se adhiere a lo real de un modo espasmódico, como se adheriría a un saliente alguien que fuese a caer en un abismo. Al asirse espasmódicamente repite, obsesivamente, la misma idea o la misma acción. *La repetición sería un mecanismo esencial de defensa contra la ansiedad.* Sobre el papel defensivo de la obsesión ya habían llamado la atención, especialmente, los psicoanalistas. Sin embargo el enlace se hace en un plano más profundo de lo que señala el psicoanálisis. Es esencial, pues, en la crisis angustiosa este proceso de atracción y repulsión, el mismo que se experimenta ante un abismo. La angustia es el vértigo de la libertad. Ante la sexualidad, ante el pecado, ante la falta, la angustia queda adherida, atraída, como el vetriginoso por el abismo, pero sin

caer. La caída produce el cese de la crisis angustiosa como en el fóbico el consentimiento hace ceder momentáneamente la crisis. En la dinámica de la crisis angustiosa nos encontramos con el viejo principio heracliteo de la antidromia que JUNG ha puesto de nuevo en vigor, como una de las leyes fundamentales del psiquismo: «Todo camina hacia su contrario». La vida hacia la muerte, la guerra hacia la paz. La posibilidad de la libertad ilimitada sentida por el angustioso camina hacia la limitación de su mundo impuesto por las fobias y las obsesiones.

Creo que al lado de la psicosis maniaco depresiva debe incluirse, en el círculo timopático, un grupo especial de enfermos cuyo síntoma fundamental es la ansiedad. Lo que interesa que quede bien sentado es que se trata de una interpretación distinta de cuadros clínicos que hasta ahora habían sido mal filiados. Una parte nuclear del mismo está constituida por la neurosis de angustia, pero a diferencia de las descripciones clásicas y psicoanalíticas de estas enfermedades, no considero como tal neurosis, es decir, como un cuadro provocado psicógenamente o desencadenado reactivamente, *sino como un cuadro endógeno*. En la sintomatología de los timópatas, al lado de la angustia vital figuran los vértigos, muy característicos de los agorafóbicos y toda una serie de trastornos somáticos y vegetativos. En ella nos encontramos con alteraciones de la percepción del espacio y del tiempo prácticos. La sintomatología vegetativa es muy curiosa: muchos de los cuadros diagnosticados como de neurosis orgánica pertenecen también a este círculo morboso. Más sorprendente es la asociación de estos cuadros psíquicos con una cierta sintomatología neurológica, hecho sobre el cual no se había llamado la atención hasta ahora. El calambre de los escribientes y el tortícolis espástico constituyen buenos ejemplos de ello. Los ataques vasovagales no pertenecen al círculo de la epilepsia, sino al de la timopatía.

Si tratamos ahora de analizar los modos de presentación de

la angustia estableciendo entre ellos gradación diferencial, aparecerá, con toda claridad, resuelto el problema clínico.

Existe en primer término una *angustia motivada* o desencadenada por una situación de la misma manera que existe una tristeza motivada. Se trata de una reacción y por consiguiente cesa cuando se extingue el motivo desencadenante, o, por lo menos, se adivina una cierta proporción entre ambos factores. En la literatura reciente americana se usa mucho el término «neurosis de angustia» para delimitar los trastornos psíquicos aparecidos por la influencia de la guerra. Estos son aún más evidentes en la población civil. WILSON refiere — por alegar un ejemplo — que de 697 pacientes llevados al hospital a consecuencia de un raid aéreo, 134 padecían de disturbios emotivos, paraplejias histéricas y estupor debidos al miedo y a la ansiedad. A todos se les dijo que reacción era debida al miedo y que era bueno que reanudaran sus actividades normales. Todos pudieron abandonar el Hospital en las primeras veinticuatro horas y sólo 6 volvieron. En ellos se descubrió la presencia de rasgos psicopáticos. La experiencia de nuestra guerra concuerda absolutamente con esta. DELGADO ROIG ⁽¹⁾ al hablar de los estados de ansiedad durante nuestra Guerra Civil dice «que se trataba de formas reaccionales de tipo accidental que acaso pudieran despertar incluso psicosis incipientes, pero nunca adquirieron el carácter de autonomía suficiente para considerarles como específicas, aparte de que desaparecían al poco tiempo de haber cambiado las situaciones ambientales. Podía hablarse entonces de una angustia de situación que coloreaba accidentalmente el cuadro de la neurosis».

Si se reflexione un momento, inmediatamente se echa de

(1) DELGADO ROOIG: «Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial de la angustia». Discurso de ingreso en la Real Academia de Sevilla, 1944. Véase también sobre este punto la ponencia de Rojas Ballesteros sobre «Alteraciones psíquicas de Guerra». Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 1 y 3 de 1942, y también el libro mío sobre «Neurosis de Guerra», antes citado.

ver que en el planteamiento introducido por la palabra psicognia hay algo que no debe concordar con la realidad. Psicogenia quiere decir influencia de lo psíquico sobre lo somático, pero cómo concebir este impacto de la vivencia sobre el teclado corporal? El pensamiento y las secreciones, por ejemplo, son órdenes distintos de fenómenos, clases sustancialmente diferentes y el problema más radical y profundo de la psicología de todos los tiempos ha sido el de esclarecer las relaciones mutuas entre ambos. Las tesis del paralelismo o de la acción recíproca no son más que explicaciones insuficientes; pero el problema cobra nueva luz cuando pensamos que en el hombre no se halla el cuerpo por un lado y el alma por otro, sino que se trata de un «cuerpo animado» o de un «alma encarnada». En la doctrina escolástica se dice que el alma es la forma del cuerpo, pero la forma no es capaz de tener una acción propia, sino que tiene por así decirlo una misión constitutiva. Constituye el cuerpo animado y así resulta que el alma es el principio por el cual el cuerpo organizado se mueve él mismo.

Por oscuras que parezcan estas afirmaciones son, sin embargo, las más claras que pueden darse sobre este problema y las que mayor aplicación tienen en la clínica psicosomática. Porque, en definitiva, de lo que se trata es de que las acciones del hombre no debemos considerarlas como resultados del estímulo psíquico descargado sobre lo orgánico, sino como acciones de la unidad integral cuerpo-alma. Y lo más interesante es siempre penetrar en aquellas regiones que se hallan más próximas a aquella línea que llamaba NOVALIS «la costura entre el alma y el cuerpo». Esta región es la de la *vitalidad* en sentido amplio. Con un valor heurístico ponemos considerar en el hombre tres capas o estratos. Un estrato superior o puramente psíquico, un estrato inferior o somático y un estrato intermedio o vital. En la capa vital residen, por decirlo, los llamados *sentimientos vitales* que son aquellos que nos dan noticia del modo especial como está o como se encuentra la persona humana. Sentimientos vitales son los de: tristeza,

cansancio, angustia, impulsividad, y además todo un conjunto de manifestaciones instintivo-afectivas, como las del hambre, la sed, el apetito sexual, etc. Pues bien, estos sentimientos vitales se afectan siempre en la enfermedad de cualquier clase que sea y como decíamos al principio, cuando el médico pregunta al enfermo cómo se encuentra, lanza su encuesta sobre el nudo central de la vitalidad. Las infecciones comienzan siempre por una serie de trastornos vagos y difusos que el enfermo resume con la expresión de que siente malestar. En otras enfermedades netamente somáticas observamos lo mismo. Pero no es este el caso sobre el cual vamos a insistir precisamente en el día de hoy.

La vitalidad enferma autónomamente, y este es a mi juicio el punto esencial de la patología de la vitalidad, sin que podamos atribuir se enfermedad ni a causas somáticas ni a causas psíquicas en muchos casos. La autonomía de la vitalidad procede, esencial y radicalmente, de la autonomía de la vida. El ser vivo no es un puro compuesto físicoquímico, sino que se caracteriza, como decían los escolásticos por su capacidad de moverse a si mismo; y como agregaba SCHELER, porque tiene una «intimidad» o interioridad. Es decir, en todo ser vivo existe como una especie de punto de observación central, que en el hombre es aquella instancia psíquica que llamamos yo y que permite observar el panorama interior con una cierta distancia y con una neta separación del medio exterior. Por éso en enfermo se encuentra bien o se encuentra mal, es decir recibe en su observatorio central esta palpitación de sus plasmás que le expresa el modo de hallarse su vitalidad.

El tipo esencial que me permitió penetrar y ahondar en el estudio de la patología de la vitalidad con puntos de vista personales fué el análisis de la «depresión vital». Existe una enfermedad clásicamente conocida en psiquiatría, llamada melancolía y que consiste en que el sujeto hasta entonces sano se vé presa de una inmensa tristeza y desesperación anclada en sus propios plasmás y no referible ni a ninguna enfermedad corporal ni a

ningún motivo exterior. Aunque la enfermedad, en sus manifestaciones más evidentes, pertenece al círculo estricto del psiquiatra, sin embargo, en sus formas más moderadas está extraordinariamente difundida y no hay médico que no haya visto decenas e incluso centenares de casos en el curso de su vida profesional. Son esos enfermos que se encuentran tristes sin saber por qué, cansados de la vida, incapaces para hacer frente a las exigencias de la realidad cotidiana, que se consideran fracasado y que arrastran ese estado durante unos meses, desapareciendo un día como por ensalmo. Los médicos, y los profanos también, son muy aficionados a emplear la palabra agotamiento en estos casos y se piensa muy trivialmente que es el exceso de trabajo el que los ha determinado y el reposo el que los ha de curar. La observación continuada del curso clínico demuestra que no hay tal exceso de trabajo ni acción curativa del reposo, sino que ha sido un fenómeno que ha cursado ante los ojos del médico con su ritmo propio, del cual no ha sino más que un espectador falto de comprensión para lo que ante él pasaba.

Pues bien, junto a estas depresiones mitigadas que como digo pertenecen tanto a la experiencia del médico general como del psiquiatra, existen otras formas no menos interesantes de perturbaciones de la vitalidad. De ellas hay una a la cual he dedicado especial atención en estos últimos años. Me refiero a la *angustia*. La angustia y la ansiedad, vivencias que apenas es necesario describir, puesto que raro es el mortal que se haya visto libre de ellas en el curso de su vida, representa el nódulo central de la patología psicosomática. Yo procuro revisar con especial cuidado la ingente producción bibliográfica psicosomática actual y como resultado de este análisis puede afirmar que en la inmensa mayoría de los trabajos se alude a la angustia como síntoma concomitante o acompañante de las perturbaciones allí descritas, ya se las califique de neurosis gástricas, intestinales, cardíacas, sexuales, etc. Hace pocos días me decía uno de nuestros mejores internistas, «Estoy sorprendido, porque cuando pregunto a mis

enfermos gástricos, cardíacos o intestinales, que no tienen lesiones orgánicas, siempre me tropiezo con el problema de la angustia». Y es que la angustia no es un síntoma concomitante de estas perturbaciones, sino el síntoma nuclear y las perturbaciones en los órganos no son más que las proyecciones somáticas correspondientes de la angustia vital del enfermo.

Existe una angustia reactiva, la que se siente ante una situación exterior determinada. De la misma manera que existe una tristeza reactiva producida por una desgracia, por ejemplo. Pero existe otra angustia, que mana de dentro, que no tiene nada que ver con lo que puede suceder en el mundo exterior ya ésta es a la que yo llamo *angustia vital*, puesto que, en definitiva, es uno de los modos que tiene de perturbarse la capa vital de la personalidad. La angustia se expresa en una serie de síntomas somáticos y viscerales. CANNON describió muy bien la vertiente somática de la misma y entre nosotros MARAÑÓN publicó unos trabajos muy interesantes sobre la emoción adrenalínica. Pero al lado de los síntomas somáticos se halla la vivencia interna del angustioso, que según mis observaciones, no consiste en el temor a la muerte como se ha venido diciendo en muchos libros de medicina y de filosofía, sino en el temor «a volverse loco», es decir a perder el control de su personalidad (1).

Junto a la angustia debemos alinear en la sintomatología clínica los *vértigos*. En los últimos años la clínica de los vértigos se halla absorbida casi totalmente por el llamado «vértigo de Menière» y ésto constituye una terrible exageración y un error que es conveniente corregir. El vértigo de Menière es un vértigo en relación con una afección del 8.º par y es necesario para poder diagnosticarlo, descubrir síntomas objetivos que revelen que éste se halla realmente lesionado en sus ramos coclear y vestibular.

(1) Sobre todos estos puntos véan mi libro (en preparación) sobre «La angustia vital y el círculo timopático» — Editorial Por Montalvo, Madrid.

Sin embargo, la gran mayoría de los vértigos que vemos en la clínica no son vértigos de esta naturaleza, puesto que en el examen clínico no encontramos signos de que el 8.º par pueda estar afectado. Se trata de vértigos que yo he calificado con el nombre de «timopáticos» ampliando con ello el concepto de vértigo agorafóbico. Se me ha quedado muy fijamente grabado en la memoria el primer caso en el cual pude percibir con claridad que me hallaba ante un fenómeno clínico corrientemente mal interpretado. Se trataba de un enfermo de Tetuán que tenía unas crisis vertiginosas en las cuales parecía que le iban a fallar las piernas y que le sumían en un estado de ansiedad indecible. Las crisis se presentaban en especiales situaciones psicológicas, preferentemente en espacios abiertos. El enfermo había sido sometido ya a una radical de mastoides, pensando que en el oído se hallaba la causa de sus trastornos. Ante el fracaso de esta operación el otorrinolaringólogo la propuso la sección del 8.º par. La exploración somática y neurológica realizada por mí era negativa. Partiendo de la idea de que el vértigo no era mas que la expresión de una perturbación de su capa vital, manifestada simultáneamente por la angustia y la depresión que el enfermo tenía, y que la depresión no era secundaria a su estado de enfermedad, sino primaria y de la misma calidad patogénica que sus vértigos, comenté el caso con mis colaboradores del Hospital y entonces decidimos practicarle unos electroschocks. El cuadro remitió completamente y como por ensalmo. De ello hace tres años. Desde entonces mi experiencia se ha acrecentado, de un modo tan considerable, que me permite afirmar que el 80 % de la patología de los vértigos se halla representada por estos vértigos que califico de timopáticos.

Otra manifestación esencial de la patología de la vitalidad se halla representada por los ataques que siguiendo una denominación clásica podríamos seguir llamando «vasovagales». Como Vdes saben, GOWERS describió en su libro sobre las fronteras de la epilepsia un tipo especial de crisis caracterizadas porque el

enfermo, de una manera súbita, à veces espontáneamente y otras desencadenadas por el frío sufría unas crisis de palpitaciones, gran opresión en el pecho, frialdad en las extremidades, lentitud de pensamiento, inhibición, etc. El enfermo se dá cuenta, por regla general, de lo que pasa a su alrededor, pero no puede reaccionar adecuadamente. GOWERS creía que se trataba de espasmos del vago y señalaba el íntimo parentesco existente entre estos síntomas y la epilepsia. WILSON describió despues los ataques de *epilepsia periventricular* caracterizados por palpitaciones, palidez, vértigos, sensación de frío, taquipaca, temblor, imposibilidad de hablar. Al terminar el ataque el enfermo se sentía invadido por una gran depresión con tendencias suicidas. Es curioso que tanto GOWERS, como WILSON, como los autores más recientes siempre las han situado en las fronteras de la epilepsia, no sé en virtud de que razón, a no ser que se piense que la epilepsia debe absorber todo lo que sean crisis generales. La historia del enfermo y el estudio detallado de la sintomatología, demuestra que ni pertenecen a familias de epilépticos, ni tienen constitución enequética ni, en fin, puede descubrirse nada que justifique tal filiación. Todos los datos hablan a favor de su inclusión en el círculo tímico, es decir, en el de la patología de la vitalidad. Si a un enfermo de esta clase lo tratan Vdes. con barbitúricos como a un epiléptico no conseguirán nada y en todo caso agravarán el problema. Si se le trata con choques vegetativos, según el proceder de mi clínica, entonces resolverán el problema casi en la totalidad de los casos.

Íntimamente imbricado con el problema de la vitalidad está, a mi modo de ver, el de las *neurosis orgánicas*. El concepto de neurosis orgánicas se creó a partir del supuesto de que existían alteraciones en los nervios vegetativos que inervaban las vísceras y que a estas alteraciones anatómicas y localizadas se debían los trastornos que presentaban los órganos enfermos. Que ésto puede ocurrir lo ha demostrado incluso la necropsia, pero en muy raras ocasiones. En la mayoría de los casos el clínico se vió forzado

a admitir que no eran alteraciones anatómicas, sino funcionales y en una tercera fase se descubrió la importancia de las vivencias psíquicas en el determinismo de las neurosis orgánicas. Un enfermo con vómitos incoercibles expresa mediante ellos la regugnancia ante la situación vital en que se encuentra: o las palpitaciones de otro, eran la traducción somática de un complejo sexual.

Las neurosis orgánicas constituyen el caballo de batalla de la patología psicosomática, pero yo creio que en la mayoría de ellas, por no decir en todas, no se trata más que de modos especiales de enfermar la vitalidad en sus dos vertientes somática y psíquica. Es curioso anotar las transposiciones que ofrecen los síndromas en el curso de la vida de los enfermos. En una primera fase el enfermo nos ofrece un cuadro asmático o de neurosis cardíaca y en una segunda se muestra netamente agorafóbico o con una neurosis intestinal. Una enferma mía presentaba un asma tan rebelde a todo género de terapéuticas empleadas por los mejores especialistas en la afección, que acabó por convertirse en dolantinómana. La enferma llegaba a inyectarse de 12 a 15 ampollas de dolantina por vía intravenosa y con escasos resultados. La enferma fué entregada al psiquiatra que en un largo y penoso trabajo terapéutico, combinando métodos somáticos y psíquicos logró la desaparición total del cuadro asmático. Años después la enferma presenta crisis vasovagales como las descritas anteriormente y otros episodios que consisten especialmente en vivencias de extrañamiento de la realidad. Se me dirá: es que el asma era puramente psicógeno. Pero a ésto yo respondería que por que razón los asmatólogos, buenos conocedores de la cuestión la consideraban como alérgica. Mi tesis es la siguiente no son trastornos primariamente psicógenos, ni somáticos, sino vitales (tomando naturalmente la palabra vitalidad, en el sentido que se hace aquí).

Examinemos ahora el problema de la *fatiga*. El conocido gastropatólogo de la Clínica Mayo, WALTER G. ALVAREZ, se lamentaba en un reciente trabajo de la triste peregrinación que

imponen los médicos a los enfermos con fatiga crónica. Visitan veinte clínicas distintas y se les somete a veinte terapéuticas distintas. En unas se les extrae las amígdalas, en otras el apéndice, en una tercera las inundan de extractos suprarrenales y así recorren, sin obtener ningún beneficio, lugares distintos. WALTER ALVAREZ dice que resulta hasta inmoral la conducta seguida con estos enfermos. Yo no diría tanto, pero cito este ejemplo para demostrar hasta qué punto el problema adquiere matices urgentes.

Las quejas del enfermo tienen dentro de su aparente variedad un cierto tono uniforme. Véase un ejemplo (hombre 30 años, periodista, casado y con seis hijos). «Desde hace año y medio me encuentro cansado, no puedo estudiar, no tengo ganas de nada, no puedo leer una novela larga, no siento impulsos sexuales. Estoy inapetente, caído, indiferente a lo que me rodea; nada me apasiona. En mi vida anterior he tenido altos y bajos de esta clase, pero ahora el proceso es distinto. Estoy inútil y me preocupa mucho la incapacidad que siento para las cosas más elementales. Me molestan mis hijos, no por pérdida del cariño sino porque me irritan sus juegos. *Tengo un cansancio rotundo y definitivo, una fatiga de siglos.* La cabeza parece desconectarse del resto del cuerpo: queda aislada, con un dolor sordo, como entre brumas. He perdido el apetito, las digestiones me resultan pesadas. El cansancio, aunque parece localizarse en las piernas, es general. Preocupado por él, trato de eliminar todos los motivos de mi enfermedad. Me he privado de todos los excitantes y no mejoro. A veces noto dolor en la zona del corazón; me lo han explorado muchas veces y siempre me han dicho que es normal. Antes yo era «nervioso» pero ahora no me excito nunca. Estoy apagado. La astenia y laxitud corporal que siento van en aumento».

Con motivos distintos y con expresiones diversas siempre nos encontramos con el mismo trastorno. Es interesante comparar, por ejemplo, las descripciones que hacen autores que tienen puntos de vista distintos sobre el problema, para ver cuanto tienen de común. HOCHREIN y SCHLEICHER publicaron en 1943 una

monografía destinada a examinar los problemas médicos que plantea el aumento del rendimiento en los individuos. Su descripción de la fatiga puede coincidir, si se quiere, con la descripción de mis timopatías o con la descripción de muchos cuadros de neurosis orgánicas y es que en el fondo se trata del mismo trastorno.

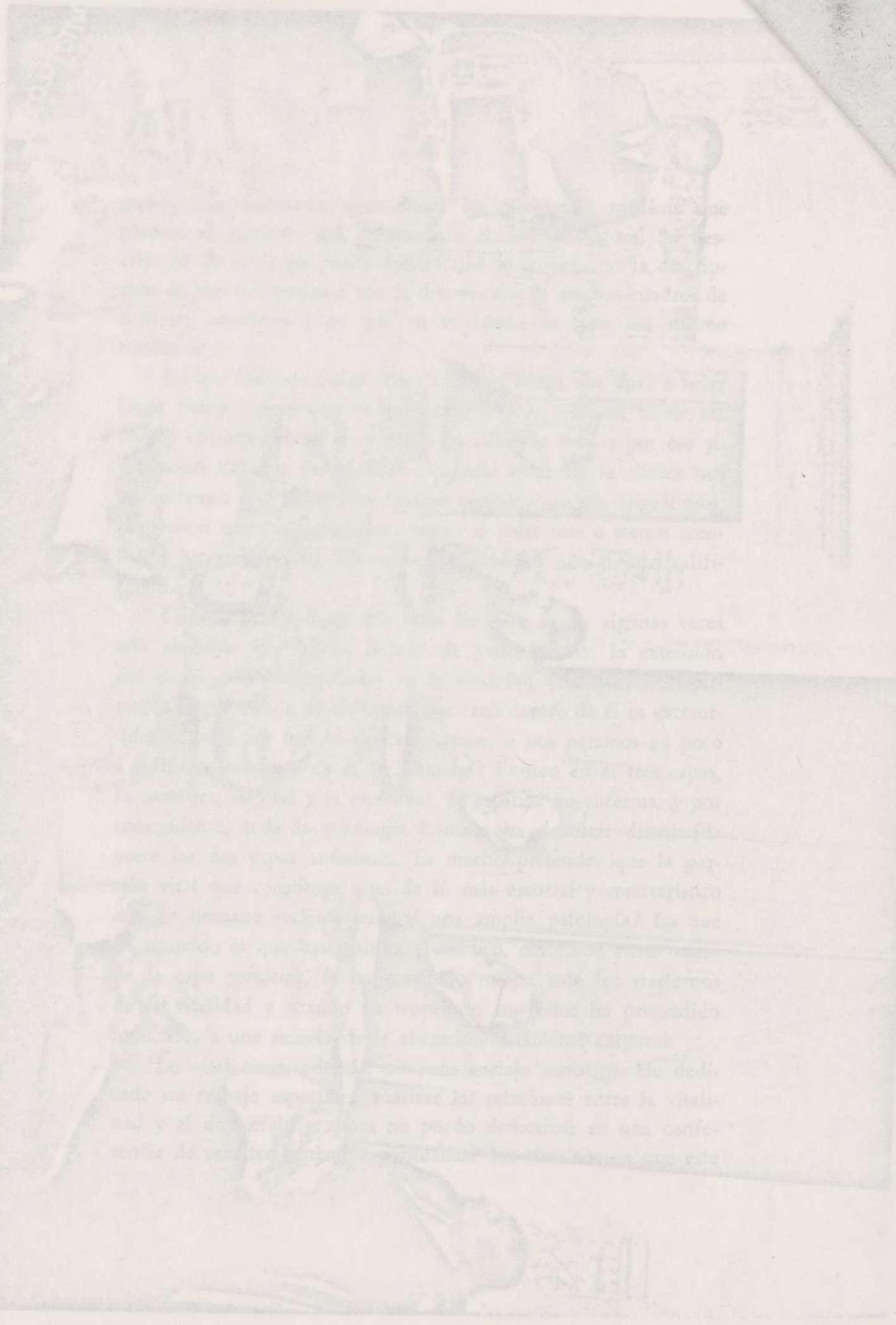
La mal llamada fatiga crónica es una fatiga que dura a veces largo tiempo, pero que tienen como carácter esencial el de ser fásico; en esto mismo se reconoce su filiación vital y por éso yo propongo llamarla *fatiga vital* o *astenia vital*. En la clínica nos encontramos con todos los tránsitos posibles con los angustiosos, depresivos o organoneuróticos. Según se halle mas o menos acentuado un complejo de síntomas, utilizaremos uno o otro calificativo.

Cuando he expuesto mis ideas he visto surgir algunas veces una objeción que no ha dejado de preocuparme: la extensión del círculo de enfermedades de la vitalidad (timopatías). Realmente el porcentaje de enfermos que caen dentro de él es extraordinario, pero por qué ha de extrañarnos, si nos paramos un poco a reflexionar lo que es el ser humano? Existen en él tres capas, la somática, la vital y la espiritual. El espíritu no enferma, y por consiguiente, toda la patología humana ha de estar distribuída entre las dos capas anteriores. Es mucho pretender que la parcela vital que constituye algo de lo más esencial y característico del ser humano reclame para sí una amplia patología? Lo que ha ocurrido es que hasta ahora el médico, embebido en el vuelo de la capa somática, se ha mostrado miope ante los trastornos de la vitalidad y cuando ha tropezado con ellos ha pretendido reducirlos a una secuela de la alteración netamente corporal.

Lo vital tiene, además, un neto anclaje somático. He dedicado un trabajo especial a analizar las relaciones entre la vitalidad y el diencéfalo y ahora no puedo dedicarme en una conferencia de carácter general a puntualizar los términos en que este



Conferência do Prof. LOPEZ IBOR
Ayuntamiento de Madrid



... que
... de
... y

... algunas veces
... la extensión

... algunas veces
... la extensión

... algunas veces
... la extensión

... algunas veces
... la extensión

... algunas veces
... la extensión

se establece. Lo único que me importa afirmar es que la patología somática es una patología molecular y en cambio la patología vital es una patología de ritmo (1).

Unas palabras sobre terapéutica. Cómo atacar terapéuticamente las perturbaciones de la vitalidad? La vitalidad, si es la costura del alma y del cuerpo, debe recibir cuando se perturbe el ataque simultáneo por los dos flancos. Por un lado las terapéuticas netamente somáticas y por otro lado las psíquicas. Entre las terapéuticas somáticas, aparte de la electroconvulsión que solo tiene su indicación en casos muy limitados y especiales, en mi clínica he puesto a punto y ya tenemos una larga experiencia sobre ello, el tratamiento por los choques acetilcolínicos por vía intravenosa y estamos tratando de conseguir otros nuevos medicamentos con los que enriquecer el arsenal terapéutico. El principio, a mi modo de ver, es siempre el mismo: un ritmo perturbado que necesita de unas ciertas sacudidas para volver a su funcionamiento normal. De la misma manera que cuando un organismo es presa de una infección que se mantiene en cierto estado de cronicidad, necesita del choque de una protenoterapia intensa para acabar con ella.

Desde el punto de vista psíquico, la psicoterapia en cualquier de las formas. Este sería un problema para tratar a solas y detenidamente ante un público de médicos generales. El médico hace siempre psicoterapia, aunque no quiera, como Mr. Jourdain hacia siempre versos aunque pretendiese hablar en prosa. Hay una psicoterapia mayor tal como el psicoanálisis, la psicología de los complejos, la psicoterapia de base existencial, el narcoanálisis, etc., que debe reservarse al psiquiatra. Pero hay una psicoterapia menor que debe ser el pan cotidiano de la actividad médica. La base esencial de la misma consiste en comprender al

(1) Vease mi trabajo sobre «Alteraciones psíquicas y tronco cerebral». «Revista Clínica Española». 1947.

enfermo como individualidad, como ser humano. Y pensar que
 su hígado enfermo no es un mineral incrustado en un estrato
 geológico, sino un órgano que pertenece a un ser vivo y que enfer-
 medad y vida son líneas distintas de la misma composición
 melódica.