

EL MIEMBRO FANTASMA NEGATIVO

Por el PROF. J. LÓPEZ IBOR

(*Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid*)

Sólo en los últimos años se ha prestado especial atención al curioso fenómeno del "miembro fantasma" de los amputados, a pesar de ser conocido desde antiguo. Es comprensible que tal aparición preternatural asombrase, e incluso asustase, al que la sintiera surgir en sí mismo, cuando el mundo de ideas que le rodeaba estaba empapado de interpretaciones mágicas y demoníacas. Lord Nelson mismo creía que los dedos fantasmas de su brazo amputado constituían "a direct proof of the existence of the soul" (una prueba directa de la existencia del alma).

Por ello, a pesar de que el propio AMBROSIO PARÉ describió en sus amputados la aparición de esta sensación de persistencia del miembro desaparecido, el fenómeno no ha ocupado la atención de los autores hasta casi comienzos de siglo. Desde entonces, en cambio, una serie considerable de contribuciones ha rellenado el anterior vacío.

Su número, con ser grande, no ha bastado a esclarecer definitivamente el fenómeno, ni mucho menos. Se encuentran en su interpretación puntos de vista extraordinariamente dispares. Unos autores se inclinan a aceptar el predominio de mecanismos periféricos (WEIR-MITCHEL, POISOT, MAYER-GROSS, LERICHE, RIDDOCH, BOEHM, etc.); otros, en cambio, señalan la inexcusable presencia de factores centrales en su aparición (SCHILDER, LHERMITTE, etc.). HEAD y HOLMES crearon la noción de "imagen corporal" y SCHILDER la del "esquema corporal", adscribiendo la vivencia del "miembro fantasma" a una perturbación de la vivencia normal de nuestra figura corporal.

En este trabajo pretendemos aportar una contribución al conocimiento de este fenómeno, partiendo de un hecho distinto del que parten las observaciones corrientes. En efecto, en ellas se trata de alteraciones en la percepción de un miembro inexistente (amputados) o lesionado (lesiones de plexo braquial como en los casos de MAYER-GROSS y PÖTZL-HASENJÄGER), o de medula (como en los casos de FOERSTER-GAGEL, CHRISTIAN, etc.), lesiones subcorticales (caso de VON BOGAERT, PINEAS, etc.); en lesiones cerebrales en las cuales la casuística es más abundante.

Aquí partimos, en cambio, del examen de una vivencia en sujetos neurológicamente intactos, sometidos a ciertas experiencias psicoterapéuticas. El calificativo de normalidad — insistimos — se refiere a la ausencia de lesiones orgánicas nerviosas o somáticas. También excluimos aquí las psicosis y las personalidades histéricas. Hemos utilizado sólo las vivencias relatadas por neuróticos de otros tipos (por ejemplo, obsesivos) e incluso personalidades normales. La experiencia a que se les somete consiste en ejercicios de "entrenamiento autógeno" a lo Schultz o de "relajación progresiva" según el método de Jacobson. Dejando aparte otras particularidades de estos métodos, se trata de conseguir mediante ellos una absoluta relajación muscular. Para ello se tiende al sujeto en una "chaise-longue" o en una cama, ordenándole que adopte la posición que le resulte más cómoda, con los ojos cerrados. Las extremidades quedan en una flexión ligera. El sujeto ha de adoptar una actitud completamente pa-

siva. Incluso mentalmente ha de quedarse relajado, dejando a las ideas a su libre vagar y no tratando de extirpar directamente ninguna, sino indirectamente, por la concentración en la relajación. En el método de Jacobson la relajación se prolonga hasta media o una hora. En el método de Schultz se trata de unos ejercicios seriados, el primero de los cuales tiene interés para la cuestión que nos ocupa. En él, colocado el sujeto en la actitud de relajación, trata de percibir la vivencia de gravedad y calor de su mano derecha o izquierda, según sea diestro o zurdo. Se elige la mano activa, la más próxima a la propia intimidad. Se trata de percibir interiormente el calor que "naturalmente" tiene la propia mano, y el peso que ella tiene "realmente", ya que la fuerza de la gravedad actúa sobre ella. (1).

Estos ejercicios repetidos logran que el sujeto de experiencia llegue a relajar sus músculos de una manera extraordinaria. En algunos de ellos se presentan entonces ciertas alteraciones del esquema corporal que merecen un análisis detallado. He aquí un fragmento literal de un protocolo de observación:

"Hacia los veinte minutos la relajación se deja sentir; las extremidades calientan y su peso aumenta de más en más. Después hay un sobresalto general o local y la relajación se hace más intensa. Poco a poco van desapareciendo las sensaciones derivadas del contacto con las ropas o plano de la cama. Luego se pierde la orientación, especialmente en lo que a la mano se refiere. Es decir, yo sé cómo y dónde están colocadas mis manos, pero lo sé porque recuerdo cómo las coloqué al principio, pero no porque pueda determinarlo cuando tal grado de relajación es alcanzado. Y por último, de pronto, las extremidades desaparecen (siempre en grado mayor las manos) y la sensación experimentada es de ingravidez, de algo que no está apoyado sino que está suspendido y como flotante. Durante todo el ejercicio los ojos están perfectamente inmóviles bajo los párpados cerrados."

Se trata, pues, de una alteración del esquema corporal inversa a la del "miembro fantasma". En éste la ausencia del miembro amputado es suplida por el miembro fantásticamente aparecido. Aquí, al contrario, "las extremidades desaparecen". El fenómeno ofrece ciertas semejanzas con la *autotopagnosia* de Babinski o la *anosognosia* de Antón. En ambos casos se trata de la ausencia de la percepción del defecto producido por una lesión cerebral. El enfermo ignora que su pierna o que su medio cuerpo está paralizado; otras veces los siente como pertenecientes a otra persona. También tiene una cierta semejanza con el fenómeno descrito por PICK como miembro fantasma, sin pérdida de los miembros reales en algunos catatónicos; es decir, como un miembro espectral supernumerario. En estos casos no se trata de la coexistencia de ambas percepciones, sino que el miembro fantasma aparece cuando el miembro real se difumina y viceversa. En algunos sujetos se ha observado la no percepción de la propia imagen en el espejo. LEMAITRE cita un muchacho con esta "alucinación autoscópica negativa" que al mirar un espejo no veía su propia imagen y percibía en cambio todos los objetos de alrededor. Esta *asquemática* (BONNIER) o *afunción de la somatopsique* (FOERSTER) es como una vivencia de amputación de todo el cuerpo.

En nuestra experiencia lo que se percibe con claridad es la desaparición de la vivencia de los miembros, sobre todo de los superiores. Se trata, pues, de una especie de "miembro fantasma negativo". El análisis de la misma demuestra la existencia de una disociación o dehiscencia de la imagen del propio

(1) Aparte de las publicaciones originales, una exposición de estos métodos puede hallarse en mi *Psicoterapia general*, que forma parte del Manual de Terapéutica, dirigido por Bañuelos, tomo I. Editorial Científico-Médica, 1941.

miembro. Por un lado, la imagen *conocida* o *sabida* de él: "sé cómo y dónde están colocadas mis manos porque recuerdo cómo las coloqué al principio"; y por otro lado, la desaparición de la imagen *sentida* del mismo. Esta disociación se observa en los miembros fantasmas positivos. En el caso de TH. HASENJÄGER y PÖTZL, por ejemplo, se trataba de un enfermo con una herida del plexo braquial izquierdo, que producía una parálisis flácida del brazo con alteraciones de la sensibilidad. Dos días después del accidente tenía la sensación clara de que su brazo herido estaba doblado por el codo, con el puño cerrado y apoyado sobre el pecho. Al levantar la ropa de la cama notaba con sorpresa que éste yacía al lado del cuerpo.

Existe, pues, una disociación entre dos elementos de la imagen del miembro. En este caso de PÖTZL la disociación es entre la imagen óptica y la cenestésica (FÜHLBILD). En el nuestro existe entre la que podríamos llamar imagen "mnésica" y la "cenestésica".

SEMON ha descrito como *correspondencia homófona* (homophone Deckung) un principio de funcionamiento orgánico, en virtud del cual se ensamblan imperativamente dos excitaciones distintas, pero que ofrecen una cierta identidad esencial. Para la percepción de nuestra corporalidad no cabe duda que existe una tal ensambladura de excitaciones perceptivas. Por un lado, las sensaciones táctiles superficiales (como calor, temperatura y dolor); por otro lado, las profundas (sensibilidad de músculos, tendones y articulaciones) y por otro las ópticas. La percepción conjunta resulta de la adición de todas ellas. Pero es muy probable que no se trate de una adición simple, sino de un fenómeno más complejo. CONRAD pretende, en efecto, que la percepción del esquema corporal es una percepción de figuras en el sentido de la "Gestalt psychologie" (psicología de la forma).

Pero, ¿cómo es posible introducir esa disociación en la vivencia de un miembro? ¿De qué clase de proceso se trata? Las observaciones en los miembros fantasmas positivos demuestran que, a veces, se consigue la anulación de los mismos mediante la cocainización del tronco nervioso o la anestesia del muñón con cloruro de etilo. Durante nuestra guerra he podido comprobar que este hecho es, quizás, menos constante de lo que se afirma en la literatura. RIDDOCH sostiene que según que el muñón donde se inserta el miembro fantasma conserve o no su sensibilidad profunda, el fantasma está dotado o no de movilidad activa. Con la única persistencia de la sensibilidad cutánea, el miembro fantasma se mantiene estático.

Por otra parte, la intervención de factores centrales en la provocación de este fenómeno es absolutamente segura. KLAUSS CONRAD, basándose, sobre todo, en las experiencias con mescalina de Zador, sostiene que las alteraciones del esquema corporal son exclusivamente de origen central y reclama la necesidad de una alteración de la conciencia, en mayor o menor grado, para que se produzca. Claro es que tal alteración de la conciencia no es reconocida por todos como necesaria. SCHILDER, uno de los mejores conocedores del problema, polemiza vivamente con CONRAD a este respecto: recuerda las experiencias de HOFF y PÖTZL que provocaron una anosognosia por la simultánea exclusión funcional de la corteza parietal y del tálamo. La conciencia no se alteraba. Tampoco LANGE y tantos otros, ni RIDDOCH en su reciente revisión de conjunto, consideran necesaria la presencia de las citadas alteraciones de la conciencia.

Pero aun sin contar con ellas — presentes, sin embargo, en tantos casos — la intervención de factores centrales es indudable. En el caso de HEAD la lesión de la corteza parietal derecha hizo desaparecer un miembro fantasma existente por lesión periférica. PÖTZL afirma que la *posibilidad* de presentación de un

miembro fantasma está ligada a la presencia intacta de la circunvolución post-central. Esta posibilidad *latente* del miembro fantasma, no se desencadena por una activación de un proceso dirigido fisiológicamente, sino por una activación *anormal*. En uno de sus casos, con lesiones cerebrales, la imagen kinestésica de la mitad izquierda estaba intacta y persistía en la percepción. Pero tanto ella, como todos los impulsos derivados de la misma, estaban dirigidos forzosamente hacia la derecha, en dirección a la línea media. Por esta deformación, la *imagen sentida* dejaba de ser congruente con la motora.

Resulta, pues, indudable, la participación de mecanismos periféricos y centrales en la producción del esquema corporal. De modo que plantear la cuestión como disyuntiva entre periférico y central es un error. Más bien habría que dirimir en cuánto su determinación es central y en cuánto es periférica. O mejor aún, *de qué modo* es central y *de qué modo* periférica.

El examen de la génesis de nuestros esquemas del mundo exterior e interior nos ayudará a la elucidación de esta pregunta. Efectivamente, nosotros no nos construimos los esquemas del mundo por un proceso exclusivamente sensorial. UEXKÜLL dice muy bien, que lo fundamental en la percepción del mundo circundante es la imagen de nuestra posibilidad *motora* (WIRKBILD). Este acento o tono motor (WIRKTON) es lo que da carácter de realidad a la pura percepción. BERGSON, por su parte, también sostiene parecida tesis. La percepción es el punteado por donde se desliza la acción. Además, nuestros esquemas del mundo exterior se organizan en torno a una especie de *imágenes buscadas* (SUCHBILD). Son los esquemas mentales con los que operamos. Al *operar*, es decir, al actuar, la imagen buscada se transforma en imagen real.

Nuestro propio cuerpo representa, con respecto a la intimidad del yo, un mundo extraño. No tan ajeno como el mundo circundante, pero sí lo suficiente para que nosotros estemos frente a él, como ante la misma incógnita. Sentimos una imagen de nuestro brazo. Es la que nos transmite la sensibilidad cutánea y profunda. Por otro lado, la experiencia ha creado la "imagen buscada". Pero la noción o la *realidad* de nuestro brazo sólo nos la da la acción. La motilidad, expresión de la acción, tiene, pues, un *valor cognoscitivo* no inferior al de la sensibilidad. La imagen motora o activa (WIRKBILD) se agrega a la *imagen buscada* o *sentida*. La fusión, la *homofonía* de tales imágenes en el sentido de SEMON, representa la síntesis fundamental del proceso.

Cuán importante es la participación motora en el mundo perceptivo se halla demostrado por una serie de observaciones ajenas a nuestro tema, que no es necesario, por consiguiente, aducir. En la doctrina de las afasias, en la de las alucinaciones misma, en la de la agnosia óptica, se encuentran bellos ejemplos. Pero volviendo al problema de la imagen corporal, he aquí lo que ocurre. En la parálisis del plexo braquial, como en los casos de PÖTZL o de MAYER-GROSS, el enfermo tiene una *imagen sentida*, la del miembro fantasma y una *imagen óptica*, real para nosotros, no para él, del miembro paralizado. La *imagen buscada*, en el sentido de UEXKÜLL, *coincide con el brazo sentido*. Con la *imagen óptica*, en cambio, no quiere nada (PÖTZL). Pero, ¿por qué esa predilección?

Nuestras experiencias explican, en parte, el proceso. En ellas es fundamental conseguir una gran pasividad. Se persigue la anulación de las imágenes motoras. Con la disolución de tales imágenes se pierde la noción de realidad del brazo (1). El brazo sigue existiendo; sigue, además, apoyado sobre el plano

(1) En el protocolo citado la enferma dice "la mano caliente". Esta locución, gramaticalmente incorrecta, expresa con precisión la vivencia de *impersonalización* producida por la relajación.

que lo sustenta. Persiste, pues, todo lo que es sensibilidad táctil. Sólo desaparece el movimiento, desaparece la imagen motora y se produce la vivencia artificial de la amputación. La gnosis pura, la imagen mecánica no basta, como no basta en los casos citados la imagen óptica para anular la presencia del miembro fantasma. En estos casos de la literatura médica la inferioridad de la imagen óptica es de tal suerte, que la superposición del miembro fantasma y miembro real percibido ópticamente no se puede lograr. Si se coloca el miembro real en la posición del miembro fantasma, aquél se separa como espectro que huye.

Ahora deberíamos dar un paso más en el análisis de nuestras experiencias. Con el brazo en absoluta relajación desaparece también la sensibilidad postural. ¿Hasta qué punto, pues, se trata de la desaparición de imágenes motoras o de imágenes posturales? En este grado de análisis de la vivencia la dehiscencia es imposible. Aun en el proceso fisiológico esta separación es también arbitraria, como ha demostrado tantas veces v. WEISZÄCKER. Cuando un enfermo se nos queja de que su mano está como paralizada, podemos notar, no raramente, que él no hace ninguna diferencia entre alteración motora y sensible; sólo nuestra investigación descubre para él, como para nosotros, si se trata de una o de otra cosa, o si de ambas simultáneamente. De ello debemos concluir que las dos clases de trastornos tienen algo de común para el enfermo y esto nos plantea la pregunta de qué es eso común y de si no tenemos motivos suficientes para emprender una corrección de nuestra terminante separación entre funciones sensitivas y motoras.

Otra particularidad de la vivencia de relajación merece ser destacada. Es la sensación de ingravidez, "de algo suspendido y flotante" que se tiene de la propia corporalidad. A veces existe como un rudimento de la vivencia de levitación. A nuestro juicio todas estas vivencias se reducen a un cambio en las relaciones del mundo exterior y del mundo corporal interior. La actitud, pasiva y concentrada al mismo tiempo sobre sí mismo, o sobre una parte del cuerpo, produce esa anulación del mundo exterior. Entre nosotros, como cuerpo físico, y el espacio exterior objetivo, existe como una especie de atmósfera de unión, "el espacio propio" (Eigenraum), según la expresión de GRÜNBAUM.

Para este autor, la acción motora (acción de presa, "Greifhandlung"), es como una exteriorización de la esfera del cuerpo. Del esquema corporal como fondo se destaca esta figura de la acción. La acción queda cumplida cuando la figura vuelve a sumarse al fondo. Mediante la "mano de presa" (Greifhand) se distingue el espacio objetivo y extraño (Fremdraum) del espacio propio (Eigenraum). Las relaciones entre ambas pueden demostrarse por la *subjetivación* del espacio objetivo. "Un auto cuyas bujías cuento pertenece con seguridad al espacio exterior. El mismo auto, cuando me siento en él y cruzo las calles, pertenece al espacio propio. Mi esquema corporal se halla casi dilatado por las dimensiones del coche y así no necesito medir la dimensión del coche en relación con la anchura del camino, como no necesito medir la mía en relación con la anchura de la puerta que atravieso."

La misma *subjetivación espacial* reciben los instrumentos que usa el hombre. SAMUEL BUTLER (citado por RIDDOCH) llama a los instrumentos "miembros desprendidos de nuestro cuerpo". Esta subjetivación permite al cirujano operar con maestría y al amputado crear el miembro fantasma. En nuestras experiencias, la anulación de la diferencia entre el mundo exterior y el propio, provoca la vivencia de la amputación. En el amputado aparece "la dificultad que tiene el individuo, tanto *fisiológica como psicológicamente* (1) de aceptar

(1) Subrayado por mí. Otra muestra del *Gestaltkreis* de VON WEISZÄCKER.

su miembro acortado y la facultad que posee de alargar su miembro como de usar instrumentos" (RIDDOCH). PÖTZL piensa en algo análogo cuando compara la aparición del miembro fantasma con la capacidad de regeneración morfológica de las amputaciones en los organismos inferiores. "Lo intacto de la imagen del cuerpo en los amputados y, todavía más, la regeneración de la imagen corporal de una mitad del cuerpo en la combinación de focos talámicos y parietales, recuerda la capacidad de regeneración del cuerpo en los animales inferiores." "Se inclina uno a pensar que las mismas potencias que allí mantienen la capacidad de regeneración en las células corporales aquí se desplazan a otro sector y se metamorfosean en otra forma activa: del cuerpo pasan a su esquema, de las células del cuerpo a las células nerviosas, que son incapaces de regenerarse morfológicamente."

Este desplazamiento, añadimos nosotros, no sería ajeno a la propia esencia del ser humano. Porque el hombre tiene espacio interior, porque *se distancia del mundo*, porque no se funde con él, es por lo que es capaz de crear miembros fantasmas o de sentir la vivencia de la amputación, al contrario de lo que ocurre con el insecto, capaz, en cambio, de regenerar su pata perdida. Y por ello, no resultaría desprovista de sentido la expresión de Lord Nelson que antes citamos.

La vivencia de ingravidez que relatan nuestros sujetos de experiencia se observa con frecuencia en los miembros fantasmas. Cuando uno de ellos pasa del plano anterior del cuerpo al posterior, atraviesa el cuerpo como los espectros las paredes. SCHILDER y PARKER realizaron una serie de experiencias muy curiosas que demostraron la transformación que sufre la vivencia de la *masa* de nuestro cuerpo en determinadas condiciones. Los sujetos se limitaban a efectuar elevaciones con ascensores rápidos en los rascacielos neoyorquinos. Al ascender tenían la sensación de que las piernas eran más pesadas y la cabeza más ligera. Se experimentaban vivencias de alargamiento y acortamiento del cuerpo en las subidas y en las paradas. Bajo la influencia de los movimientos verticales acaece una disociación en la imagen corporal, de tal suerte que parece que una parte de la substancia del cuerpo se escapa. "La substancia emanante es la portadora de la localización del ego" (SCHILDER).

Resulta curioso recordar esas experiencias por su analogía con las vivencias que relatan los enfermos — con claridad de conciencia, — sometidos a electroschok. En el brevísimo intervalo que media entre el paso de la corriente y la pérdida de conciencia, algunos tienen la sensación de que su cuerpo ingravido asciende por el espacio. Una enferma decía que "el alma se le escapaba". Es decir, estas excitaciones producen la misma vivencia de emanación de la substancia corporal que se halla descrita por SCHILDER y PARKER. Se trata en todas estas experiencias de excitaciones de origen vestibular. El aparato vestibular está encargado de orientarnos en el espacio. Las observaciones y experiencias de V. WEISZÄCKER, VOGEL y CHRISTIAN han demostrado que aquí más que en parte alguna del cuerpo, existe una equivalencia entre "lo motor" y "lo sensitivo". El principio del "Gestaltkresiss" ha hallado en este sector una de sus más brillantes demostraciones prácticas y reales.

En el caso de nuestras experiencias es difícil hallar una explicación de la vivencia de ingravidez de la imagen corporal. No existe una excitación vestibular, aunque es posible que una relajación o no excitación del mismo sea capaz de determinarla. Recuérdese la sensación de caerse en un pozo en pleno sueño o al irse a dormir. Probablemente interviene algún parejo mecanismo en estos casos, aunque naturalmente no podemos traer aquí más que esta hipótesis vaga.

La posición horizontal determina, sin duda, una modificación en la vivencia del esquema corporal. En un reciente trabajo de CHRISTIAN se refiere la alteración del esquema corporal sufrida por un enfermo con una lesión medular manifestada por una paraplejía flácida. Las "piernas fantasmas" aparecían en diversas posturas, alguna de las cuales recordaban la posición de las piernas al cabalgar (la lesión se había producido por una caída de caballo). Pero las piernas fantasmas eran como piernas de muñeca: apéndices del cuerpo, pero no sostenes del mismo o puntos de apoyo sobre el suelo. En el citado caso de CHRISTIAN cambiaba la posición de las piernas fantasmas según los desplazamientos del centro de gravedad del tronco. En un caso de GALLINEK este fenómeno aparecía con gran claridad. Se trataba de un amputado de pierna que llevaba una prótesis. Cuando se apoyaba en su pierna artificial e inclinaba el tronco hacia adelante, su pierna fantasma se colocaba detrás de la prótesis y viceversa. Este cambio de posiciones, no podía contribuir, naturalmente, a mantener el cuerpo en equilibrio sobre la pierna. La referencia no estaba en el suelo, sino en el cuerpo, como la de las piernas de una muñeca.

La combinación de la posición horizontal con el papel especial de las extremidades en la creación del "espacio propio" determina seguramente el que en nuestras experiencias el fenómeno observado sea la vivencia de amputación de las extremidades. Y de estas dos son las manos — las más potentes creadoras del espacio propio — las que antes desaparecen.

Finalmente, debemos dedicar algunas palabras al problema del *estado de la conciencia*. Es indudable que los trastornos de la conciencia, por ligeros que sean, tienen una influencia y decisión en la aparición del fenómeno, si bien reducir todo el problema de las alteraciones del esquema corporal a aquéllos constituye un error de KLAUS CONRAD. La fase de transición entre el sueño y la vigilia es especialmente favorable a la aparición de errores de la imagen corporal. KOLLARITS ha publicado recientemente unas interesantes observaciones de esta clase. Ha señalado también cómo en enfermos tabéticos en los que apenas se podía demostrar, mediante el examen objetivo, la existencia de alteraciones de la sensibilidad postural, sin embargo, éstas eran evidentes en la citada fase ("hipnopompium"), llegando a constituir un síntoma precoz de la enfermedad. Tanto en estas observaciones de KOLLARITS, como las que he podido recoger en la literatura, demuéstrase que el *hipnopompium* goza de mayor poder a este respecto que el *hipnagogium*. Este es un detalle en el que apenas han reparado los autores. En una auto-observación de SCHILDER dice: "puesto que yo me desperté súbitamente de un medio sueño, etc.". También en la monografía de MENNINGER-LERSCHENTAL, se pueden recoger muchas observaciones análogas. La razón de tal prevalencia está, a mi modo de ver, en que en el despertar se disocian con mayor facilidad los mecanismos del sueño (estado de la conciencia, relajación muscular, etc.) que en el dormirse. Pero reducir el fenómeno a un simple obscurecimiento mayor o menor de la conciencia sería erróneo. Más bien se trata de un complejo mecanismo capaz de escisiones internas con reacciones mutuas entre las partes escindidas.

RESUMEN

Se refieren las experiencias realizadas en sujetos normales (neurológicamente intactos, no psicóticos) sometidos a ejercicios de relajación progresiva (según las técnicas de SCHULTZ y de JACOBSON). En ellos se instala la vivencia de amputación o, por otro nombre, del "miembro fantasma negativo". Con las necesarias referencias a la literatura se estudian los factores que intervienen

en la formación del esquema corporal. Éste resulta de la conjunción de la "imagen sentida" con la "imagen buscada" y el "acento o tono motor". La participación de este último es esencial. Si en las experiencias de relajación aparecen alteraciones del esquema corporal se debe a la enorme acentuación de la actitud pasiva. La separación perfecta entre el espacio extraño y el propio se difumina. Por eso los miembros fantasmas se caracterizan por su "inmaterialidad" y por su "ingravidez". No es imprescindible la presencia de trastornos de la conciencia, aunque cualquier alteración de la misma constituye un mecanismo favorecedor de las deformaciones del esquema corporal. El "hipnopompium" (tránsito del sueño a la vigilia), es especialmente activo.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTON. — Arch. f. Psych. Bd. 32, 1899.
 BABINSKI. — Rev. Neurol. Vol. 11-12, pág. 365, 1918.
 BOEHM. — Dtsch. Z. Nervenheilk. Bd. 141, pág. 158-168, 1936.
 BOGART (V.). — Ann. Médico-psychol. Vol. 14, pág. 519, 1934.
 BONNIER. — Rev. Neurol. pág. 605, 1905.
 CONRAD, K. — Zschr. f. Neur. Psych. Bd. 147, 1933.
 CHRISTIAN, G. — Dtsch. Z. Nervenheilk, 152 Bd., pág. 243, 1941.
 FOERSTER. — Nova Acta Leopoldina (Halle), 3, Nr. 10.
 GALLINECK. — Dtsch. Z. Nervenheilk. Bd. 122, pág. 38, 1931.
 GRÜNBAUM. — Zschr. f. Neur. Psych. Bd. 130, 1930.
 HASENJÄGER, TH. y O. POTZL. — Dtsch. Z. Nervenheilk, 152 Bd. S. 112, 1941.
 HEAD AND HOLMES. — Brain. Vol. 34, pág. 102, 1911-12.
 JACOBSON. — *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, 1928.
 KOLLARITS. — Dtsch. Z. Nervenheilk, Br. 144, pág. 277, 1937.
 LEMAITRE. — Cit. según MENNIGER-LERCHENTHAL.
 LERICHER. — La chirurgie de la douleur. Masson, París, 1936.
 MAYER-GROSS. — Nervenarzt. Bd. 2, pág. 65-72, 1929.
 MENNIGER-LERCHENTHAL. — *Das Truggebilde der eigenen Gestalts*. Vg. Karger, Berlín, 1935.
 PARKER y SCHILDER. — Zschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 128, pág. 777, 1930.
 PICK. — Arch. f. Psych. Bd. 38, 1904.
 PINEAS. — Nervenarzt. 3, pág. 617, 1930.
 PITRES. — (Cit. según GALLINEK.)
 POISOT. — (Cit. según GALLINEK.)
 PÖTZL. — (Vide HASENJÄGER.)
 RIDDOCH. — Brain. Vol. 64, Part. 4, pág. 197, 1941.
 RIESE. — D. Zschr. f. Nervenheilk, Bd. 127, 1932.
 SCHILDER, PAUL. — *The image and Appearance of the human Body*. Psyche. Monographs, Núm. 4. Kegan Paul Treuch, Trubner and Co., Londres, 1935.
 SCHULTZ. — *Das autogene Training*. Thieme Vg., Leipzig, 1932.
 SEMON. — *Mneme*. 3 Auf. Leipzig. Engelmann, 1911.
 UEXKÜLL-KRISCHAT, V. — *Streifzüge durch die Unwelten*. Berlín, Springer, 1934.
 VOGEL. — Nervenarzt, H. 4, 1932.
 WEIL-MITCHEL. — *De la lésion des nerfs*. París, 1874.
 WEISZÄCKER, V. — Pflügers. Archiv. 231, Bd. pág. 630, 1933.
 ZADOR. — Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 77, pág. 71, 1930.

LA PSICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA POLICLÍNICA

J. J. LÓPEZ IBOR, F. CORES y P. MALABIA

Clinica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Madrid.
Profesor: J. J. LÓPEZ IBOR

Un gran contingente de neuróticos visitan continuamente las policlínicas y las clínicas. Se calcula, por algunos autores, que del 40 al 60 por 100 de todos los enfermos que acuden a una consulta de medicina interna son neuróticos y que en las consultas ginecológicas la proporción es todavía mayor. Estas cifras se dan, con variantes ligeras, por diversos clínicos alemanes y norteamericanos. A guisa de ejemplo, citemos sólo un trabajo reciente de KEYES y MATTEWS. De 100 enfermos ingresados en un hospital general, 12 sufrían trastornos psíquicos directamente derivados de su enfermedad somática; en 51 existían hallazgos orgánicos y alteraciones psíquicas; en 30 predominaba el cuadro psíquico sin hallazgo orgánico, y sólo en 7 enfermos no existía ningún *mental problem*. Como se ve, la proporción es cuantiosa. Los grupos II y III (81 por 100) son neuróticos puros u orgánicos, o sufren una reacción neurótica como sobrecarga a su enfermedad. En vista de estas cifras propugnan la adscripción de un psiquiatra *full-time* a los hospitales generales. Pero es éste un problema de organización que no intentamos tratar en este momento.

Por una serie dilatada de razones, en nuestras consultas públicas el número de neuróticos es menor. De todas suertes resulta tan considerable, que constituye un verdadero problema de asistencia. Confiar en los efectos curativos del simple acto médico, reforzado por la sugestión farmacológica, no es suficiente. En las neurosis infantiles, cuando son de estructura sencilla, se obtienen mejores resultados (*etimoterapia* de HOMBURGER). Pero no así en las neurosis de los adultos. Aun tratándose de neurosis fisiógenas o psicógenas, en el sentido de J. H. SCHULTZ, la recidiva es muy probable. En las neurosis caracterógenas el fracaso es seguro. Véase, en la historia clínica siguiente, cómo unos ataques psicógenos, frente a los cuales no se había adoptado otra arma que la citada, vuelven a aparecer al cabo de un año.

R. A. G. de C. de la J. (T.). 19 años. Soltera. — Historia número 447.

Antecedentes familiares y propios. — Sin interés.

Enfermedad actual. — Sus molestias surgieron a raíz de una emoción. Se había venido del pueblo a servir en una pensión, y un día que estaba sola dos sujetos que fueron a la casa la cogieron del cuello. Se asustó mucho. Algún tiempo después, un día que estaba ocupada en su trabajo, empezó a sentirse mareada y a notar como si le rodaran las cosas a su alrededor; estuvo así durante media hora. Al día siguiente, sufrió el primer ataque y desde entonces le dan de vez en cuando. Durante ellos percibe a veces algo de lo que le dicen, pero no puede reaccionar y responder. Tiene convulsiones.

No echa espuma por la boca, ni se muerde la lengua. Tampoco ha tenido relajación de esfínteres. En algunos accesos tiene tendencia a morder a quien le sujeta y a coger las cosas a su alcance. Le dan casi siempre de día y después, aunque se siente cansada, se repone pronto.

Tratamiento. — Se le prescriben unos comprimidos (medicación sugestiva) que la mejoraron mucho. Mientras los tomó no le dió ningún ataque.

Vuelve a consulta en abril de 1941 y nos dice que ha estado bien hasta el mes pasado, que tuvo otra vez el ataque, que le ha repetido tres veces más hasta la fecha.

Es necesario, pues, atender a los neuróticos de una manera sistemática. Esta tarea, sin embargo, no es fácil y menos todavía en una consulta pública. La psicoterapia, en cualquiera de sus formas, exige largo tiempo y ahincada pertinacia. Una historia psicológica de un enfermo reclama varias horas. La creación de un clima adecuado, de un buen *rapport* entre médico y enfermo, está sometido a mecanismos psicológicos de muy difícil manejo. A pesar de todas estas dificultades, creímos que sería loable intentar establecer un modo sistemático de tratamiento psíquico en la consulta pública. Y aunque el material es escaso todavía, los resultados obtenidos demuestran cuán certera es esta tesis y esta actitud.

No es nuestro propósito plantear el problema de conjunto de la psicoterapia, ni hacer una exposición de métodos. Uno de nosotros se ha ocupado recientemente de ello (LÓPEZ IBOR). En estas páginas nos limitaremos a entresacar algunas experiencias obtenidas en la práctica hospitalaria.

Los resultados más fáciles se logran, sin duda, en los ataques motores de tipo psicógeno. Aquí el desencadenamiento es claro y la catarsis produce una curación inmediata. Sin embargo, a ella hay que agregar siempre una *fase psicagógica* posterior. El enfermo debe habituarse a tomar después una actitud frontal y positiva respecto a la enfermedad.

La práctica de la psicoterapia demuestra que, si bien es cierta la existencia del *trauma psíquico* como postula el psicoanálisis, no lo es, en cambio, la afirmación de que siempre hayamos de encontrarnos con él. Bien sabido es que, ante la rareza del hallazgo de un trauma como evidentemente determinante de una neurosis, el pensamiento psicoanalítico evolucionó hacia la admisión de los traumas psíquicos infantiles como provocadores de la enfermedad. Pero estas dos series de traumas son esencialmente distintas. En la primera se trata de una acción directa e inmediata de una vivencia fuerte determinante de la enfermedad. En la otra el problema es mucho más complejo: bajo el nombre de trauma se designa la deformación de la personalidad en los primeros pasos en la vida, sobre todo, en aquellos que resultan del juego mutuo de la instintividad y de las inhibiciones que sobre ella ejerce todo el proceso educativo.

Tampoco es cierta, en muchos casos, la sumersión del trauma en el subconsciente. Véanse los dos casos siguientes.

L. S. F. de M. 19 años. Soltera. (31 marzo 1941.) — Historia número 401.

Antecedentes familiares. — Una hermana de su madre padecía ataques, probablemente histéricos. Los demás, sin interés.

Antecedentes propios. — Es la más pequeña de su casa y los demás hermanos son todos varones. "Ha estado siempre muy mimada por los suyos y ha sido muy indómita." Nada más de interés.

Enfermedad actual. — Desde el mes de abril del año pasado padece ataques. El primero fué precedido de fuertes dolores de cabeza, luego se desvaneció y sólo más tarde empezó a hacer movimientos. No echó espuma por la boca, ni tuvo mordeduras de lengua. Le duró 3 ó 4 horas. Los demás han sido parecidos. Los ataques se intensificaban, según dice la madre, cuando la enferma oía hablar a su lado, y ésta dice que algunas veces oye lo que hablan, aunque débilmente. También habla durante ellos y casi siempre sobre las conversaciones últimas que ha mantenido. Estuvo con estos ataques unos 10 días, y cree que fueron suscitados por un susto que llevó, porque le dijeron que había muerto una amiga suya, que luego vió por la calle. Más tarde le volvieron con motivo de un viaje a casa de unos tíos, donde no estaba a gusto y había una prima suya que también los tenía.

En la exploración orgánica no se encuentra nada anormal.

Tratamiento. — Día 3 de abril, hipnosis y ejercicios de "sustitución de ideas". 7 de abril, segunda sesión de hipnosis. 12 de abril, tercera sesión de hipnosis. No ha tenido ningún ataque desde que empezó el tratamiento. Catarsis: el motivo del susto a que hace alusión la historia está desfigurado, pues realmente era a su novio al que creía muerto y al que vió acompañando a otra mujer.

Los días 17 y 18, sesiones de psicagogía.

El día 9 de mayo se presenta por última vez y dice encontrarse muy bien y sin ninguna molestia.

J. F. C. de R. de B. (C. R.). 19 años. Soltera. Acude a la consulta el 9 de enero de 1941. Historia número 247.

Antecedentes familiares. — Un tío carnal por vía paterna padece ataques epilépticos. Resto sin interés.

Antecedentes propios. — Nada de particular.

Enfermedad actual. — Data del mes de agosto del año 40. El 31 de dicho mes tuvo un ataque y, según cree, lo atribuye a que el día anterior "se sobrecogió" al ser sorprendida por su padre hablando con el novio en su casa, para lo que no había sido autorizada, ni aun tampoco para tener esas relaciones. El padre no le dijo nada, pero a las dos horas de ocurrir esto estando sola, empezó a sentirse mareada, veía que las cosas le rodaban y cayó al suelo sin perder el conocimiento. "Se daba cuenta de lo que había a su alrededor." Así estuvo unos 15 minutos. No se mordió la lengua, ni echó espuma por la boca, ni tuvo relajación de esfínteres. Después quedó bien.

Al día siguiente, habiéndose marchado al campo con los suyos, por encontrarse ya bien, notó que a las 6 de la tarde, cuando regresaban a su casa, empezaba a marearse y a "sentir flojedad en las piernas y como hormigueo" en el cuerpo. Al llegar a ella se acentuaron las molestias y llamó la enferma a su madre para que avisase al médico porque se sentía enferma, el cual acudió a los 10 minutos y la enferma dice que ni le vió ya ni le oyó. Y así, *sin ver ni oír*, estuvo en la cama 5 días diciendo muchas tonterías (llamaba a gritos a su novio, que permaneció todo el tiempo a su lado). Señala, además, que durante estos días tiraba los alimentos que le ponían en la boca y que, al cabo de los 5 días, tuvo un cuarto de hora en que le volvió la vista y el oído, y contestó y reconoció a todos. Después quedó como antes y estuvo otros días agitada (algunas veces la sujetaban) y diciendo tonterías; luego quedó bien un día entero y a partir de esa fecha le daban los ataques, que le duraban unas 3 horas, diariamente, hasta el 29 de septiembre, fecha en que le desaparecieron. Más tarde, el 4 de diciembre, le volvieron nuevamente a raíz de una impresión: entró en la habitación de un hermano que aún creía con vida y le halló muerto. Desde el 4 hasta el 30 de diciembre le han repetido casi todos los días y a veces dos veces por día. Viene a Madrid y se encuentra mejor; su novio está colocado aquí desde el 4 de diciembre y se ven con frecuencia.

Tratamiento. — 14 de enero, hipnosis y autosugestión; 17 de enero, hipnosis y ejercicios de "actos conscientes". Estos días no ha tenido ataques. El día 19 del mismo la enferma tiene un ataque. 24 de enero. Catarsis: *gran preocupa-*

ción por la fecha de la boda que tenía se aplazara indefinidamente; 29 de enero, psicagogía; 1.º de febrero, psicagogía. La enferma queda completamente tranquila y cambiada, según ella. Se reintegra a la vida normal sin que le hayan repetido los ataques.

En ninguno de estos casos la enferma *había olvidado la vivencia determinante* y, sin embargo, ésta producía efectos patológicos. La razón de ello radica en que la *significación* de un hecho es como un halo que encierra, pero que no coincide con su representación. La representación, en sentido estricto, es lo que está en la conciencia. Lo demás pertenece a otras capas del ser, a lo que con SCHILDER y KRETSCHMER podríamos llamar la *esfera*. Cuando recordamos algo, puede aparecernos antes la alegría o la tristeza que la imagen exacta de lo recordado. Muchas veces ésta no se puede recordar. Pero lo que tiene trascendencia en la psicopatología de las neurosis es esa significación o esa cualidad del recuerdo. Existe, como dice M. SCHELER, un *apriorismo emocional* mucho más eficaz que el *a priori intelectual* de KANT. En el proceso curativo lo que ocurre precisamente es que la valencia emotiva se destruye por la psicoterapia. Los psicoanalistas hablan de catarsis y transferencia. Pero en muchos casos tales fenómenos no tienen lugar. No hay catarsis, porque no existe rechazo al inconsciente de la vivencia, y no hay transferencia porque el enfermo no proyecta sobre el médico la vivencia patológica. Lo que acaece es, simplemente, una exacta localización y puesta en situación de la vivencia. Se la mira frente a frente, se la valora *racionalmente*, desprendiéndola de su carga emotiva e irracional y su valor patológico desaparece. De la misma clase es, por ejemplo, la fuerza de la tradición "en la que la vivencia pasada no se nos da aisladamente, pero que su sentido permanece actual para nosotros y no pasado como en el recuerdo. Precisamente el recuerdo consciente y claro mata la fuerza de la tradición y nos libera de su mudo y dominador poder" (SCHELER).

La importancia de los *conflictos conscientes* es reconocida por la moderna psicoterapia (SCHULTZ-HENCKE, WEIZSÄCKER). Existe una cierta *contraposición* entre la experiencia policlínica y la privada. En aquélla abundan las personalidades primitivas en las cuales los conflictos son esféricos; en cambio, en la privada abundan más los conflictos claramente conscientes. Aquí la tarea de la psicoterapia es otra: descubrir por qué vía un conflicto psíquico puede perturbar la economía del organismo y desviar de su curso patológico la energía psíquica morbosamente encauzada. Fácil es comprender que esto sólo puede corregirse con grandes dificultades y con una larga psicoterapia profunda.

El reconocimiento de la existencia de conflictos que se deslizan en el plano de la conciencia como causantes de ciertas neurosis, no supone que éstos puedan destruirse con una *psicoterapia intelectual*, como la llama ZILBOORG. La actitud de *polémica intelectual* ante los síntomas neuróticos más bien daña que ayuda. En toda psicoterapia, aun en el método suasivo de DUBOIS, se manejan elementos extraintelectuales. Si bastara una psicoterapia intelectual muchos enfermos se curarían a sí mismos; pero

lo más probable es que éstos no llegasen a enfermar.

La presencia de un síntoma orgánico no destierra en modo alguno la psicoterapia, guardando el debido respeto a los límites. Mejor que orgánico podríamos decir funcional, reservando aquella expresión para cuando la enfermedad ha dejado secuela anatómica. El curso teórico de la enfermedad, en general, se compone de estos tres períodos consecutivos (ASCHOFF):

NEUROSIS → BIOSIS → ESCLEROSIS

En el período de neurosis, la enfermedad depende en mucho de factores humanos y sociales. Después, se naturaliza poco a poco — estamos en la fase de *biosis* de ASCHOFF o de *nosos* de V. WEIZSÄCKER, para finalmente estabilizarse y plasmar en factores morfológicos; entonces, es ya un defecto, un artefacto irreversible: *esclerosis*. En la evolución de la hipertensión arterial encontramos un excelente ejemplo de estos tres factores, desde la primera, en los límites de la reactividad normal, en la cual se altera por las emociones, a veces de un modo excesivo — ya comienza la enfermedad, — pasando por la fase funcional, tan bien conocida gracias a los trabajos de estos últimos años, para terminar en la esclerosis final.

BANSI ha aislado recientemente una forma clínica con el nombre de "hipertiroidismo de situación". Se trata de un grupo de enfermos que ofrece un cuadro clínico como el de hiperfunción de la glándula, pero sin síntomas tóxicos. Lo fundamental estriba en que el cuadro se halla provocado por las circunstancias de medio. En los casos de BANSI se trata con frecuencia de hombres llamados a filas y que sienten el ingreso en la vida militar como un trauma que somete su organismo a exigencias para las que no está preparado. Pero, también otras circunstancias pueden ejercer idéntica influencia. Nos hallamos en ellos con signos de estigmatización vegetativa, de colorido simpático. Están, desde el punto de vista constitucional, muy próximos a los tipos B de JAENSCH. Desde el punto de vista caracterológico se distinguen por una especial debilidad de su capa volitiva. Sin embargo, que no se trata de auténtico hipertiroidismo, lo demuestra, por ejemplo, el comportamiento del pulso. Mientras que la taquicardia es un síntoma frecuentísimo del hipertiroidismo, que se distingue por su pertinacia, en el hipertiroidismo de situación apenas si existe un ligero aumento del número de pulsaciones. Tampoco se encuentran en él alteraciones electrocardiográficas. En cambio, el metabolismo basal demuestra un ligero incremento. Entre nuestro material clínico véase el siguiente caso:

R. S. S. de M. 45 años. Casada. Acude a la consulta el 11 de febrero de 1941. Historia número 309.

Antecedentes familiares. — Abuelo materno y abuela paterna eran muy nerviosos. La madre y un hermano de la enferma que murió de septicemia eran también muy excitables. Un hermano que vive tiene igual temperamento que ella. Nada más de particular.

Antecedentes personales. — Hace 3 ó 4 meses dismenorrea, que ha desaparecido. Ninguna otra cosa de interés.

Enfermedad actual. — En el año 37 tuvo una angina flemonosa del lado derecho y cree que debido a esto y a los dis-

gustos y falta de comida, empezó a adelgazar y a sentirse muy nerviosa y excitada; se enfadaba por cualquier contrariedad. A veces, después de un período de excitación, notaba que se le acorchaba la mitad derecha de la cara y perdía la visión del mismo lado, y luego, al cabo de media hora, le pasaban estas sensaciones y le quedaba un dolor en región temporo-frontal derecha. Otras veces el acorchamiento se extendía al brazo y mano derechos y en ocasiones se acompañaba de hormigueo. Hace dos meses que tiene además vértigos; ve que todo le da vueltas y tiene que apoyarse para no caer. *Ha adelgazado unos doce kilogramos.* Los dolores de cabeza son muy frecuentes en estos últimos días: "siento, nos dice, como si tuviese vacío este lado". Tiene tos seca y algo de cansancio.

Exploración. — Nada en pares craneales. Reflejos perióstico-tendinosos, muy vivos en ambos lados. Reflejo de Hoffmann Trömner vivo. Resto nada anormal.

Hay un análisis de orina que no da nada anormal y una determinación metabólica con el siguiente resultado:

Metabolismo basal + 23 %. Pulso, 68 por minuto. Tensión: Mx. 13, mn. 7 1/2.

Tratamiento. — El 5, 8 y 18 de marzo y el 2 y 12 y 24 de abril sesiones de psicoterapia. Todas ellas casi exclusivamente de tipo psicagógico. Durante el tratamiento han ido desapareciendo todos los dolores y molestias. El marido que vivía separado por no poder congeniar con los suegros, ha vuelto otra vez con ella, gracias a la mejoría de carácter de la enferma que ha limado asperezas. El día 26 de mayo se encuentra ya perfectamente bien. Ha aumentado de peso.

Estas consideraciones nos llevan de la mano al problema de las *neurosis orgánicas*, el cual tantas veces ha ocupado el centro de la atención de psicoterapeutas e internistas en los últimos tiempos (V. BERGMANN, SIEBECK, SCHULTZ-HENCKE, V. WEIZSÄCKER, LÓPEZ IBOR). En nuestra policlínica poca experiencia hemos podido acumular todavía a este respecto. La neurosis orgánica es el caballo de batalla de la psicoterapia, no sólo por su frecuencia, sino porque el entrelazamiento de fenómenos somáticos y psíquicos que en ella acontecen le presta un especial interés. ¿Puede, realmente, una enfermedad somática, ser expresión de un conflicto psíquico? V. WEIZSÄCKER y BILZ han atribuido a algunas formas de anginas un origen psicógeno. El hecho es lo suficientemente sorprendente para justificar la actitud crítica de otros clínicos (GRUHLE, por ejemplo). MORO ha descrito una meningitis en un niño tras una mordedura, sin importancia, por un perro. SIEBECK cita el caso de un hombre ambicioso, a quien postergan en una carrera y en aquel momento se le desarrolla una infección dental con sepsis grave. Ya ALCAN publicó hace años una monografía referente al origen psíquico de enfermedades orgánicas y el reciente libro de GÖRING abunda en estos ejemplos.

Un primer acercamiento a un enfermo, hecho con designio psicoterápico, provoca ya una reacción en el mismo que se traduce orgánicamente. SIEBECK cuenta el siguiente caso:

Una mujer de 28 años sufría mucho porque su período había desaparecido 6 años antes. La enferma fué explorada en la clínica ginecológica para averiguar si una terapéutica hormonal tendría resultado. En ésta opinaron que el tratamiento fracasaría, dada la duración de la amenorrea y la gran hipoplasia de los genitales. De todas maneras, en la clínica de Siebeck se decidieron a practicar una tentativa. La víspera de la primera inyección el médico mantuvo un largo coloquio con la enferma acerca de su vida y de sus dificultades en el curso de ella. A la mañana siguiente la enferma estaba cambiada, porque por la noche le había aparecido una pequeña hemorragia por primera vez desde hacía 6 años.

He aquí un ejemplo nuestro que demuestra la frecuencia con que tales fenómenos se presentan, si bien no siempre en forma tan acentuada.

M. M. F. de Alia (C.). 17 años. Soltera. Residente en M. Acude a la consulta el 17 de febrero de 1941. Historia número 374.

Antecedentes familiares. — La abuela materna padeció durante 30 años ataques que le aparecieron a raíz de una impresión, sufrida al caerse a un pozo un hermano suyo. Le duraban varias horas y siempre decía en ellos que quería tirarse a un pozo. Le sobrevinían con motivo de alguna emoción. Durante ellos hacía fuerza, sobre todo si la cogían y no se mordía la lengua ni tenía relajación de esfínteres. El más intenso de todos fué cuando se murió su marido. Quedó como una niña y reía y lloraba sin motivo.

El abuelo paterno era muy bebedor. El padre también. A la madre le han dado dos ataques: uno cuando le abrieron un flemón y otro en la guerra, cuando los rojos quisieron abusar de ella.

Una tía, por vía materna, se trastornó después de un susto. Decía que "la robaban y que la agarraban los hombres". Estuvo en el H. General y en Ciempozuelos. Después quedó bien del todo.

Antecedentes propios. — Desde hace 5 años que fusilaron a su padre ha cambiado de carácter. Antes era más viva, cariñosa y alegre. Ha perdido memoria y se irrita con facilidad. No le interesa nada, ni quiere tener amigas: se encuentra triste sin saber por qué.

Menarquía a los 13 años. Siempre muy abundante y anticipada. A veces dos menstruaciones en un mes. Desde noviembre sólo ha tenido el período una vez y muy escaso.

Enfermedad actual. — Desde hace tres meses se le hinchan las manos, sobre todo por las mañanas y le cuesta mucho trabajo moverlas. Además, los movimientos casi siempre se acompañan de dolor: "si intenta coger la aguja le da un calambre y tiene que dejarlo". En la misma fecha le empezó también un "dolor de espalda como si alguien la golpeara lentamente y muy suave"; lo tenía muchos días aunque no todos. Los insomnios que también sufría por entonces le desaparecieron con luminal.

Hace un mes amaneció con "mal cuerpo", hinchazón en mano derecha y sensación de frío por todo el cuerpo. A las 4 de la tarde, estando sola, sintió el frío más intensamente y al ir a acostarse notó que se le iba la cabeza y cayó al suelo sin sentido. No sabe cuánto tiempo estuvo, pero luego cuando volvió en sí, tenía dolor fuerte en las sienes y el vértex. Se acostó y a poco perdió el conocimiento otra vez. Fué asistida por la portera que subió incidentalmente a su casa y luego el médico más tarde le dió bromuros. Durante el ataque la enferma tuvo dos fases: en una estaba rígida de todo el cuerpo, excepto los brazos que se dejaban manejar, y tenía los ojos abiertos, fijos y mirando hacia arriba; en una fase posterior la enferma veía mucha agua y que alguien la metía en un pozo. La primera fase le dura poco, 10 ó 30 minutos, y la segunda de media a una hora. Los ataques posteriores han sido análogos. Larga conversación con la enferma acerca de sus trastornos y enfermedades; se le explica cómo va a ser tratada. Al asistir al día siguiente a la consulta, dice que ha tenido la regla que le había desaparecido hacía tres meses.

No es cierto, naturalmente, que todos los conflictos psíquicos sean sexuales. De este error del psicoanálisis se está ya muy de vuelta. Aun en los casos en que intervienen elementos de la vida sexual pueden estar mezclados con otros y, sobre todo, ser de contenido erótico y no sexual. La vivencia erótica es una vivencia estética y no una pura apetencia instintiva. El instinto sexual no es tampoco el único que rige la personalidad humana. En la tarea psicoterápica se ve la fuerza que en la conducta del ser tienen otros instintos y a ella hay que recurrir. Realmente, lo que hay que hacer con muchos enfermos es tornar posible un desarrollo de la personalidad que se venía haciendo defectuosamente. La personalidad humana tiene un estrato espiritual dominante. No ha de extrañar, pues, la frecuencia

con que el psicoterapeuta tiene que abordar "el acantilado de la Divinidad". Las vivencias religiosas pueden desempeñar un papel decisivo en la curación. Véase, como ejemplo, este caso:

C. M. N. de T. 47 años. Casada. Acude el 18 de noviembre de 1940. Historia número 167.

Antecedentes familiares. — Padre muere a los 60 años de ataque cerebral. Tenía, desde poco antes, muchas manías, sobre todo gran aprensión y decía estar enfermo del corazón y alarmaba a los familiares diciendo que se moría. También se quejaba de dolores de cabeza. Madre fallecida a los 80 años. Padecía fuertes jaquecas. El hermano que vive padece jaquecas. Nada más de interés.

La enferma se ha dedicado al teatro hasta que se casó y en relación con su enfermedad dice que uno de sus primeros recuerdos es que, saliendo un día del teatro (tendría unos 19 años), sintió una cosa rara en la cabeza que no era dolor ni disminución de la conciencia, pero sí algo que le angustió enormemente y le hacía decir a su familia: "habladme, distraedme", y que después se ha venido repitiendo. "Es como si la cabeza fuera a estallar, como si toda la sangre afluyera a ella. Y las cosas se me vienen encima y parece que todo se achica a mi alrededor." Este fenómeno que le dura media hora se repite al año dos o tres veces y generalmente con ocasión de graves disgustos. La última vez le dió con motivo de haberse extraviado un hijo y de una riña entre ellos. Viene a consultar por esto, principalmente; pero, además, porque sufre ideas obsesivas, particularmente miedo a encerrarse en algún sitio, metro, etc., y a la obscuridad. Lleva siempre cerillas por temor a los apagones de luz. Otras cosas también le preocupan, por ejemplo, que cuando está en el teatro o en la iglesia siente un impulso irresistible a gritar.

Además, desde los 20 años, tiene fuertes dolores de cabeza, localizados principalmente en las sienes y más en el lado izquierdo. Frecuentemente son en forma de martillazos. Antes duraban poco, pero ahora, de 5 años acá, se han exagerado de tal manera que ha llegado a sufrírselos durante 3 meses seguidos. No le dan vómitos y no ha observado que enrojezca o palidezca. Hace unos 13 años se añadió otro síntoma que aún le dura y que consiste en ver como una pantalla en la mitad externa del ojo derecho. También lo ve a oscuras, pero entonces aparecen chispitas. El fenómeno es variable en su presentación y duración.

A pesar de su enfermedad ha sido siempre alegre y comunicativa. De genio vivo. Aunque ha sido feliz en su matrimonio, su felicidad es relativa por sus preocupaciones.

Diagnóstico. — Migraña oftálmica. Neurosis obsesiva.

Tratamiento. — Primera sesión psicoterápica el 26 de noviembre. Ejercicios de sustitución de ideas y autosugestión en relajación muscular. Segunda sesión: la mímica de la frente antes exageradísima es casi normal. Siente muy atenuado su dolor de cabeza. *Psicagogía orientada en sentido sobrenatural, recomendándole algún acto religioso breve, pero consciente.* Análisis del problema religioso. La enferma tiene fe profunda. Tercera sesión el 3 de diciembre: no ha vuelto a sentir ningún dolor de cabeza. Notable disminución de las molestias que le daban sus ideas obsesivas. Dice que siente gran tranquilidad. Cuarta sesión: catarsis. Un cúmulo de tendencias reprimidas. Reeduación de la imaginación y de la atención. Sesiones sucesivas hasta 12. Se pone especial atención en la conducción de su religiosidad. La enferma queda totalmente restablecida. No se han repetido los dolores de cabeza ni tiene ya ningún temor.

Es corriente la afirmación de que todos los médicos ejercen ya una acción psicoterapéutica en su propio actuar médico. A este tipo de psicoterapia podríamos llamar, castellanizando una expresión latina de KÜNDEL, *psicoterapia implícita* ("Psychotherapia implicata"). Pero esto es sólo parcialmente verdad. A la mejor tradición del arte médico pertenece el cuidado del espíritu como el del cuerpo. El precepto se remonta, como es bien sabido, al "Charmides" platónico. Mas la evolución de la medicina, a partir de la segunda mitad del pasado siglo, ha ejercido una influencia aminoradora sobre la actitud psicoterápica del médico. Todavía en la

primera mitad del siglo XIX, los médicos poseían una formación filosófica y humanística que les permitía adoptar intuitivamente una exacta postura curativa frente a la psiquis de sus enfermos. La honda penetración de la medicina por los métodos y nociones de la ciencia natural y la profesionalización de la misma, han contribuido, en gran parte, a desmoronar aquella actitud e incluso a crear la contraria. Es evidente la existencia de numerosos enfermos *iatrógenos*. Unas molestias indeterminadas llevan al enfermo a un médico que, tras una exploración, con gran aparato instrumental, le dice un diagnóstico que el curso ulterior demuestra erróneo, pero que ha fijado la vida del enfermo, a veces para siempre, en torno a una enfermedad.

El médico general tiene, ciertamente, un gran papel que desempeñar. En muchas ocasiones bastaría con que tratase de "psicologizar" — valga la expresión — un adarme su medicina. Nadie como él puede conocer las circunstancias que influyen en los enfermos.

La psicoterapia necesita una considerable cantidad de tiempo. El tiempo dedicado a los enfermos es una piedra fundamental de tratamiento. LEYDEN (citado por KLEINE) decía a propósito de su fracaso al tratar a Bismarck: "los buenos resultados que más tarde consiguió SCHWENNINGER al tratar al Príncipe los debía a su posibilidad de dedicarle todo su tiempo durante la cura. SCHWENNINGER se sentaba con él en la mesa, vigilaba su alimentación y le imponía férreamente moderación. Sobrecargado como estaba yo de trabajo por la dirección de la clínica y por el profesorado en la Universidad, no pude lograrlo, a pesar de mi enorme interés por el gran hombre."

No todos los métodos psicoterápicos son apropiados a la práctica policlínica. La que podríamos llamar *psicoterapia magna* está, naturalmente, excluida, no por razones teóricas ni científicas, sino prácticas. Falta tiempo y elementos para ello. En algunas buenas clínicas extranjeras se han instalado Institutos de Psicoterapia. En la Universidad de Berlín funciona uno excelente bajo la dirección de H. GÖRING. También en algunas otras clínicas americanas se ha dado este paso. En Londres funciona un Instituto de Psicología que tiene un especial campo psicoterapéutico de actividad. Es lástima que en España no podamos ni siquiera hablar de estas cosas. ¿Cómo vamos a pensar en ello, si no existen apenas clínicas psiquiátricas?

En nuestro trabajo policlínico nos limitamos a una *psicoterapia parva*. La hipnosis y la relajación muscular constituyen los pivotes fundamentales. El ideal sería poder establecer cursos colectivos de tratamiento. El entrenamiento autógeno de SCHULTZ, la relajación progresiva de JACOBSON y todos los métodos más o menos emparentados con los yoga, se prestan a ello.

Tanto estos métodos, como los sugestivos simples (tipo COUÉ o BADOVIN) deben ir acompañados de una labor psicagógica. Se trata de lograr una actitud *comprensiva* del enfermo frente a su enfermedad. En cada enfermo se sigue un esquema distinto, pero, por regla general, se mantiene el anterior, como puede verse en los siguientes ejemplos:

P. G. B. de M. 30 años. Viuda. Acude a la consulta el 28 de febrero de 1941. Historia número 346.

Antecedentes familiares y propios. — Sin interés.

Enfermedad actual. — Data de la fecha en que murió su marido. Aquel día tuvo el primer ataque en el que dice perdió el conocimiento y estuvo así media hora. No tuvo relajación de esfínteres, ni contracciones, ni mordedura de lengua. Después quedó muy quebrantada y no se repitió hasta 8 días más tarde que volvió a tenerlo con las mismas características. Luego se fueron espaciando poco a poco hasta llegar a estar seis meses sin tenerlos, pero con motivo de la muerte de un hijo se le recrudecieron y le dan desde entonces (hace tres meses) cada 3 días. También le duran más y tiene sensaciones previas de malestar: "se me nubla la vista y todo me estorba".

Últimamente, en estos días antes de venir a la consulta, los tenía todas las noches y algunas veces le repetía dos veces. En la exploración se encuentra: abolición del reflejo faríngeo y algo vivos los reflejos perióstico-tendinosos de las extremidades. Tiene además una facies de estigmatizada. Nada de particular en el resto de la exploración.

Tratamiento. — El mismo día de estar en consulta se le hace la prueba de la sugestibilidad. Muy accesible. Sólo con sugerirle la idea de que va a caer hacia atrás se cae. A las primeras sugerencias queda sumida en sueño hipnótico en una silla. Al salir de la clínica siguió sintiendo los efectos, durmiéndose a deshora e incluso en el metro, al ir al trabajo, pasándose de estación. En la segunda sesión manifiesta gran mejoría: desaparición de los ataques y buen apetito. Se hace hipnosis para suprimir el sueño excesivo y en la tercera sesión dice que dormía regularmente. Después se continúa con cinco sesiones más. Las dos últimas se dedican a la psicagogía. La enferma se presentó el 5 de mayo en la clínica y dice encontrarse muy bien.

P. B. G. de A. 21 años. Casada. Acude a la consulta el 5 de diciembre de 1940. Historia número 203.

Antecedentes familiares y propios. — Su padre era muy nervioso: "se enfadaba sin motivo y tenía mal genio". Ningún otro antecedente de interés.

Enfermedad actual. — La enferma vió hace 4 meses unos ataques epilépticos a una cuñada de su hermana. Hace un mes, al terminar de cenar, le dió un ataque que le empezó con la sensación de una bola en el estómago que le sube a la garganta. Perdió el conocimiento y no llegó a caer porque la cogieron sus familiares. Sin contracciones tónicas ni clónicas; se quedó como muerta, con las extremidades flácidas. Después tuvo otros tres más, idénticos, seis y dos días antes de venir a la consulta. Al terminar los ataques se despierta paulatinamente y nota subjetivamente cansancio en piernas y brazos.

Exploración. — Sin hallazgos somáticos de interés.

Tratamiento. — Una primera sesión de psicoterapia el 13 de diciembre. Hipnosis. Se repite el 17 y dice que se encuentra completamente bien y que han desaparecido todas las molestias. Se le cita para iniciar la labor psicagógica.

Fuerza es confesar que la psicoterapia no despierta en España la atención que merece. Existen, cierto es, excelentes cultivadores de la misma, pero en número escaso. SARRÓ ha realizado persistentes intentos para llamar la atención sobre ella. Y es lástima que así ocurra, por dos series de razones: Una, práctica, porque ¿cuántos enfermos se quedan sin recibir el adecuado tratamiento? Y otra, teórica: la posibilidad de crear originalmente en este sector, con independencia de las corrientes de ideas extrañas a nuestro genio nacional. A partir de 1933, con el triunfo colectivo del nacional-socialismo, adquiere JUNG el primado de la psicoterapia alemana (1), precisamente porque su doctrina del inconsciente colectivo permite la idea de un alma nacional. Y en

(1) Esto sólo fué verdad total durante algún tiempo y hoy lo es parcialmente. Contra JUNG se ha dirigido BUMKE en un libro reciente, considerándolo como un epígono del psicoanálisis y por consiguiente fuera de la ortodoxia científica. (BUMKE. Die Psychoanalyse und ihre Kinder. Springer. Berlín, 1938.)

los modernos libros de psicoterapia puede verse repetido con reiteración un esquema en el cual no deja de figurar la raza como componente del inconsciente colectivo. Esto quiere decir — y por ello lo citamos — que *a cada concepción del mundo corresponde una psicoterapia*. “También los psicoterapeutas españoles deberíamos emprender con ahinco la tarea de hacer una psicoterapia individual y colectiva, para nosotros, que había de partir de nuestra vieja y eterna idea del poderío del espíritu sobre la *ctone*, la tierra, y, por consiguiente, del primado del hombre espiritual o neumático (en la concepción paulina) sobre el hombre carnal, sárkico o hílico.” (LÓPEZ IBOR.)

BIBLIOGRAFÍA

- BANSI. — Dtsch. Med. Wschr., 67, 3 enero 1941.
 BILZ, RUDOLF. — Psychogene Angina. Hirzel, Leipzig, 1936.
 KEYES and MATTEWS. — Am. Jour. of Psych., 97, 6, 1941.
 KLENE. — Dtsch. med. Wschr., 48, 64, 25 noviembre 1938.
 KRETSCHMER. — Medizinische Psychologie. Thieme, 1939.
 KÜNKEL, FRITZ. — Deutsche med. Wschr., 48, 64, 25 noviembre 1938.
 LÓPEZ IBOR. — *Psicoterapia general en el Manual de Terapéutica Clínica* (Bañuelos), Editorial Científico-Médica, Barcelona, Madrid, 1941.
 LÓPEZ IBOR. — *Lo vivo y lo muerto de Psicoanálisis*. Barcelona, Miracle, 1936.
 SCHELER M. VON UMSTURZ DER WERTE. — Der Neue Geist, Verlag. Leipzig, 1923.
 SIEBECK, SCHULTZ-HENCKE, v. WEIZÄCKER. — Über seelische Krankheitsentstehung. Vg. Thieme, Leipzig, 1939.
 V. WEIZÄCKER. — Studien zur Patogenese. Thieme. Leipzig. 1935.
 ZILBOORG. — New York Neurological Society, octubre 1941. Reseña en Jour. of nervous and mental Diseases. 93, 2, febrero 1941.

3.
a
1-
i-
3.
k-
5.
ia
1.

lona

Sonderdruck aus
„Archiv für Psychiatrie“, 116. Band, 1. Heft, 1943, S. 18—25.

Springer-Verlag, Berlin W 9.