

Documenta Geigy

Acta  
psychosomatica

Cuestiones actuales en medicina psicosomática

N.º **1**

Edición hispano-americana

Por el Profesor Dr. J. J. LÓPEZ IBOR, Madrid

Redacción

*Suiza*

M. BOSS

Universidad de Zurich

E. MARTIN

Director de la

Policlínica médica universitaria

Ginebra

P.-B. SCHNEIDER

Director de la

Policlínica psiquiátrica universitaria

Lausana

J. WYRSCH

Universidad de Berna

*Francia*

J. DELAY

Director del

Centro psiquiátrico Sainte-Anne

París

*Italia*

C. L. CAZZULLO

Universidad de Milán

*España*

J. J. LÓPEZ IBOR

Universidad de Madrid

*Gran Bretaña*

M. HAMILTON

Universidad de Leeds

*Estados Unidos*

F. A. FREYHAN

Director del Servicio de Investigaciones

State Hospital, Farnhurst, Delaware

*Canadá*

H. E. LEHMANN

Director del Verdun Protestant Hospital

Montreal

Secretario

J. JANNER

Magnolienpark 14, Basilea (Suiza)











# Acta psychosomatica

© Copyright 1960 by J. R. Geigy S.A., Basle (Switzerland)  
Printed in Switzerland

# Cuestiones actuales en medicina psicosomática

Por el Profesor Dr. J. J. LÓPEZ IBOR  
de la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid  
(Manuscrito terminado en diciembre de 1959)

Questionnaire  
on psychiatric

## Tabla de materias

Introducción . . . . .	9
I. – Patología funcional y patología psicosomática . . . . .	11
II. – Area de la patología psicosomática . . . . .	15
III. – Correlaciones psicosomáticas . . . . .	17
IV. – Reacciones exageradas y círculos viciosos . . . . .	20
V. – La inferioridad de los órganos . . . . .	21
VI. – Dialecto y simbolismo de los órganos («su especificidad psicosomática») .	22
VII. – Psicogénesis y catagénesis . . . . .	25
VIII. – Conflicto y personalidad . . . . .	26
IX. – La personalidad inmadura y el nexo madre–niño . . . . .	28
X. – Psicوماتosis y psiconeurosis . . . . .	30
XI. – El problema cuerpo–alma y la especificidad de los trastornos . . . . .	35
XII. – La vivencia de la «corporalidad» sana y enferma . . . . .	37
XIII. – El fondo biológico de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos . .	40
XIV. – Bases neurofisiológicas de los trastornos psicosomáticos . . . . .	42
XV. – Terapéutica psicosomática . . . . .	49
XVI. – Bibliografía . . . . .	51

1. Introducción

2. Metodología

3. Marco teórico

4. Objetivos

5. Metodología de la investigación

6. Resultados

7. Conclusiones

8. Bibliografía

## Introducción

Un enfermo de PINEL decía: «El principio de todos mis males está en mi vientre. Es tan sensible que pena, dolor, placer, en una palabra, cualquier especie de afección moral tiene allí su principio. Pienso por mi vientre, si puedo expresarme así.» Palabras análogas las han oído muchas veces los médicos de todos los tiempos, y las siguen oyendo, con esta u otra melodía, en su consulta. Ahí está el comienzo de la medicina psicosomática: en la clínica misma, que muestra cada día la interrelación entre las expresiones somáticas y las psíquicas del estar enfermo. Nunca ha sido olvidada su existencia. ¿Por qué, entonces, se habla ahora de «medicina psicosomática» como si fuese un punto de vista nuevo o una nueva rama de conocimientos médicos? ¿Por qué hasta ahora no se había afrontado científicamente el problema? La medicina actual ha hecho de esas relaciones objeto de estudio, como el fisiólogo o el psicopatólogo estudian otra clase de relaciones.

¿Por qué se ha tomado esa actitud precisamente *ahora*? Las razones son múltiples, y apenas podría señalar unas cuantas. Por una parte, los grandes progresos realizados en la que se llama medicina científico-natural, es decir, la que estudia al hombre como ser biológico en sentido estricto, han conducido, implícitamente, a olvidarse de que el hombre es, como naturaleza, algo más que eso; es decir, que en el hombre no hay sólo un plano físico-químico, y un plano biológico. La clínica ha sentido la necesidad de compensar esa *unilateralidad del progreso*, porque se ha dado cuenta de su insuficiencia. Por otra parte, la medicina atiende cada vez más a los aspectos sociales del hombre. La llamada *socialización de la medicina* es un vasto complejo, que no se limita, en modo alguno, a la aceptación de los seguros sociales; por ejemplo, el éxito de muchas medidas profilácticas depende del diagnóstico precoz de las enfermedades, pero el diagnóstico precoz (el del cáncer, verbigracia) no puede hacerse sin crear un estado social difuso de preocupación por la enfermedad, o sea, lanzando sobre la sociedad oleadas de hipocondría. La socialización, en general, establece la relación médico-enfermo sobre bases distintas que la medicina individual. Estos y otros muchos ejemplos demuestran cómo, a medida que la medicina progresa en sus fronteras científico-naturales, así como, a medida que avanza en su proceso de socialización, *necesita conocer mejor la influencia de los planos psicológicos en el modelado de la enfermedad*. En todo acto médico hay un problema de interrelación humana.

No es sólo un problema de conocimiento, sino también de acción. La medicina moderna trata, en cierto sentido, de educar al enfermo, es decir, de hacerle tomar una actitud frente a la propia enfermedad. Aguza el espíritu de autoobservación, busca la compensación y la rehabilitación del enfermo. Investiga si el nuevo tipo de sociedad que se va estructurando lleva, por así decirlo, gérmenes patógenos. A medida que una sociedad progresa, se industrializa y se hace más «competitiva»; a pesar de que la industrialización supone un ahorro del esfuerzo humano, lo cierto es que se consigue a costa de esfuerzos increíbles. La palabra «stress», introducida por SELYE, ha tenido más éxito que sus propias teorías, y ha ingresado en el lenguaje coloquial, porque alude, evidentemente, a una «realidad» social de nuestros días. En la conciencia del hombre contemporáneo se va creando la idea de que su tipo de vida le exige un esfuerzo que, a la larga, es insano, le lleva a la enfermedad física y nerviosa. ¿Hasta qué punto es verdad esta idea? ¿En qué modo puede actuar esta civilización del «esfuerzo» creando nuevas disregulaciones, que llamamos patógenas?

Finalmente, en la aparición de la medicina psicosomática, han influido los progresos de lo que puede llamarse *psicología médica*. La psicología nació como una rama de la filosofía. Después, al convertirse en experimental, procuró imitar el modelo de la fisiología. Pero

sólo cuando ha buscado, en los estratos profundos del ser humano, la clave de la conducta, es cuando se ha mostrado fecunda para el pensamiento médico. El estudio de las correlaciones psicofisiológicas ha pasado de ser una pura descripción de fenómenos a una inquisición genética. Los instintos y los estados de ánimo determinan, sin duda, conductas que llamamos patológicas. La vida de los instintos es, cada vez, mejor analizada, por una parte por la psicología profunda, y por otra por la etología: otro tanto ocurre con la vida de los sentimientos. Estar triste puede ser la repercusión en nuestro ánimo de la pérdida de un ser querido, pero estar triste puede ser una enfermedad. La cirrosis hepática puede ser debida al alcohol, pero la necesidad de beber alcohol es algo inherente a una disregulación en el plano de los instintos o de los sentimientos de la persona del bebedor.

En la erupción de la medicina psicosomática en el campo actual de la investigación y de la práctica médica ha intervenido, pues, una serie de factores que caracterizan la situación de la medicina contemporánea. Su florecimiento actual no es un capricho ni un accidente, sino algo que va implícito en el espíritu del tiempo.

## I. – Patología funcional y patología psicósomática

Según VON BERGMANN, entre lo orgánico por una parte y lo psicógeno por otra, existe un puente constituido por la *alteración funcional*. De esta suerte quedó inaugurada la *patología funcional*.

Uno de los epígrafes de su conocida obra, lo titula «Demolición o desintegración de las neurosis orgánicas». Así formulado, parece que se trate de una destitución de los factores psicógenos de su calidad patogénica. No hay tal. Lo que VON BERGMANN niega es la existencia de las neurosis orgánicas concebidas al modo de la neurología visceral. En modo alguno – dice – se ha demostrado la realidad de enfermedades que afecten de modo selectivo y aislado al sistema nervioso del estómago, provocando así la aparición de neurosis gástricas genuinas y, además, es muy improbable su realidad, y lo propio ocurre en lo que respecta a las demás neurosis viscerales «genuinas». ¿Por qué no se diagnostican las neurosis del bazo, del páncreas o del riñón siendo tan frecuente el diagnóstico de neurosis gástrica o cardíaca?

Por eso entre los diagnósticos a descartar sitúa: 1. Neurosis orgánicas genuinas: a) neurosis cardíacas, debilidad cardíaca de origen nervioso, neurosis vasomotoras; b) neurosis gástricas, cardialgias, dispepsias nerviosas, neurosis secretoras y motoras del estómago, piloroespasmo, gastralgias, síndrome gastrocardíaco, eructos nerviosos. 2. Ptosis y atonías del estómago e intestinos, ptosis renal, esplacniatonías generalizadas. 3. Espasmos intestinales, fermentaciones ídem. 4. Trastornos provocados por adherencias. 5. Molestias «reumáticas», neuralgias intercostales. 6. Angina abdominal. 7. Vagotonía y simpaticotonía.

La penetración en el problema, en estos casos, habría que hacerla a través de la idea de la función perturbada. En el estómago, por ejemplo, el concepto de gastritis, el reconocimiento de la «hernia del hiato del diafragma, etc.», destruyen muchos diagnósticos de neurosis gástricas. Pero lo esencial no está ahí, sino que a través de la función perturbada se establece un puente entre las enfermedades funcionales – y aun psicógenas – y las orgánicas. La patogenia de la úlcera gástrica sería para VON BERGMANN demostrativa de ello, ya que los espasmos circulatorios de la mucosa acabarían por crear las condiciones necesarias para la ulceración.

La patología funcional debería formar, en el pensamiento de VON BERGMANN, el tránsito entre la psicopatología y la somatopatología. VON WEIZSÄCKER lo ejemplifica así:

- A. Excitación psíquica
- B. Alteración funcional
- C. Disregulación motora y secretora
- D. Inflamación
- E. Úlcera
- F. Neurosis visceral o carcinoma o esclerosis
- G. Muerte

Este es un esquema que debería servir para todos los procesos morbosos; en algunos aparece claramente, como en la hipertensión, pero en otros no, porque se desconocen los eslabones intermedios. Lo mismo ocurre en la patología somática, donde seguimos diagnosticando una sepsis, aun cuando no se descubra el germen, con tal de que existan los caracteres clínicos de la misma. Un estudio intensivo – dice VON WEIZSÄCKER – ha conseguido rellenar algunos de estos vacíos y, por tanto, puede sostenerse la hipótesis de que es la insuficiencia de nuestros métodos y conocimientos el motivo por el que no resulta

siempre claramente visible el comienzo que conduce de A a G. No hay que pensar en que las influencias psíquicas actúen solamente sobre las estructuras nerviosas. La célula hepática es tan sensible a ellas como la neurona; por lo tanto, no debe establecerse una especie única de relaciones psicofísicas, sino toda una serie de ellas adaptadas a nuestro esquema clínico.

La patología funcional ¿logra destruir el concepto de neurosis orgánica? Sólo hasta cierto punto: el título del capítulo correspondiente de VON BERGMANN induce a un error que él mismo no padece. Lo que VON BERGMANN postula, en primer término, es una mayor precisión diagnóstica y la eliminación del uso clínico de ciertas etiquetas pasadas de moda, vagas, confusas y casi sin contenido. En segundo lugar, lo que pretende es una profundización en el estudio de la patogenia de las enfermedades no sólo de las neurosis, sino también de las enfermedades somáticas. Pero VON BERGMANN no desatiende el aspecto psíquico del trastorno funcional físico. El organismo actúa como una unidad psicofísica.

La primitiva concepción de las neurosis orgánicas pensaba en el origen periférico de los trastornos. ROSENBAACH hablaba de neurosis del vago. POTTENGER hace una distribución más minuciosa de los trastornos, pero siempre dirige su mirada preferentemente al trastorno periférico. El descubrimiento de las zonas de HEAD acompañando a las lesiones orgánicas confirmaba este punto de vista.

La neurología visceral halló un nuevo refuerzo con la doctrina de EPPINGER y HESS sobre la vagotonía y la simpaticotonía, formuladas en 1920. Las vísceras se hallan inervadas por estos sistemas y reguladas en su tono, según el predominio de uno u otro. El diagnóstico de vago o simpaticotonía se realizaba por el análisis de algunos síntomas clínicos muy destacados como el ritmo del pulso, el estado de las pupilas, etc. A este análisis somero se agregaba después el estudio de ciertos reflejos, como el de ASCHNER y, finalmente, las pruebas vegetativas. El afán de precisión las complicó de tal manera, que resultaba embarazoso el uso clínico. La meta de este camino era averiguar si predominaba uno u otro tono inervatorio en el enfermo y poner en relación su alteración con el mismo. La terapéutica también se basaba sobre este esquema simple de la balanza vegetativo-visceral.

El error fue pronto descubierto. Los mismos EPPINGER y HESS ya admitieron que en la enfermedad de BASEDOW existían casos simpaticotónicos y vagotónicos, pero en muchos otros casos se trataba de casos mixtos. La patogenia de las neurosis orgánicas era, pues, esencialmente, una patogenia del sistema nervioso vegetativo periférico. A medida que se avanzaba en el estudio de las estancias centrales reguladoras, especialmente de la fisiopatología del diencefalo, se vió que muchas veces el núcleo patógeno no estaba en la periferia sino en los centros. De ahí el tránsito gradual y casi imperceptible entre neurosis orgánicas y *diencefalosis*. Pero, a su vez, el descubrimiento de los mecanismos centrales, hoy tan de moda, después del descubrimiento de la sustancia reticular, no debe en modo alguno hacer descuidar el estudio de la intervención de los mecanismos periféricos.

¿Qué significa, en resumen, la aparición de la medicina psicosomática?

A. La medicina psicosomática se inserta en la medicina a través del estudio de las causas psíquicas de las enfermedades (*psicogénesis*). El problema de la psicogénesis es decisivo en la medicina psicosomática. Para algunos el límite se halla ahí: en la posibilidad de agregar a la cadena etiológica o etiopatogénica un eslabón psíquico.

En el uso de la palabra «psicosomático» surge una cuestión: la de su equivalencia con «psicogenia». Es verdad que en una cierta fase del desarrollo en la medicina psicosomática se pudieran tomar ambas palabras como equivalentes. Enfermedades psicosomáticas serían aquéllas en las que se podría señalar o admitir la existencia de una psicogénesis. Sin em-

bargo, la situación actual ha separado ambos conceptos, por varias razones. Por una parte, la investigación psíquica ha ampliado su horizonte al estudiar otras cuestiones psicológicas que afectan a la enfermedad y que no son puros factores psicogenéticos: por ejemplo, el perfil psicológico de las enfermedades, los factores situacionales, etc. Por otra parte, también se señala cierta tendencia a la escisión entre el estudio de las neurosis y el de las enfermedades psicosomáticas. Hasta qué punto está justificada tal escisión, es una cuestión que debe ser discutida. Lo cierto es que las neurosis instalan procesos de simbolización, en tanto que las enfermedades psicosomáticas consisten en la alteración en las regulaciones vegetativas. ALEXANDER es de los autores que más insisten en esta distinción. Tal distinción corresponde a la que se hacía clásicamente entre *psico-neurosis* y *órgano-neurosis*. Por otra parte, no hay que olvidar la distinción entre causas y motivos, sobre la que se basa la diferencia entre la psicopatología explicativa y comprensiva. La patología psicosomática, por su influencia psicoanalítica, apenas mantiene clara esta distinción, rebasando con mucho el área de una psicopatología sólo comprensiva (véase este punto, profundamente estudiado, en el libro de WEITBRECHT).

B. La medicina psicosomática estudia no la *causalidad* psíquica, sino la *condicionalidad* psíquica de las enfermedades. El problema de la causalidad psíquica es demasiado limitado y confuso. Como queda dicho antes, de la psicogénesis o del trauma psíquico como productor de la enfermedad, se pasa al estudio de la personalidad y de la situación. Los estudios de la personalidad han llevado al establecimiento de los *perfiles psicosomáticos* en las diversas enfermedades. De todos modos, el tránsito entre trauma y personalidad se hace, como en la última etapa del psicoanálisis, a través del estudio del desarrollo de la personalidad. Los factores situacionales son abordados desde distintos puntos de vista (experiencias RUESCH, trabajos de HALLIDAY y de VON UEXKÜLL, teoría del campo de GRINKER, etc.).

HALLIDAY introduce el factor sociológico en la investigación psicosomática. Crea el concepto de enfermedad social, lo cual quiere decir que la misma sociedad puede hallarse enferma en determinadas condiciones. La relación esencial madre-hijo se halla también sometida a las contingencias históricas, de suerte que ciertas variaciones en la patología psicosomática se deben a variaciones en la historia de aquella relación. El concepto de trabajo, el de esfuerzo, etc., modifica la patología social. El aumento de ciertas enfermedades como el reumatismo, la úlcera gástrica, la angina de pecho, etc., depende de la variación en las condiciones sociales en que se mueve el hombre moderno. *Con el tiempo cambian no sólo los puntos de vista del médico sobre las enfermedades, sino la sintomatología misma.* Existe una correlación, como yo mismo he tratado de demostrar entre los «estilos de enfermar y los estilos de vivir»<sup>1</sup>. Por eso existe una relación íntima entre las neurosis y la antropología cultural (SARRÓ).

C. En el núcleo de la medicina psicosomática está el *hecho psicosomático* mismo, o sea, la relación entre la expresión corporal y psíquica del trastorno. Los estudios neurofisiológicos y psicológico-experimentales se dan aquí la mano con las tesis de la psicología profunda. Las alusiones al «problema cuerpo-alma» son inevitables. Los recientes avances de la neurofisiología han sido, quizá prematuramente, incorporados al campo de doctrina de la patología psicosomática. De todos modos, no es posible, hoy día, prescindir de ellos, ni tampoco de los nuevos problemas farmacológicos planteados.

D. La verdadera medicina psicosomática supone, más que una ampliación de los conocimientos, *un cambio en la actitud*. Se trata de recorrer el camino que va desde la medicina

<sup>1</sup> Véanse sobre estas cuestiones mis publicaciones «Formas de enfermar y estilos de vivir», «La situación de la medicina actual». Véanse, además, los libros citados en la bibliografía.

científico-natural a una *nueva* medicina antropológica (VON WEIZSÄCKER, MITSCHERLICH, BINSWANGER, BOSS, PLUGGE, etc.). En la interpretación de los cuadros orgánicos, la medicina psicosomática trata de lograr un enlace entre los *síntomas* y la *biografía*. La anamnesis debe permitir al médico valorar hasta qué punto la subjetividad («el sujeto») interviene en los procesos morbosos no sólo *sufriéndolos*, sino *configurándolos*.

## II. – Area de la patología psicosomática

Mejor que con una definición tendremos una idea de lo qué es examinando lo que contiene. WEISS y ENGLISH enumeran tres grupos de enfermos pertenecientes a ella.

*Grupo I.* – Está constituido por aquellos enfermos que, sin ser psicológicos ni enfermos somáticos, forman esa franja indefinida intermedia, constituida por individuos que no tienen ninguna enfermedad corporal ni son auténticos «locos». Aproximadamente este apartado constituye un tercio de los enfermos que van a consultar a cualquier médico. Son los llamados «enfermos funcionales» de la práctica médica.

*Grupo II.* – Está constituido por enfermos cuyos síntomas dependen, en parte, de factores emocionales aunque en ellos existan hallazgos orgánicos. Forman otro tercio de los enfermos y como grupo es de los más interesantes, ya que en ellos pueden existir lesiones orgánicas graves y, sin embargo, los factores psíquicos pueden ser más nocivos que en el primer grupo.

*Grupo III.* – Abarca las enfermedades físicas en íntima relación con el sistema nervioso vegetativo, tales como migraña, asma, hipertensión esencial: la medicina psicosomática tiene un gran interés por este grupo, por sospechar que los factores psíquicos desempeñan un gran papel en la génesis de estos trastornos.

De la enumeración anterior, deducimos un primer hecho fundamental: del ámbito de la patología psicosomática no se excluyen las enfermedades orgánicas, ya que en muchas de ellas intervienen los factores psíquicos. Precisamente éste es el grupo *esencial* de la patología psicosomática. El grupo I de WEISS y ENGLISH es el que se encuentra más confusamente definido, puesto que sólo se halla circunscrito por caracteres negativos. Si no son psicóticos ni enfermos somáticos, en él debemos considerar incluidas las personalidades psicopáticas.

En efecto, hay ciertos grupos de ellas – asténicos, depresivos, etc. – que tienen una íntima conexión con los problemas de la patología psicosomática, pero en otros las relaciones son mucho más lejanas – querulantes, fanáticos, etc.

He aquí la lista de enfermedades psicosomáticas que establece HALLIDAY:

*Sistema gastrointestinal:* úlcera duodenal, úlcera gástrica de origen no nutritivo, colitis «mucosa», gastritis, ciertos casos de hemorroides y de enfermedades de la vesícula biliar.

*Sistema cardiovascular:* síndrome de esfuerzo, casos de hipertensiones esenciales, de trombosis coronaria y de hemorragias cerebrales.

*Sistema respiratorio:* muchos casos de asma, de rinitis alérgica y de bronquitis recurrente.

*Sistema génitourinario:* muchos casos de enuresis nocturna, disturbios menstruales y leucorrea, algunos casos de infección piógena urinaria.

*Sistema locomotor:* muchos casos etiquetados de hidrositis, neuritis, ciática y lumbago, también de artritis reumatoide y ciertos casos no traumáticos de osteoartritis.

*Sistema endocrino:* muchos casos de bocio exoftálmico, hipertiroidismo, ciertos casos de diabetes, obesidad y mixedema.

*Sistema nervioso:* ciertos casos de migraña y los innumerables disturbios somáticos de la ansiedad y la histeria.

*Sangre:* ciertos casos de anemia hipocrómica no determinada nutritivamente.

*Piel:* alopecia areata. Ciertos casos etiquetados de prurigo, prurito, urticaria, seborrea, etc.

*Ojos:* nistagmus de los mismos, ciertos casos de blefaritis y conjuntivitis crónica.

En esta lista se incluyen enfermedades cuyo gran determinismo somático es evidente. Pero su pertenencia a la patología psicosomática se demuestra, según HALLIDAY, porque

el punto de vista psicológico aplicado a ellas produce un gran enriquecimiento de los conocimientos etiológicos de las mismas. La patología psicosomática es, pues, más bien *un punto de vista que una agrupación de enfermedades*. Por eso cada año aumenta el número de publicaciones que se destinan no a una enfermedad concreta, sino a señalar esta *actitud* ante los problemas quirúrgicos, neurológicos, ginecológicos, etc. Claro es que esto supone una cierta difuminación de su objetivo, puesto que tal actitud lo mismo se podría llamar simplemente actitud psicológica. En el fondo responde a la necesaria «psicologización» de la medicina moderna impuesta, como contrapartida, para compensar el proceso de alineación que supone su tecnificación y su socialización.

Se dice que psicosomática es toda la medicina, puesto que en toda enfermedad existen factores somáticos y psíquicos. En el fondo, toda enfermedad es de una persona y en la persona intervienen siempre ambos planos. Aun en las enfermedades más grávidamente somáticas el plano psíquico se patentiza, al menos, *en la actitud que toma el enfermo ante su enfermedad*. Dejando de lado estas cuestiones, lo cierto es que, aparte de esta aspiración de la medicina psicosomática, en la práctica se trata de un sector bien delimitado. ENGEL hace observar que si se hace un recuento de las enfermedades aludidas en los quince tomos de la revista «Psychosomatic Medicine», se ve que de 206 trabajos, el 80 por ciento están dedicados al sistema circulatorio, piel, tracto gastrointestinal, sistema respiratorio, dolor y disturbios metabólicos. Los síndromes estudiados son: enfermedades cardíacas, síncope, enfermedad de RAYNAUD, dermatitis, urticaria, prurito, alergia, úlcera gástrica, cardioespasmo, asma, rinitis, cefalea, lumbago, diabetes, hipoglicemia, hipertiroidismo y colitis. Con razón dice que todas estas enfermedades constituyen un escaso sector de la medicina. *No con respecto a la frecuencia o al número de los enfermos*, sino a la lista de síndromes o cuadros clínicos que estudia la patología. En cuanto a tratar de una enfermedad de curso mortal, parece como si el investigador psicosomático la excluyese de antemano de su campo de estudio. La morfología sería la barrera que con dificultad atraviesa la medicina psicosomática.

### III. - Correlaciones psicosomáticas

Supuesta, pues, la acción de los estímulos psíquicos sobre las regulaciones somáticas y viceversa, la de los trastornos somáticos sobre la vida psíquica, es necesario examinar ahora las *vías* de estas relaciones mutuas y las *leyes* que las rigen. Nos hallamos, en definitiva, ante el problema, siempre redivivo y nunca agotado de las relaciones del cuerpo con el alma.

Los trastornos somáticos pueden engendrarse de la siguiente manera (JASPERS):

1. *Automáticamente*, como ocurre, por ejemplo, en los trastornos digestivos que acompañan a una emoción. El miedo puede provocar una diarrea. En estos casos sólo podemos, como observadores, comprobar los fenómenos y registrarlos.

2. *Por tendencia a la fijación*, una vez desencadenado un reflejo corporal que acompaña a una emoción, puede presentarse de nuevo por estímulos más pequeños. Siguiendo el ejemplo anterior, podemos suponer el caso del que ha sufrido una diarrea por una impresión terrorífica y le queda como secuela la tendencia a la misma, aun por emociones mucho menos intensas. Es frecuente que esta fijación se realice sobre funciones que se hallaban en actividad en el momento en que incide la emoción, por ejemplo, el que sufre una parálisis del brazo al telefonar y recibir una noticia desagradable (*formación de reflejos condicionados*).

3. *Entre la emoción y el trastorno somático se establecen relaciones comprensibles*, por ejemplo la amaurosis hística que se establece ante una situación que se desea ignorar. En este flujo y reflujo entre psiquismo y corporalidad, con frecuencia vemos cómo el trastorno corporal aparece en territorios somáticos independientes, por regla general, de la voluntad y de la representación. Es decir, el estímulo ha realizado una verdadera efracción de ritmos orgánicos habitualmente autónomos.

WOLFF y sus colaboradores (WOLF, GRACE, HOLMES, STEVENSON, STRAUB, GODDED y SETON) han creado un método muy demostrativo para el estudio de las correlaciones psicosomáticas. Se trata de la observación continuada de ciertas mucosas en relación con las diversas experiencias vitales que el sujeto haya sufrido y con determinadas situaciones experimentales provocadas. Las mucosas investigadas han sido las de las siguientes vísceras: el estómago, la vagina, la vejiga, el recto, la nariz y los bronquios. Aunque las reacciones difieren en cada tejido, las semejanzas son suficientes para poderlas considerar en un solo grupo. Un ejemplo de cómo pueden plantearse estas investigaciones lo da el estudio psicosomático de la secreción gástrica de los fistulizados. WOLFF estudió en 1944 el caso de Tom, pero aún más tarde, en 1948, CRIDER y WALKER repiten el mismo tipo de estudios en otros enfermos, obteniendo resultados distintos. Las mismas emociones que en un caso actuaban como excitantes de la secreción gástrica, en el caso de Tom, las deprimían en el caso Helen. Por eso MARGOLIN sometió a esta misma enferma Helen, durante dos años y medio, a un estudio combinado fisiológico y psicoanalítico. Helen tenía una fístula gástrica producida por un intento de suicidio realizado mediante la ingestión de lejía de sosa. Tal tentativa se hallaba provocada por conflictos inconscientes que se traducían en una conducta sado-masoquista, aparte de una vertiente homosexual. Los resultados del análisis del jugo gástrico no pudieron considerarse como normales hasta que la enferma no se liberó de las fantasías subconscientes ligadas a la úlcera. Suprimida la influencia traumatizante, en el plano psicológico de la úlcera, MARGOLIN distinguió tres tipos de funciones: la hiper y la hipofunción sincrónica, en la que todas las funciones gástricas se desvían en más o menos, y el asin-

cronismo funcional, en cuyo estado las diversas funciones varían con relativa independencia unas de otras. La actividad gástrica responde igualmente a las tendencias conscientes que a las inconscientes, así como a la manera como la transferencia psicoanalítica satisface las necesidades del paciente.

En la vagina, la turgencia aparece durante la excitación sexual y también en medio de situaciones ansiosas. La hiperemia se acompaña, a veces, de leucorrea. En el colon, se han estudiado en un enfermo a quien había sido practicada una colotomía. En la mucosa nasal se ha comprobado que los conflictos sostenidos producen hiperemia y tumefacción de la misma, y las situaciones de pánico, por el contrario, empalidecen la mucosa y la secan. En algunos casos, se ha comprobado que situaciones emotivas intensas y sostenidas llegan a producir punteados hemorrágicos en las mucosas, como pudo observarse en Tom. En la mucosa rectal de un enfermo a quien la rectoscopia desagradaba profundamente, eran visibles, en la exploración, áreas hemorrágicas que desaparecían antes de las 24 horas si el enfermo lograba relajarse. También se han producido modificaciones en las mucosas: la hiperemia gástrica va acompañada de acidez; la mucosa cólica, en los casos de colitis ulcerosa, ofrecía modificaciones en la concentración de lisozima según las diversas emociones. Las modificaciones en dicha concentración de lisozima no son secuela de la lesión tisular, sino que la preceden. Es probable que el aumento de la lisozima, unido a la tumefacción y a la hiperemia de las mucosas, sea capaz de producir lesiones en los enfermos de colitis ulcerosa. En la secreción nasal se provocó una neutrofilia por motivos psíquicos en algunos casos; en otros, la reacción fue eosinófila; la hiperemia y la tumefacción modifican, como es natural, la reacción de la mucosa frente a los medicamentos tóxicos.

Todavía existe un caso excepcional, más reciente todavía, que permite profundizar en el estudio de las relaciones psicósomáticas. Se trata de un niño nacido con atresia congénita del esófago, al cual se le practicó una fístula cervical en el tercer día de su vida, y una fístula gástrica en el cuarto. ENGEL, REICHSMANN y SEGEL comunican los resultados de las 59 experiencias realizadas entre los 15 y los 20 meses. Las cifras de ácido clorhídrico total se correspondían íntimamente con la conducta global del niño. Las oscilaciones afectivas, ya fuesen libidinosas o agresivas, se asociaban con un incremento de la secreción de ácido clorhídrico. Durante la «reacción de supresión» se producía una disminución o un cese de la secreción. En esta fase la histamina apenas influenciaba el flujo de la secreción gástrica, en tanto que en los estados de extraversión la histamina se revelaba como potente estimulador de la secreción gástrica. Los autores sostienen que tal observación apoya la tesis psicósomática de que, a este nivel del desarrollo, el establecimiento de relaciones de «objeto» envuelve un modelo oral. La reacción «depresivo-abstinente» del niño es interpretada por los autores como debida a dos procesos básicos que contribuyen al desarrollo de esta constelación «depresogénica». El primero es un proceso de alcance biológico que reduce la actividad y el metabolismo junto a una situación externa insatisfactoria. El segundo proceso básico tiene un «núcleo ambivalente». Está en relación con el proceso de alimentación y psíquicamente se despliega en los mecanismos de introyección o de proyección, es decir, mecanismos que tienen relación con el aspecto bueno o malo de los objetos del mundo exterior.

Los estudios de CASLOM, WOLFF y otros, en gastrotomizados, han sido sometidos a una severa crítica por MARGOLIN. Tenemos que pensar, dice, lo que significa para un hombre soportar una gastrotomía durante cuatro años. Inevitablemente, tal suceso dramatiza la vida del sujeto y sitúa la boca quirúrgica en el primer plano de la vida emocional del enfermo. El órgano mutilado se constituye en el órgano primario para la expresión de todo lo

que el paciente precisa y siente, tanto consciente como inconscientemente. No puede equipararse, pues, la significación de la función gástrica en tales circunstancias con la que tiene en un sujeto normal.

En el estudio de la correlación entre los fenómenos psíquicos y somáticos, LACEY ha intentado un camino especialmente destinado a evitar todo error del lado físico. Anota en una serie de niños las variaciones fisiológicas que van ocurriendo, las cuales se contrastarían, en el futuro, con sus historias psicológicas y somáticas. En otro estudio realizado en John Hopkins Medical School, el camino es inverso. Los estudiantes son sometidos a un análisis psicológico intensivo y más tarde se comparan estos datos con las variaciones que se observen en la presión sanguínea, frecuencia de pulso, etc. Así se podrá ver qué predicciones sobre el funcionamiento cardiovascular podrán hacerse a partir del material psicológico acumulado, el cual debe comprender el estudio de los sueños, libre asociación, fantasías inconscientes, así como de las estructuras psíquicas conscientes.

MIRSKY ha realizado un notable intento de correlacionar la investigación fisiológica con la psicológica, tratando de establecer métodos de valoración cuantitativa de las capacidades fisiológicas del niño durante la fase de dependencia biológica; por ejemplo, la medida del pepsinógeno sanguíneo es una medida de actividad gástrica potencial. Midiendo cuantitativamente la actividad de los sistemas fisiológicos desde el nacimiento a la edad madura, será posible establecer conclusiones entre la conducta biológica y psicológica. Si se tuvieran los datos necesarios, con arreglo a esta técnica de MIRSKY, sería posible predecir el destino patológico de cada individuo, según las circunstancias en que se encontrase.

#### IV. – Reacciones exageradas y círculos viciosos

Cuando se penetra íntimamente en la patogenia de un trastorno funcional o de una neurosis visceral, inmediatamente surge un punto esencial para la comprensión de los fenómenos. Las reacciones que se desencadenan en un órgano enfermo son *exageradas, excesivas*. Los estudios de HOCHREIN sobre la «neurodisonía circulatoria», así como los de SELYE sobre el «síndrome de adaptación», concuerdan con esta idea. ¿Cuál es la característica general de esta exageración? Es la misma a la que aludían los viejos autores cuando hablaban de «debilidad irritable», por ejemplo, en la llamada reacción neurasténica.

Según SELYE, ante un intento agresivo cualquiera, existe una «reacción de emergencia» ante la agresión. El mérito esencial de SELYE consiste en haber englobado en la reacción de alarma, no sólo los dinamismos nerviosos, sino también otros humorales y endocrinos sobre los cuales ha llamado especialmente la atención. La fase de alarma comprende dos tiempos, el de shock (taquicardia, hipotonía, hipotermia, anuria, tendencia a las ulceraciones gastrointestinales, hipoglicemia y descargas de adrenalina), y el de contrashock, en las que todas estas reacciones se invierten. Si el agente no logra aniquilar al ser vivo se establece una fase de adaptación; pero si ésta fracasa, se instala una fase de agotamiento. La hipófisis desempeña un papel central en estas regulaciones defensivas, haciendo segregar más hormona corticotropa.

En la fase de agotamiento de un organismo, las reacciones son incoordinadas y paradójicas. Como dice HOCHREIN, las reacciones *sobrepasan el fin propuesto*; de suerte que el estímulo térmico que debía producir una moderada vasoconstricción llega a provocar un espasmo. El organismo, con menos capacidad de defensa, se repliega sobre sí mismo, se espasmodiza.

Otro factor es la constitución de los llamados *círculos viciosos*, que se hallan en íntima relación con el anterior. El estímulo produce una reacción excesiva y las secuelas de ésta, al no hallarse compensadas, sirven de propio estímulo patógeno.

## V. – La inferioridad de los órganos

Contra la presencia de un *locus minoris resistentiae*, como explicación de la proyección de los síntomas – supuesta una constitución somática deficitaria–, hablaría el hecho de la localización diversa en las distintas fases de la enfermedad. Un enfermo se presenta una vez con una neurosis cardíaca; años más tarde aparece con un episodio de neurosis gástrica o intestinal o con una crisis vertiginosa. La causa, pues, de tal localización no puede ser, *en estos casos*, una minusvalía orgánica o funcional de un órgano determinado de carácter constitucional o adquirido. Pero esto no quiere decir que en *algunos casos* no sea así (ADLER).

La proyección somática de determinados síntomas con arreglo a la valencia psíquica de la emoción determinante, es un hecho demostrado, pero no ocurre siempre así. Podría establecerse un parangón con las depresiones. Conocido es el caso del enfermo que tiene varias depresiones en su vida, cada cual con un contenido diferente; más evidente resulta el caso cuando la depresión va acompañada de ideas obsesivas. Las obsesiones están concentradas en torno a una vivencia experimentada en los tiempos iniciales de la depresión.

Para la valoración de una supuesta inferioridad orgánica en relación con la vida psíquica, debemos tener en cuenta los hechos siguientes:

a) *La presencia de una anomalía anatómica no basta para establecer un diagnóstico.* Es necesario que la sintomatología subjetiva tenga su zona de referencia a ella. Existen enfermos con una inferioridad orgánica y con un trastorno psicossomático proyectado sobre otros órganos.

b) *La presencia de una anomalía anatómica o funcional no basta para servir de proyección de la sintomatología subjetiva.* Esta regla supone una gran limitación del principio establecido por la inferioridad orgánica como mecanismo determinante de los desarreglos psicossomáticos. Un enfermo mío lleva arrastrando desde hace años una arritmia extrasistólica que no le preocupa nada; en cambio, vive pendiente de unas pequeñas obsesiones. Y como éste, podríamos citar muchos ejemplos.

ADLER estableció toda la dinámica de las neurosis sobre esta teoría de la inferioridad de los órganos, pero la experiencia posterior ha demostrado cuánto había de exageración en su generalización. Yuxtapuesto al problema de la proyección somática de un determinado conflicto, porque un órgano determinado ofrece una cierta inferioridad, se halla el problema general de la constitución del neurótico. *El complejo de inferioridad existe en los neuróticos, pero no es la clave de su neurosis, sino su expresión.* La insuficiencia o más frecuentemente aún el temor a la insuficiencia de la personalidad, se revela a través de lo que, con expresión trivial y cotidiana, se llama complejo de inferioridad. La angustia crónica y constitucional del neurótico se expresa así y también la angustia física del timópata. Muchos complejos de inferioridad, observados a la larga, ofrecen un curso fásico, ya que no son más que la revelación de la ansiedad íntima y vital del enfermo, que cursa fásicamente, en muchos casos.

## VI. – Dialecto y simbolismo de los órganos («su especificidad psicosomática»)

KUBIE llama la atención sobre los prejuicios que anidan en el problema de la *especificidad de los procesos psicosomáticos*. Un órgano puede constituir una unidad anatómica o fisiológica, pero no una unidad psicosomática. Cada órgano puede desempeñar un papel distinto en cada situación; por eso MARGOLIN habla de la *ilusión de la función*. A la mayoría de los síntomas neuróticos se puede llegar por vías distintas; ocurre lo mismo con la fiebre, que puede ser producida por enfermedades muy diversas. El carácter específico de algún determinante puede ser sólo aparente; su «especificidad» puede ser atribuída por estar al final del camino, de la vía común que lleva al síntoma neurótico. KUBIE dice que algo análogo debía pensar FREUD al comienzo de sus trabajos, pero que la descripción del carácter anal, uretral, oral, pregenital, etc., le lanzó a la investigación por la vía de la especificidad, estableciendo fuertes lazos *entre ciertos síntomas neuróticos y ciertas fijaciones de la libido*. Muchas clases de personalidades enfermas pueden sufrir del mismo síntoma, pero en cada una adquirió una significación diversa. *Esta multivalencia simbólica de los órganos es la misma que se encuentra en los sueños*. La lengua puede aludir a las relaciones de dependencia con la madre, o ser un sustituto en el acto sexual del marido impotente, o la expresión de un temor al castigo a través de la imagen del cáncer de lengua, etc.

Hace ya tiempo que HEYER quería apuntar la solución del problema distinguiendo varios círculos vitales. El vegetativo (aparato digestivo), el animal (la vida de la sangre: corazón, circulación), y el neumático (respiración). Estos círculos vitales tienen una esencia que, simbólicamente, se relaciona con las esencias psíquicas. La vida del intestino es vegetal, tranquila, oscura, perteneciente a la esfera telúrica y más inconsciente del ser. La vida de la sangre es pasión, afecto, temperamento e instinto; es la esfera del impulso sexual. En esta esfera no rige sino el ritmo, la contracción y la deplección; es la vida del animal agresivo. La respiración tiene también su modo de ser polar: su curso se halla más próximo al yo. «Lo ligero y luminoso, las analogías entre la respiración y el aire, el éter, nos hacen sentirnos más elevados, libres y autónomos que en los círculos vegetal y animal, más próximos a la tierra.»

Existe una cierta correlación simbólica y estructural entre los tipos de conflictos psíquicos provocadores de los desarreglos somáticos y las zonas donde éstos se presentan (VON WEIZSÄCKER).

1. *Los conflictos con el perimundo* corren a cargo de los sentidos externos, el aparato motor y algunas organizaciones encefálicas. El ejemplo más típico de esta clase de proyección somática nos la ofrece la histeria con su variedad de síntomas (amaurosis, parálisis, temblor, etc.).

2. *En las zonas anatómicas fronterizas entre la musculatura voluntaria e involuntaria* (sistema de inervación cerebroespinal y autónomo, respectivamente), se proyectan los conflictos existentes entre la educación instintiva y racional. Como sectores más predominantemente afectivos, nos encontramos con el polo oral y anourogenital del cuerpo. El psicoanálisis ya descubrió la importancia de esta zona de proyección al estudiar la libido oral y la libido anal. Los conflictos de esta clase se desarrollan en el curso de la vida, y pertenecen al proceso de maduración de la persona, que consiste esencialmente en la sumisión y absorción de los mecanismos instintivos en entidades superiores desarrolladas mediante la vida espiritual y social. Las neurosis gástricas (aerofagia, rumiación, vómitos, estreñimiento, etc.) representan evasiones neuróticas de conflictos entre la voluntad y la autonomía de los órganos.

3. *El reino interior* comprende los territorios de inervación autónoma desde el esófago al intestino grueso; no hay allí conflicto entre la decisión voluntaria y el impulso instintivo, sino impresión o impacto sobre la inervación visceral de una emoción. Lo mismo puede decirse del corazón, hígado, o riñones, etc.

Se ha pretendido que cada órgano recibiría el impacto de una determinada emoción, estableciendo una especie de simbolismo orgánico de las emociones. El hecho es el mismo que el enunciado por el psicoanálisis con el nombre de *dialecto de los órganos*. SCHULTZ-HENCKE establece las siguientes correlaciones:

La angustia se simboliza en el corazón y en los pulmones; el miedo en el tiroides; la tristeza en el hígado; el disgusto en la bilis; la cólera en las arterias cefálicas; la avaricia en el intestino; la codicia en el estómago; la sexualidad en los genitales y el corazón y, finalmente, el riñón sirve de órgano expresivo de la sexualidad, la cólera y la avaricia.

4. Existe todavía un *espacio más interior* que corresponde a los procesos del metabolismo, inmunidad, secreciones internas, crecimiento y vejez. Podríamos elegir como tipo la anorexia nerviosa, en la que un trastorno metabólico se halla en íntima correlación con no poder avanzar en la vida, es decir, crecer y madurar.

5. En este sector se incluyen los *conflictos con el mundo*; en él se comprende el estudio de la psicología de las «seguridades» (hogar, pueblo, raza, derecho). Cuando al hombre se le suprimen las seguridades en la vida, cae en el vacío.

KUBIE asienta la especificidad de la sintomatología psicósomática en el siguiente esquema que tiene una cierta analogía con el anterior:

I. *Organos que nos relacionan con el exterior*. – Comprende los órganos de los sentidos exteroceptivos, los músculos estriados con controles propioceptivos, los órganos del lenguaje con su representación central. Son órganos del «yo» o ego, en lenguaje psicoanalítico. Sus desórdenes pertenecen al tipo de la histeria de conversión. Están representados claramente en la conciencia, y en ellos tienen lugar procesos ideativos complejos, que, a su vez, los órganos pueden representar simbólicamente. El papel principal en éstos, corresponde al sistema nervioso de la vida de relación. El sistema autónomo es secundario.

II. *Organos de la economía interna*. – El proceso de somatización afecta en este caso a órganos situados en el interior del cuerpo, ocultos para el conocimiento directo. Aunque algunos tienen conexiones indirectas con el mundo exterior, nuestra conciencia subjetiva de ellos es limitada. Sus disturbios constituyen las llamadas «órgano-neurosis». En éstos, el sistema autónomo funciona solo.

III. *Organos de función instintiva*. – Organos con conexiones directas con el mundo exterior. Sirven para ingerir y excretar los alimentos, aire, etc. Además, los órganos del apetito y de la función genital. Las funciones primarias se inician bajo la guía del sistema nervioso voluntario, pero paulatinamente se instala el control automático.

IV. *La imagen corporal (Body-Image, Körperschema) se afecta como totalidad*. – El disturbio es difuso y no se confina a ningún grupo orgánico. Los enfermos pertenecen a la categoría de los inválidos crónicos y de los llamados «neurasténicos». En el curso de la enfermedad pueden aparecer focos en los que los otros grupos se hallan representados.

Habitualmente, el problema psicósomático, se plantea, según KUBIE, de una manera errónea, tratando de contraponer el proceso simbólico que constituye el lenguaje y las imágenes sensoriales con el llamado «lenguaje del cuerpo». En las enfermedades psicósomáticas hay – se dice – una transposición de una a otra. La realidad es que ambas son concurrentes: los procesos conceptuales radican inevitablemente en el cuerpo. Ambos forman la unidad del yo y del no-yo; entre ambos mundos hay otro de interrelaciones. En otras palabras, es el símbolo el que, con sus lazos multipolares conscientes, preconscientes e in-

conscientes, «igual que el Tri-Borough Bridge en Nueva York», nos proporciona vías proyectivas para el lenguaje y la imaginación, y vías introyectivas para la disfunción somática. Este anclaje multipolar de conceptos y símbolos, está representado en los juegos y sueños de la niñez y nos explica la transmutación de las experiencias del nivel psicológico al corporal que llamamos «interrelación y externalización, incorporación, identificación o proyección».

## VII. – Psicogénesis y catagénesis

CHRISTIAN dice que la cuestión de las relaciones entre el soma y la psique es la expresión de una «mauvaise conscience» por haber separado, ontológicamente, los dos planos; pero, en cualquier caso, es el problema nuclear de la medicina psicosomática. Precisamente, el «hecho psicosomático» consiste en la necesidad ineludible de ensamblar, en una forma u otra, las dos vertientes somática y psíquica. ¿Hasta qué punto esta pretensión es metafísica, en el sentido de HARTMANN? Pero la patología psicosomática parte de una realidad clínica. Quizá sea un error plantearla como un problema metafísico, pero no lo es tratar de aproximarse a ella por el mayor número de planos posible.

La versión de lo psíquico a lo somático no es equipotencial, se trata del paso de un estrato del ser a otro, en el que rigen leyes distintas. La palabra «psicogénesis» ha llevado muchas veces a la idea errónea de creer que lo que se producía psíquicamente era reversible mediante una u otra forma de psicoterapia. O sea, que lo convertido, en la reacción de conversión, era retro-convertible.

La experiencia clínica demuestra que no es así. Existen enfermedades en las que el factor psicológico actúa como provocador, pero que una vez provocada la enfermedad, ya no es reversible como las típicamente psicógenas. La provocación de una enfermedad por un choque psíquico es conocida de antiguo. Trato de referirme aquí a otro modo de provocación más específico. Por ejemplo, el caso de una mujer que presencia un juicio de guerra contra su marido. En el momento en que pronuncia la sentencia de muerte contra él, en un gesto de horror, gira la cabeza separándose del Tribunal y del acusado, como para no verlos. Desde entonces se instaura un tic, sobre cuya psicogenia no había duda, al parecer. Las dudas surgen cuando pocos meses después, el tic se convierte en un espasmo de torsión. En estos casos, *la emoción desencadenada y el síntoma están en una relación simbólica y, sin embargo, el trastorno una vez puesto en marcha sigue su camino independiente del trauma psíquico que lo provocó.*

En otro caso, se trataba de una mujer casada, de 40 años, esposa de un empleado que, en ascenso ordinario en su carrera, es trasladado de B. a M. A la esposa no le gustaba el traslado. Había nacido en B., su padre vivía allí, etc. En el momento de coger el pasamanos para subir al tren, nota un hormigueo en la mano. Durante el viaje nocturno, el hormigueo se le extendió al brazo que, además, le resultaba dificultoso mover. Al día siguiente, existía una ligera dificultad al andar. Cinco días después, el cuadro de una forma aguda de una esclerosis en placas se había instalado. La enferma murió por parálisis respiratoria a los diez días.

Casos como éste demuestran que, a pesar de su relación simbólica, una enfermedad puede revelarse como netamente orgánica. Pues bien, también ocurre esto, y con mucha frecuencia, en los trastornos psicosomáticos; por ejemplo, un acceso de asma, una colitis mucosmembranosa, etc. Aparecen con determinados síntomas psíquicos, pero la revelación de todos los traumas conscientes e inconscientes de esa situación no basta para hacer regresar el trastorno, sino que éste sigue ya, autónomamente establecido. A este tipo especial de acción psíquica, propongo llamar *catagénesis*, en lugar de psicogénesis.

## VIII. – Conflicto y personalidad

La mayoría de las investigaciones psicosomáticas se sitúan entre estos dos polos: unos, como ALEXANDER, conceden mayor importancia al conflicto o a la situación, y otros, como DUNBAR, a la personalidad. Realmente, *conflicto y personalidad son inseparables. Determinadas personalidades son más sensibles a determinados tipos de conflicto y viceversa. El conflicto tiene que actuar como un trauma existencial. Sólo aquel conflicto que es capaz de descubrir las fisuras del ser, tiene potencia patógena. Por otra parte, sólo ciertas personalidades inmaduras, insuficientes, son susceptibles de experimentar debiscencias permanentes, desencadenadas por los conflictos. El conflicto crea una situación personal especial, en la cual los medios de solución escapan a la formulación consciente y racional. El conflicto se expresa pre-verbalmente, es decir, somatotrópicamente, y se localiza, como luego veremos, donde reside, en el ser, una fisura existencial.*

Se han publicado numerosos trabajos poniendo en relación determinado tipo de personalidad con determinado trastorno psicosomático. De ellos quizá los más conocidos y famosos sean los de DUNBAR, pero después de ellos la bibliografía ha seguido creciendo (CHANDLER, COBB, DANIOLO, DEUTSCH, FREUD, MURRAY, SULLIVAN, WEISS, WOLFF, etc.). Es imposible ofrecer aquí un resumen de ellos; pero sí un esquema para que pueda verse el objetivo de tales investigaciones. He aquí los rasgos de la personalidad en las diversas enfermedades:

Hipertensión: inofensivo, vividor, trabajador enérgico, pero que se asusta ante la responsabilidad.

Oclusión coronaria: trabajador, siempre en tensión, que apetece tomar sobre sí responsabilidades.

Jaqueca: ambicioso, meticoloso, perfeccionista.

Fiebre del heno: los mismos rasgos a los que se agrega la hipersensibilidad y el autismo.

Asma, prurito: inseguros emocionales, narcisistas, con grandes necesidades de dependencia, con empuje hacia el medio exterior, inquietos, ambiciosos.

Úlcera péptica: tensos, angustiosos, que consiguen un elevado nivel de vida e independencia, gastosos.

Estreñimiento, colitis: ordenado, con obsesión de limpieza, con tendencia a la avaricia.

Artritis reumatoide: mártires.

Fracturas: irresponsables, faltos de prudencia y de capacidad de planear una vida ordenada.

Dismenorrea: mujeres que repudian su papel femenino y que no aceptan fácilmente liberarse de la dependencia materna.

En otras descripciones se llama más la atención sobre la *situación emotiva* que determina la enfermedad: la úlcera de estómago es una lesión orgánica que se presenta como consecuencia de la frustración del deseo de ser alimentado por la madre. La diarrea es un medio de expresar la gratitud que se experimenta por haber establecido la relación de dependencia. El estreñimiento, por el contrario, es un ahorro, una retención en los gastos que significa no querer depender de otros. El asma es un grito sofocado de anhelo por la madre. La hipertensión depende de la inhibición de las tendencias agresivas. La artritis es el resultado de reprimir la hostilidad frente a la tiranía familiar o social. La tireotoxicosis aparece cuando fracasa un esfuerzo prematuro en la línea de la autosuficiencia.

A pesar de todo el diferente vocabulario que se emplea, *no deja de reconocerse una cierta analogía entre los diversos tipos de personalidades descritos. El factor de inmadurez, de dependencia, de insuficiencia en su relación con el mundo, aparece siempre manifiesto. Envuelto en una u otra expresión, se halla siempre el problema de la angustia y de su elaboración como agresividad dirigida hacia afuera o hacia adentro y de la relación de dependencia que crea.*

## IX. – La personalidad inmadura y el nexo madre–niño

Esta tendencia a la analogía entre los diversos tipos de personalidad con trastornos psicósomáticos, nos acerca al problema de la personalidad neurótica. En este punto, la investigación psicósomática muestra una patente influencia psicoanalítica.

La personalidad psicósomática no es variante constitucional, sino algo *hecho* en el curso del desarrollo. El problema de la inhibición del desarrollo de la personalidad, de la falta de maduración o del retardo en la maduración (KRETSCHMER), de la fijación de la libido en las fases pregenitales de la misma o de la regresión, etc., se plantea en la investigación psicósomática desde un ángulo especial. Esta perspectiva se halla determinada por la necesidad de buscar *una fase del desarrollo en la que la vida psíquica se halle tan emparejada con la vegetativa, que un cambio, una mutación, una suplencia entre una y otra pueda establecerse con facilidad. Se trata de llegar a formas primordiales, indiferenciadas o menos diferenciadas de la existencia, a un mundo de «magia vegetativa», en el que toda metamorfosis sea posible.*

La investigación en este plano se ha hecho en diversas direcciones; por una parte, se propone estudiar las fórmulas vegetativas en las primeras fases de la vida.

Por otra parte, en esas primeras fases de la vida, afectividad y vida vegetativa son inseparables. Ambas están abiertas al medio, y el medio natural propio del niño en esos momentos es la madre. Así ha surgido todo el problema de la relación madre–niño en la génesis de los trastornos psicósomáticos. El esquema general que sirve de base a todos estos caminos hipotéticos en la investigación psicósomática, es el de la represión o madurez del desarrollo por un defecto en la *simbiosis madre–niño*.

BENEDEK ha sido uno de los primeros en llamar la atención sobre las consecuencias «vegetativas» de la perturbación de la simbiosis madre–niño. El sistema nervioso vegetativo no está todavía organizado en las primeras semanas de la vida, así que su funcionamiento se caracteriza por una inestabilidad vegetativa. Esta se manifiesta en respuestas globales, tales como respiración irregular, estornudos, bostezos, regurgitación, vómitos, sobresaltos, etc. La organización del yo se hace más tardíamente, por lo que el período postnatal constituye, en realidad, una fase indiferenciada. Toda la psicología del recién nacido tiende sólo a la supervivencia. Los procesos del crecimiento total constituyen una reserva de energía que luego se diferencia en cantidad, dirección y fin. En el organismo adulto se pierden.

En cambio, no se conoce casi nada de la fisiología de la unidad simbiótica madre–niño. «Nada se conoce de la fisiología de la separación, de la pena y de la depresión: aparte de la embriología, no existe una fisiología comparada del crecimiento y del desarrollo, no existe una fisiología del amor, y sólo es muy escaso lo que se conoce de los procesos sexuales, de los fenómenos eróticos y de la sexualidad.» MARGOLIN señala la importancia de la afectividad en la infancia y especula sobre los síntomas psicósomáticos. Como represión a tales componentes psicofisiológicos de la afectividad infantil, GRINKER habla de la «regresión» como generador de una reviviscencia de funciones psíquicas globales, con una recrudescencia de emociones primarias expresadas, visceralmente, de un modo primitivo, infantil.

MARGOLIN y GRINKER se apoyan en la noción del «campo psicósomático». Su pensamiento tiene dos raíces, una psicósomática y otra biológica. El niño al nacer es un campo biológico relativamente indiferenciado. El proceso de maduración que transforma al niño en adulto, consiste en la organización de una serie de subsistemas procedentes del desarrollo y diferenciación de aquella unidad o campo inicial. Cada uno de estos subsistemas es

capaz de poseer una autonomía funcional interna, pero se hallan en constante interrelación homeostática con los demás.

Al principio, la homeostasis es más fácil, está reducida a lo biológico casi. Las tensiones son sociobiológicas. A medida que se madura, se vuelve más difícil mantener el equilibrio. Las frustraciones repetidas provocan una más severa organización o estructuración interna, de suerte que los lazos que se establecen entre el recién nacido y su medio circundante son cada vez más distintos. Los defectos en el funcionamiento de los sistemas fisiológicos autónomos se hacen aparentes en forma de procesos morbosos. La madurez consiste en una síntesis constante y en esa diferenciación permanente de los subsistemas. La autonomía local se integra en un control único y general. En la constitución del mismo, se reconocen estas tres fases: la fase involuntaria inicial, la fase involuntaria-voluntaria, y la fase voluntaria. En el adulto coexisten las tres, siendo identificables por sus propiedades. Genéticamente, estas tres fases corresponden a los estadios orales, anales y genitales de la libido. Otra característica esencial de estos subsistemas es que con la edad se vuelven más rígidos, de suerte que es más probable que ocurran cambios irreversibles en la edad adulta que en la infantil.

Cuando el organismo tropieza con un estímulo que le rebasa, que no lo puede dominar, *regresa* a un estado anterior de desarrollo. Raramente tal regresión constituye una reproducción exacta de un estado infantil, sino que en el nuevo estado se integran el modelo infantil con restos procedentes de la experiencia adulta. También hay que subrayar el hecho de que no todo el organismo regresa, sino sólo una parte de él, de suerte que lo que se ofrece es un mosaico compuesto por frentes de diverso estado de madurez, lo cual hace que el mismo síndrome psicossomático pueda aparecer en diferentes niveles de regresión psicofisiológica.

MARGOLIN ha introducido un nuevo concepto, el de la «fantasía funcional» («fantasy of function» o, como decía en trabajos anteriores, «illusion of function»). En el arco funcional que tiende a buscar el equilibrio, es decir, en el arco homeostático, se encuentran fundidos un arco reflejo en sentido estricto con ciertos hechos psíquicos, mnémicos, afectivos, correctivos, etc. El organismo humano es una unidad constituida por un número infinito de tales arcos homeostáticos. Así puede explicarse cómo las fantasías funcionales pueden aparecer como los componentes somáticos de un estado afectivo. Cuanto más crecida sea la constelación de arcos homeostáticos que dé origen a una fantasía funcional, más autónoma será la función orgánica y, por tanto, menos sujeta estará al control unitario de los mecanismos centrales. El cerebro deja de hacer caso del órgano, que cesa de operar en interés de una economía coordinada. El concepto de órgano manejado aquí, no corresponde exactamente con el anatómico y fisiológico, sino que es mucho más amplio. Comprende en gran manera unidades funcionales o arcos homeostáticos agrupados en diferentes niveles de maduración o de regresión. A medida que el organismo madura, sus tejidos van perdiendo tolerancia para las fluctuaciones infantiles. Así se desarrolla una situación descompensada. La elección del órgano se realiza según el modo como el componente afectivo del estado psicofisiológico infantil se desplace, condense o disocie, mediante la acción de los mecanismos de defensa del yo. Cada manifestación psicossomática puede comprender diferentes niveles de regresión orgánica o psicológica. MARGOLIN establece lo que llama *psicoterapia anaclítica*, que intenta poner al sujeto en ese ambiente infantil, preverbal, en el que la comunicación es más fácil al enfermo y de esta manera poderle arrancar sus trastornos.

## X. – Psicوماتosis y psiconeurosis

Algunos autores insisten más en las diferencias que en las analogías que se pueden establecer entre *personalidad neurótica* y *personalidad psicomatática* (PRICK). La psicomatosis no es una psiconeurosis, sino que ambos tipos de enfermos difieren esencialmente. Los enfermos psicomatáticos luchan con sus molestias y desórdenes más que los psiconeuróticos. Es más difícil convencer a los enfermos psicomatáticos de la relación entre su vida psíquica y sus sufrimientos corporales, que a los psiconeuróticos. Si el enfermo psicomatático fuese un psiconeurótico, deberíamos encontrar una estructura común, dice PRICK. En realidad, agrega, ocurre lo contrario. La constelación de deseos, impulsos y sentimientos de los enfermos psicomatáticos es distinta de la de los psiconeuróticos. En contraste con el ego del psiconeurótico, el ego del psicomatático es fuerte, demasiado fuerte. Esta hiperplasia del ego se ha producido porque durante el desarrollo, ciertos impulsos – y quizá los más activos – han sido expulsados del inconsciente e incorporados a la esfera consciente. Así se han convertido en radicales conscientes que el enfermo usa en su vida ordinaria. Estos rasgos caracterológicos funcionan como compensaciones de necesidades pasivas insatisfechas. El ego hiperplásico del enfermo psicomatático erige una barrera poderosa contra las necesidades infantiles primarias insatisfechas, que son forzosamente rechazadas por el ego. En los casos psicomatáticos, dice PRICK, no existe la represión. POLAVSKY insiste en los mismos puntos de vista, llamando la atención sobre la dificultad del enfermo psicomatático de lograr modos de expresión en la esfera consciente (verbal, musical, pictórica) de esas necesidades insatisfechas.

Una conclusión importante se desprende de los anteriores puntos de vista: la incapacidad de expresar psíquicamente trastornos internos, que tiene el enfermo psicomatático. En el fondo, se trataría de un *enfermo con una cierta incapacidad de comunicación* (RUESCH).

Todos estos intentos de comprender la personalidad del enfermo psicomatático, tocan matices interesantes, aunque la interpretación pueda ser diversa. En el enfermo psicomatático, el trastorno no se verbaliza, es cierto, pero de ello no se puede deducir que su yo sea más fuerte que el del neurótico. (Aparte, naturalmente, de la crítica que se puede establecer sobre ese concepto tan misterioso, y al cual se alude con frecuencia en los trabajos psicoanalíticos, de la «fortaleza del yo»; sin querer recuerdan la «fortaleza de la voluntad» de la vieja psicología.) *La distancia que establece el enfermo psicomatático entre el yo y la vivencia patológica, es la misma que establece el obsesivo. La estructura de la personalidad psicomatática es análoga a la de la personalidad obsesiva.* También esta afirmación necesita ser matizada, si nos atenemos a la experiencia clínica. En los trastornos psicomatáticos, como en los psiconeuróticos, nos encontramos con diferencias evolutivas. *Al comienzo de la enfermedad, el trastorno está más próximo al yo. A medida que la enfermedad se encroniza, el trastorno se aleja de la esfera vivencial del yo, como ocurre en los neuróticos.* La angustia cristaliza en fobia y más tarde en obsesión. Hay un proceso de alejamiento, de enajenación o distanciamiento del síntoma. El síntoma se hace más consciente, pero se vive más neutramente en el plano afectivo. El yo dispone menos de él. El síntoma se ha hecho más independiente.

Muchos autores, entre ellos GROEN, BASTIAANS y VAN DER VALK, han llamado la atención sobre lo que llaman el «syndrome shift» y el «syndrome supression». Se trata de la *suplencia de síntomas*, sobre la que también había llamado la atención VON WEIZSÄCKER, que arroja tanta luz sobre el problema de la personalidad del enfermo psicomatático.

Muchos autores pretenden que la personalidad del ulceroso es distinta de la del asmático o del jaquecoso, etc. Pero ¿qué ocurre cuando, como se ve con cierta frecuencia, al en-

fermo que tuvo una úlcera en su juventud y tiene después una cefalea, un asma, un eczema o una crisis vertiginosa? No es raro observar estas formas de curso<sup>1</sup>. Tal suplencia de síndromes pone en duda la especificidad de la personalidad psicósomática. Se trataría, como para la neurosis, de un tipo común de personalidad. Entonces ¿cómo explicar la variación sindrómica? Una posibilidad consistiría en atribuirla a la situación en la que se desencadena el trastorno psicósomático. La situación conflictiva daría forma al síndrome; éste tendría una cierta relación de sentido con el conflicto desencadenante. Esta es una posibilidad, como lo demuestra la siguiente historia clínica.

C. S. E., 49 años.

Antecedentes familiares: Abuela materna con asma. El padre murió a los 54 años de un «carcinoma en la ingle». La madre, de pulmonía. Fueron cinco hermanos, de los cuales cuatro murieron en edad infantil, quedando el enfermo de hijo único. El enfermo no sabe más antecedentes. Casado, con dos hijos sanos.

Historia propia: Ningún antecedente de interés en la edad infantil. Hace veinte años que comenzó a padecer del estómago. Le diagnosticaron repetidas veces de úlcera. Este diagnóstico se le hizo por diversos especialistas del aparato digestivo. Se le propuso la intervención, que él rechazó por miedo a operarse. La enfermedad comenzó de la siguiente manera: su padre murió cuando él tenía veintitantos años. Fue una enfermedad terrible, con grandes dolores, que impresionaron mucho al enfermo. Se trataba, como queda dicho, de un cáncer. Durante los últimos días se había quedado velándole y, para calmar su excitación, fumaba continuamente. Sentía una enorme devoción, no exenta de admiración, por la fortaleza de carácter de su padre y por sus virtudes para andar por el mundo. El, en cambio, siempre ha sido tímido, «débil», con poca capacidad para la lucha por la vida.

El mismo día de la muerte de su padre, sintió un violento dolor en el abdomen, precisamente «en el estómago». Se quedó «encogido», como «agatillado». Fue entonces, por primera vez, al especialista del aparato digestivo. Todos estaban tan seguros del diagnóstico, que le daban esquemas señalándole dónde tenía la lesión. La úlcera representa un tremendo «handicap» en su vida. Le ha durado veinte años y sólo se ha visto libre de ella cuando la guerra. «Me cogió en zona roja y a la fuerza tuve que ir comiendo de todo.» Y así ahora, aunque está tan delgado y asténico como antes, come de todo y no siente ningún dolor. En cambio, antes no podía permitirse transgredir el régimen sin sentir graves trastornos y dolores. Poco después de la muerte de su padre sufrió dos enormes disgustos profesionales. Había terminado su carrera de abogado y estaba decidido a ejercerla, para lo cual ingresó de pasante en el despacho de un afamado profesional. El primer disgusto fue familiar. En la repartición de una herencia se demostró que se había cometido una estafa. La herencia era de unos parientes suyos y una parte había de revertir sobre él. El enfermo sostuvo que cuando un juez de primera instancia (en funciones civiles, por consiguiente) tiene noticias, por cualquier vía, de un delito cometido en el asunto que se está pleiteando ante él, debe convertirse en juez de instrucción e incoar las diligencias procesales previas. Como el juez no lo hacía, le dirigió un documento, que redactó con tal viveza, echándole en cara su negligencia, que el juez le procesó a él en lugar de procesar a los que habían cometido la estafa. Lo sintió como un tremendo «mazazo» y se le creó una situación tan difícil que sólo la pericia de un maestro logró sacarle indemne del percance judicial.

El otro disgusto lo recibió en su primera actuación en el foro. Le encargaron, de oficio, de la defensa de un ratero. Un grupo de colegas de éste había cometido un pequeño hurto. El asunto no tenía demasiada importancia, y a él no le preocupaba más que «quedar bien». Precisamente su defendido no había intervenido en aquel hurto, cuyo proceso se substanció, aunque era compañero de los demás. Todos declararon confesando su participación en el hecho delictivo; pero todos, absolutamente, excusaron a su defendido. La defensa era fácil y él preparó cuidadosamente su discurso, ya que era su primera salida en el foro. No sabe por qué el Tribunal se retrasó, «algún magistrado que llegaría tarde». El presidente, «que debía ser un ulceroso de estómago como yo», estaba de mal humor. Tenía mucha prisa. Le indicaron que abreviase su defensa; «me tuve que comer mi discurso». Sin oírle ni reparar en las declaraciones, condenaron a su patrocinado. En este caso, aunque no tenía importancia el hecho en sí, para su defendido sí la tenía, porque estaba pendiente de otro juicio, y esta condena previa le convertía en reincidente y aumentaría su pena, caso de que le condenasen en el segundo juicio, como así sucedió.

<sup>1</sup> Muchos psicoanalistas han llegado a la conclusión de que el proceso neurótico posee una relativa constancia, en tanto que el síntoma neurótico es tan variable como un símbolo onírico. Aquí radica el problema. Freud hablaba de las fases creadoras de síntomas en las neurosis.

Estos dos hechos le decidieron a abandonar su profesión. Renunció a ella y a las cosas que la profesión suponía (éxito en la vida, ingresos económicos, etc.). Se decidió a vegetar y a vivir de sus rentas. Era propietario de algunas fincas; lo suficiente para poder vivir y «cuidar mi úlcera».

Si nosotros, dejando momentáneamente aparte el resto, analizamos la situación anímica de nuestro enfermo en aquella primera fase de su vida, nos encontramos con estas dos características dominantes: por un lado, la emoción violenta y aguda producida por la muerte de su padre, y por otro, los disgustos provocados por sus dos primeros fracasos profesionales. El enfermo estaba vivamente impresionado por la imagen del padre. Hijo único, creció a imagen y semejanza suya, sin que la figura de la madre interviniese en demasía en su desarrollo espiritual. El padre representaba, además, la puerta abierta al mundo, que compensaba su timidez y su tendencia a encerrarse en sí mismo. La muerte de su padre representó, pues, la quiebra del lazo consistente que le unía a la comunidad. Y él sintió un dolor agudo, violento, irremediable.

A pesar de todo, hizo tentativas para despejar su horizonte vital. La profesión le ofrecía buenas armas para ello. Había estudiado muy bien su carrera, tenía una inteligencia clara y una gran comprensión de los problemas jurídicos. Entonces sobrevienen los dos fracasos que antes hemos relatado. Le invadió un sentimiento de asco, asco de la vida, de los hombres. Un tremendo malhumor, no exento de rabia. Vió sus ambiciones fracasadas. Entonces decidió volver al círculo familiar y cuidar su úlcera.

Examinemos detenidamente el valor de esas emociones. «Asco» se tiene ante determinados alimentos, y «asco» se siente ante determinadas conductas. Empleamos en ambas situaciones – una puramente fisiológica y otra puramente psíquica – la misma palabra. Sin necesidad de hacer una excursión sobre los orígenes del lenguaje, apenas es necesario insistir en que él representa un depósito de experiencias repetidas. Experiencias físicas y psíquicas que, al cruzarse en el hombre, producen la misma manifestación, es decir, hallan la misma expresión en la unidad substancial de la persona humana. ¿Qué tiene de raro que el hombre las designe con la misma palabra?

En el «asco» existe una tendencia a la disyunción, a la disolución de la comunidad. «Repugnancia» se dice también en castellano, vocablo que expresa con claridad esta idea de la «pugna» con algo que está fuera de nosotros. La repugnancia lleva consigo la tendencia al aislamiento, a romper contactos y amarras con la comunidad vital. Pero, aparte de esta tendencia disyuntiva, existe otra en la sensación de asco, y es la desvalorización de lo que produce asco.

He aquí, pues, cómo se hallan enlazadas la vertiente psíquica y la somática de la vida personal. En el fondo, las vivencias sufridas y la enfermedad somática son dos soluciones análogas del mismo problema. La úlcera de estómago es – en cierto sentido – una enfermedad constitucional. La misma base constitucional determina que el sujeto adopte una actitud asténica frente a la vida; pero la base constitucional estaba ahí desde el nacimiento y, sin embargo, la úlcera sólo apareció en un determinado momento de su vida. La misma fórmula podríamos emplear en la otra vertiente: el sujeto era constitucionalmente asténico y poco luchador; pero sólo entonces se produjo el fracaso. Lo que estaba quizá predeterminado cristalizó en un momento. No se trata, pues, de un fenómeno físico y de una vivencia psíquica, sino de un suceso de una vida humana.

Nuestro enfermo está veinte años con su úlcera, tratada con los medicamentos habituales y con un severo régimen. ¿Cuándo se cura? Al llegar, en 1936, la guerra. El permanece – a la fuerza – en su ciudad, dominada por los republicanos. Al pánico de los primeros días sucede la necesidad de vivir él y mantener a su familia; no es posible, por

# **Tofranil<sup>®</sup>** **Timoléptico**

**en la distimia  
depresiva vital**

**Geigy**

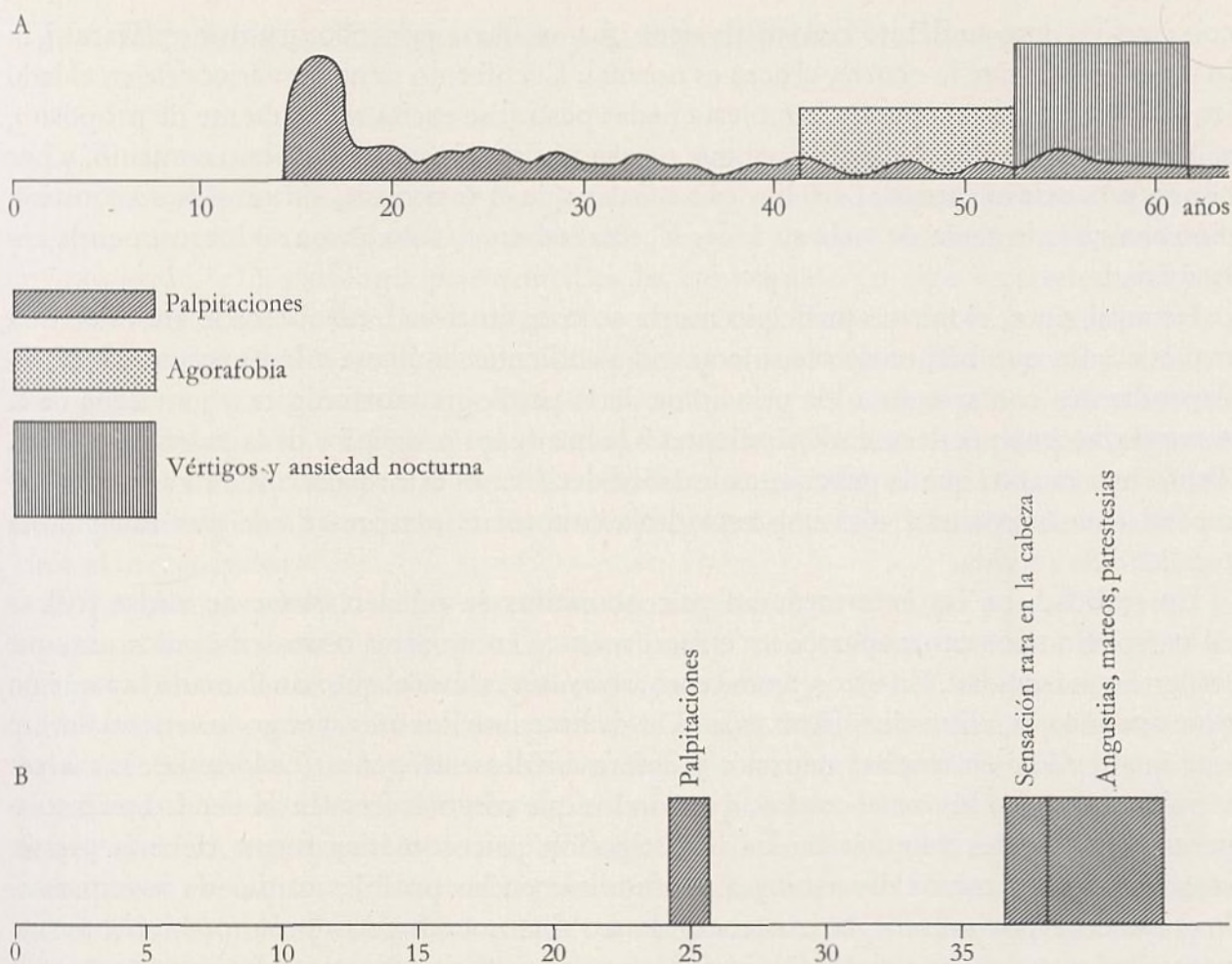
Ayuntamiento de Madrid

# Tofranil<sup>®</sup> Timoléptico

en las  
depressiones  
endógenas

**Geigy**

Geigy S.A. - Madrid



Esquemas de historias clínicas. En ellas se ve la «substitución» de los diversos síntomas psicossomáticos a lo largo de la historia de un enfermo. En el caso A, a una larga y ondulante aparición de palpitaciones, en un momento determinado de la vida se agregan una fase agorafóbica, que pasa, y cede el terreno, por así decirlo, a otra de vértigos y ansiedad nocturna, persistiendo las palpitaciones. En el caso B, a las palpitaciones sigue un largo período de silencio, para reaparecer después, la «enfermedad psicossomática», en forma de «sensaciones raras, indefinidas, en la cabeza, como una extraña cefalea», y «angustia precordial».

razones económicas y materiales, seguir con el régimen, y así, al dejar de cuidarse, se curó, paradójicamente, de su largo padecimiento.

Pero el enfermo, que pertenece al tipo Z de BERG, pronto deberá sufrir otro fracaso vital, y con éste se creará una nueva enfermedad. Es curioso señalar, sin embargo, el desplazamiento del círculo morboso. Las circunstancias económicas de la postguerra han reducido sus rentas. Principalmente sus bienes son fincas que tiene cedidas en arriendo. Aunque le producen lo mismo, no tiene el dinero el mismo valor adquisitivo. Entonces decide de nuevo volver a su profesión de abogado. Está ahora en mejores condiciones. Tiene mayor serenidad para contemplar el mundo; al asco, al desprecio, a la repugnancia, a la úlcera, por consiguiente, ha sucedido una «debilidad general» y una «impotencia sexual», por la que consulta al psiquiatra.

En su juventud, antes de la úlcera, tuvo ya un episodio corto de «ejaculatio praecox»; pero ahora la situación se ha complicado. Su mujer es muy celosa. Al abandonar el enfermo su vida recoleta para buscar nuevos horizontes, creando relaciones y preparándose de nuevo para ejercer su profesión, ha tenido que salir más de casa. Los celos de su mujer han aumentado y cree que la engaña. Para convencerse de su fidelidad, tiene que pagar,

con cierto ritmo, su débito conyugal; tiene que excitarse para ello, y entonces fracasa. Si lo realiza cuando se le ocurre, el acto es normal. El enfermo tiene un varicocele en el lado izquierdo. Habitualmente no le molesta nada; pero si se excita sexualmente de propósito, se le congestiona y le duele. El cree que por su varicocele se riega mal un testículo, y por ello su potencia es menor; pero hay que señalar que el varicocele, síntoma de su constitución asténica, lo tenía de toda su vida. Y, sin embargo, sólo ahora se incrusta en la enfermedad.

He aquí, pues, el mismo principio morboso constitucional, manifestado ahora de otra manera. ¿Es que hemos de considerar independientes la úlcera y la impotencia? Sí, independientes con arreglo a los principios de la patología morfológica y aun a los de la *patología funcional*; pero no independientes a la luz de los principios de la *patología personal*. Tanto más cuanto que la experiencia médica decisiva es ésta: para curar su actual enfermedad – su impotencia – es imprescindible conocer e interpretar «de esta manera» la totalidad de su vida.

En realidad, en las enfermedades psicosomáticas se pueden observar varias formas de curso. En unos casos aparece un episodio único en un asma o una crisis ulcerosa, que revierte con facilidad. En otros, aparece un *curso fásico*, sobre el que han llamado la atención diversos autores, entre ellos HALLIDAY. Desde hace muchos años vengo insistiendo sobre este factor *fásico* en muchas neurosis y enfermedades endógenas (ciclotimia). En tercer término, aparecen los *cursos crónicos*, que son los que con más frecuencia ven los psicoterapeutas puros y los psiquiatras. La investigación psicosomática futura debería prestar atención a estos cursos diversos y a profundizar en las posibles causas de los mismos. Precisamente por admitir la existencia de un factor endógeno próximo de la misma naturaleza que el de las ciclotimias, es por lo que me inclino a incluir todos estos trastornos en el *círculo timopático*.

De la misma manera que existen desarrollos psicopáticos, es decir, desviaciones de la personalidad que, a medida que ésta va madurando, van cristalizando en una sintomatología más plástica y evidente, existen también lo que podríamos llamar desarrollos psicosomáticos. Un trastorno empieza en un grado mínimo y con un carácter inicial, y al cabo de unos años, por un curso progresivo, o por un curso fásico, aparece ya perfectamente cuajado un cuadro hipocondríaco, que se encroniza plagado de mecanismos iterativos.

## XI. – El problema cuerpo–alma y la especificidad de los trastornos

La dinámica psicosomática puede abordarse desde distintos puntos de vista. En el fondo, se tropieza siempre con el problema filosófico de las relaciones entre el alma y el cuerpo, que, como todo problema metafísico, seguirá siempre irresoluto y presente, a la investigación. ¿La patología psicosomática ha contribuido en algo a esclarecer el problema? Realmente sí, pero sólo en puntos concretos. Estos avances concretos se han realizado en dos frentes: uno, el neurofisiológico, y otro el clínico. Tanto en uno como en otro poseemos conocimientos que hace cincuenta o cien años no se tenían. ¿Son conocimientos sustanciales? ¿Desde un punto de vista radical, sustancial, supone un avance el que hablemos ahora del aparato reticular o del lóbulo temporal, donde DESCARTES hablaba de la glándula pineal? La contestación a esta pregunta depende del punto de vista en que sitúe el investigador.

El problema esencial radica en el modo de encontrarse el yo con el cuerpo. El cuerpo es un instrumento del yo. El avance en el conocimiento consiste en saber los modos y límites de la *disponibilidad del cuerpo que tiene el yo*. Ese es, en verdad, el radical problema psicosomático, como recientemente afirma HÄBERLIN. *El cuerpo humano tiene un carácter intencional*. La intencionalidad atribuida a la vida psíquica es realmente intencionalidad de todo el ser, es decir, de la unidad hombre. Pero esa intencionalidad se despliega en un gran espectro de posibilidades. Su dinámica no es la misma en el hombre sano que en el enfermo. El trastorno psicosomático aparece en la frontera de la intencionalidad, de ahí que lo fisiológico se pueda convertir en psicológico; pero en esa conversión apunta ya su carácter morboso. Hay estratos fisiológicos que nunca son psicológicos, salvo cuando enferman. La investigación psicosomática supone un avance, a través de la patología, del modo cómo el cuerpo está presente en el área intencional del yo. Es una zona de confluencia de dos mundos distintos. Plantear el problema de las relaciones psicosomáticas como el modo de contactar una «res cogitans» con una «res extensa», como hacía DESCARTES, es renunciar a encontrar otra solución que no sea metafísica. La patología psicosomática debe partir, por el contrario, de la *disponibilidad del cuerpo* en relación con la *intencionalidad del yo*.

Antes me he ocupado del problema de la especificidad de los trastornos psicosomáticos. Pasando revista a los dinamismos anteriormente citados y confrontándolos con la experiencia clínica, se tiene la impresión de que *cualquiera de dichos dinamismos puede tener lugar en un caso concreto*. Unas veces estamos, al parecer, ante una reacción de conversión o ante una inferioridad orgánica, o ante una vía final común o ante una sustitución o suplencia, ya se conciba al modo de KUBIE o al de VON WEIZSÄCKER. Pero el ligar un determinado órgano con un determinado conflicto tropieza, muchos veces, con un hecho clínico evidente: *la transportabilidad*, por así decirlo, de muchos trastornos psicosomáticos; un enfermo sufre, en un momento de su vida, de crisis asmáticas, y en otro de vértigos o de una depresión. Si la historia la cortamos en el primer segmento, sólo pensamos en el asma como enfermedad psicosomática, pero no si pretendemos seguir la vida del enfermo y tratar de interpretar de un modo conjunto su expresión morbosa psicosomática, por variada que sea. Por otra parte, como se ve en muchos trabajos, los conflictos actuales se van tornando, en su interpretación, en conflictos que están en la misma raíz evolutiva de la persona hasta llegar a una desviación primera en la evolución psicofisiológica por alteración de la relación «madre–niño», o aún antes, en pleno desarrollo fetal, como pretende GREINACLE.

Esta profundización en la interpretación histórico-individual, por una parte, y, por otra, la variabilidad de las manifestaciones clínicas, hablan en favor de que en todo trastorno psicósomático exista un subsuelo común, una alteración en la *estructura primaria del ser*, que cristalice después en alteraciones clínicas claras. También alude a la posibilidad de que existan *estructuras o formas vitales que subyazgan a las propias estructuras funcionales de los órganos y sistemas*. En una asmática, por ejemplo, podemos interpretar simbólicamente su proceso retentivo del aire. La simbología puede hacer alusión a contenidos psicoanalíticos o a experiencias existenciales. Esta misma asmática tiene, en su primer parto, de un segundo matrimonio, un espasmo del cuello del útero que tiene que resolverse mediante cesárea. Existe en ese espasmo la manifestación de un principio retentivo análogo al que, en sus crisis de asma, se manifestaba en los bronquios. La investigación psicósomática tendrá que buscar, en el futuro, con más ahinco, esas *formas o esquemas* que puedan ser comunes a varias funciones; quizá significando un único modo de quebrarse o fisurarse todo el organismo. *Tal fisura en la estructura primaria del hombre se revelará más o menos en el curso de la existencia. La revelación dependerá, también, de que el conflicto sea más o menos hondo, pero también más o menos adecuado.*

## XII. – La vivencia de la «corporalidad» sana y enferma

El primer problema que plantea el análisis de la situación psicosomática, desde el punto de vista antropológico, es el del cuerpo humano. Tanto desde el punto de vista antropológico existencial, como fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años (BOSS, CHRISTIAN, VON WEIZSÄCKER, PLUGGE, MARCEL, MERLEAU-PONTY, ZUTT, BUYTENDIJK, DE WAEHLENS).

En primer término, conviene tener presente que la noción de *esquema corporal*, que tanto interés ha despertado en la neurología reciente, apenas si tiene valor aquí. Para explicar los síndromes de negación corporal y de extrañeza del mundo exterior, FORSTER, siguiendo a WERNICKE, pensaba en una destrucción de la «somato-psique», es decir, una asomatognosia general elemental. La somato-psique se constituiría, según WERNICKE, de la siguiente manera: en cada sensación existen dos elementos, uno sensorial específico, y otro muscular, resultante del movimiento necesario para la adaptación del órgano sensorial al estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de una asociación entre componentes sensoriales y miógenos. Por al contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de los componentes miógenos, daría lugar al síndrome de negación de la corporalidad en cualquiera de sus procesos. DENYS y CAMUS emitieron una teoría parecida «*ébranlement des centres corticaux où sont fixées et enregistrées les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle*». Estas sensaciones internas u orgánicas constituyen la cenestesia.

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del yo, sino que este centro dinámico y personal se «vive» en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio, que es nuestro propio cuerpo, que, por una parte, pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos y, por otra, nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto «cuerpo y experiencia psicológica» fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones que MARCEL ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo. *Somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte, nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación *concéntrica* de yo y corporalidad, pero, por otra parte, sentimos la corporalidad *excéntrica* con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior.

*A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal.* La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó SCHELER sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos *a la vez*, como una sensación *global* de la corporalidad.

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer, como en el antiguo concepto de cenestesia, que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano – ¿y por qué no cada célula? – a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos *cenestesia*. El mismo inciso que acabo de hacer, demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque, en realidad, la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que *se establece con carácter selectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una

experiencia global en bloque y primaria, que secundariamente podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y éstos nos inducen a error. El definir la relación del yo con su cuerpo como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo, nos induce a operar con el esquema de un yo puntual, una especie de sol del sistema corporal humano que irradia desde allí sus energías, y que recibe de la periferia sus noticias y mensajes.

Esta idea es absolutamente falsa. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pie se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo, estamos en aquel momento, allí se halla nuestra «vivencia del yo». Y como el yo, psicológicamente, no es más que una experiencia, podemos decir que allí está situado el yo. No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia, y si ésta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza).

La actividad asume la impresión que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del «*déjà vu*» cuando se perturba esta modalidad de asimilarse al presente.

El papel de la angustia es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, la angustia consiste en la *experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente, y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente, ofrece su anatomía interna, y una de sus regiones topográficas está constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución, ésta se enajena, se convierte en extraña, a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice: «Este cuerpo no es mío», y al objetarle, modifica su expresión, y dice: «Como si no fuera mío.»

Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y que, por tanto, al tenerlo, le concedemos un sentido en nuestra vida, no lo es menos que el cuerpo nos tiene a nosotros, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida. Encontrar un sentido a la enfermedad como encontrar un sentido a la vida, es un proceso de iluminación existencial que no puede dilatarse absolutamente. Tal proceso tiene su zona de misterio, de inaprehensibilidad, su límite. Por eso la enfermedad tiene también algo oscuro y no puede iluminarse totalmente.

Hallar en una enfermedad una continuidad de sentido es, quiérase o no, espiritualizarla y destruirle su realidad. El problema difícil se halla en encontrar el límite entre lo que tiene sentido y lo que no lo tiene.

En las enfermedades psicosomáticas existen trastornos en las regulaciones nerviosas de los órganos, por ejemplo, una taquicardia o una crisis cólica, etc.; pero, íntimamente ligado con esos trastornos, existe una alteración en la percepción de aquella parte del cuerpo o función. Partes, órganos o funciones del cuerpo que son silenciosas, *se hacen presentes en la conciencia*. El paso de la inconsciencia a la conciencia, en la génesis de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos, no tiene lugar sólo en lo que se refiere a los

recuerdos reprimidos o a las pulsiones instintivas, *sino a la presencia misma de la corporalidad*. Si una parte del cuerpo se hace presente, es porque ha ocurrido una escisión, una zona de aislamiento en el complejo de la percepción del cuerpo. El sentimiento unitario, flexible, alado, de la salud, se convierte en polifónico. La *presencia* de la alteración psicósomática en la conciencia se hace perturbadora. La sensación presente no es que estuviera antes reprimida. En estado de salud, nunca había existido. La anatomía que el sano sabe, por propia experiencia, de su cuerpo, es bien limitada. Esta fisura en el sentimiento unitario y global de la corporalidad es la enfermedad misma. No es que haya *una proyección somática de un estado emotivo*, ni siquiera *una reacción de conversión*, sino que la enfermedad es una experiencia desintegradora y la aparición de la cenestesia morbosa es una forma de desintegración. La emoción morbosa, sobre todo la angustia morbosa, es, en el fondo, *somatotrópica*. En esa amenaza de disolución de la unidad del yo, debemos también incluir la amenaza de la disolución de la experiencia del yo corporal, que lleva a esa forma de disolución parcial, que es la vivencia del trastorno psicósomático.

### XIII. – El fondo biológico de las neurosis y de los trastornos psicósomáticos

Desde hace muchos años, vengo llamando la atención sobre los factores *no psíquicos* existentes en la base de las llamadas reacciones neuróticas. En toda neurosis, nos encontramos con un plano personal, constituido por el ambiente que rodea al enfermo y por aquello que ha influido en el curso de su historia («historia vital interna» de BINSWANGER, «intra-historia» de LÓPEZ IBOR). Un conflicto adquiere carácter patológico porque resulta significativo para el enfermo; tal significación específica y personal depende de su desarrollo psicológico. Estos factores históricos y ambientales constituyen el *plano personal* de las neurosis, sobre el que no es ocasión de insistir.

Pero, en el fondo de toda neurosis, existe una perturbación de los planos *apersonales*. Muchas veces, la estructura psicológica, la fachada con la que aparece la neurosis, no es más que la elaboración defensiva del trastorno de fondo. Que en este plano apersonal intervengan factores biológicos y más concretamente neurofisiológicos es, para mí, indudable. Desde hace mucho tiempo, sostengo la tesis de que las neurosis pertenecen al círculo de la ciclotimia. De la misma manera que se distingue entre una melancolía reactiva y una endógena, debe también distinguirse entre una reacción neurótica y una neurosis de base endógena.

El núcleo sintomatológico de las neurosis es la angustia. Es habitual interpretar la génesis de la angustia neurótica como procedente de los conflictos internos o externos de la personalidad. Hay una angustia real producida por los conflictos entre el yo y el medio ambiente; existe una angustia neurótica producida por los conflictos del ello con el yo o con el super-yo. Aun aceptando que tal angustia neurótica es primariamente conflictiva, el hecho es que los conflictos patógenos son de carácter instintivo, y en los instintos existe indudablemente un factor biológico, vital, al lado de un factor psicológico.

Según he desarrollado en otros trabajos, de la misma manera que la tristeza del melancólico enfermo es genética y cualitativamente distinta de la tristeza reactiva del que sufre una desgracia, también la angustia de muchos neuróticos es una angustia distinta de la angustia reactiva de la vida normal o de las auténticas reacciones neuróticas. Se trata de una *angustia básica*, primordial, de carácter *neurógeno* o *fisiógeno*, probablemente debida a alteraciones en los dispositivos nerviosos que intervienen en la regulación de los instintos y de las funciones vitales (diencéfalo, estructuras talámicas intralaminares, sistema reticular ascendente, etc.).

La analogía entre las neurosis y la ciclotimia se proyecta en dos perspectivas. Por una parte, existe una analogía sintomatológica. Con frecuencia observamos y se hallan descritos casos y formas de transición entre los síntomas ciclotímicos y los síntomas neuróticos. Por otra parte, existe una analogía en las formas de curso. La clínica demuestra la presencia de muchas *neurosis de curso fásico*. A lo largo de la vida de un individuo, aparecen una o más fases neuróticas. Un hecho importante sobre el que quiero llamar la atención es el de que el contenido sintomatológico de tales fases puede y suele ser distinto. Unas veces es una fase de ansiedad, otras de vértigo, otras se presenta bajo la forma de neurosis cardíaca o de fobias y obsesiones. La variedad de combinaciones sintomatológicas es inmensa. Esta misma variabilidad en el contenido sintomatológico de cada fase, demuestra la importancia genética del factor endógeno. Ocurre como en la melancolía que puede aparecer, en el curso de una vida, varias veces, y cada una con tinte sintomatológico distinto (ideas de ruina, de culpabilidad, sensación de tedio, de angustia, etc.).

Precisamente por la presencia de esta base apersonal, neurodinámica de las neurosis, es por lo que es posible una farmacología de las mismas, no sólo como tratamiento para conseguir un alivio de los síntomas, sino con un objetivo más profundo, como actúan el electrochoque o algunos medicamentos en las fases melancólicas.

#### XIV. – Bases neurofisiológicas de los trastornos psicósomáticos

En los últimos decenios se han realizado muchos progresos en el conocimiento de la neurofisiología del sistema nervioso, que han servido, o que *pueden servir* de base a las investigaciones psicósomáticas.

Tales progresos han caminado siempre en la misma dirección: el descubrimiento de las estructuras del sistema nervioso central a las que pueden ser atribuidas funciones neurovegetativas y, sobre todo, que pueden ponerse en relación con la dinámica psicológica de la emoción. Hace varios decenios sólo se manejaban – porque sólo se conocían – las estructuras vegetativas periféricas. Así surgió el concepto de simpaticotonía y de vago-tonía y aun la misma «estigmatización vegetativa» de VON BERGMANN. Desde el punto de vista psicológico, también la teoría de JAMES-LANGE se apoya, sobre todo, en regulaciones periféricas, como lo demostró la excelente crítica que de ella hizo SHERRINGTON en su famosa experiencia. Tales regulaciones periféricas resultaron demasiado simples para explicar la complejidad del mundo emotivo. Los progresos en el conocimiento de las estructuras vegetativas centrales han ido a la par con la vieja preocupación, siempre rediviva, de localizar un centro de la conciencia. La conciencia tiene que ver con el ritmo vigilia-sueño y, por consiguiente, con todo un grupo de ritmos vegetativos que intervienen en la vida emocional.

ENGEL se lamenta de que los grandes progresos que ha realizado la psicología profunda no hayan sido acompañados por otros fisiológicos. Falta, viene a decir, una verdadera neurofisiología profunda. Cualesquiera que sean los descubrimientos e hipótesis neurofisiológicos que se publiquen, todos vienen a agruparse, según ENGEL, en torno a tres esquemas de interpretación: la idea de *homeostasis* de CANNON, la de los *reflejos condicionados* de PAVLOV y la de la *dinámica de adaptación* de la teoría del «stress» de SELYE. Un gran fondo de razón tiene ENGEL; como más adelante veremos, en las tres teorías y en cualesquiera otras que se formulen sobre análogo fundamento, es difícil encontrar una base suficientemente explicativa de lo que sucede en el plano psíquico.

Es imposible ofrecer un resumen de las investigaciones neurofisiológicas realizadas en los últimos años que tienen o pueden tener importancia para la patología psicósomática; pero, al menos, debemos señalar algunos puntos fundamentales.

Reproduciendo una distinción funcional en el sistema nervioso, que ya se encuentra formulada en MÜLLER, muchos neurofisiólogos se inclinan a distinguir dos sistemas funcionales en el sistema nervioso central. Un sistema diferencial multisináptico, de fibras cortas y un sistema discriminador de fibras largas que pone en contacto los telerreceptores periféricos con sus proyecciones corticales y centrales. El sistema multisináptico está constituido por los bastones de la retina (los conos pertenecen al sistema discriminador); el sistema límbico y las estructuras mediobasales del cerebro, el sistema hipotálamo-hipofisario; la formación reticular ascendente y descendente, los centros bulbo-mesencefálicos de la respiración y circulación, y el «internuncial pool» o embalse internuncial a nivel de la médula. Este sería un sistema *endótropo*, en tanto el sistema paucisimpático, discriminador sería más bien *exótropo*<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Véase una excelente exposición de estas cuestiones en ROF CARBALLO, J., *Cerebro interno y mundo emocional*, Madrid (1952), y en «Fisiopatología de los sistemas de vigilancia», *Bol. Inst. Pat. med. (Madr.)*, 13, N.º 3 (1958). También ofrecen excelente material para una revisión de conjunto FISCHGOLD, H., y GASTAUT, H. (ed.), en: *Conditionnement et réactivité en électroencéphalographie*, París (1957), así como el famoso simposio en las «Laurentian Mountains», publicado de DELAFRESNAYE, J. F., y otros (ed.), con el título *Brain Mechanisms and Consciousness*, Oxford (1954).

Hess, mediante estímulos eléctricos mínimos lanzados sobre diversas zonas del diencefalo de los gatos, ha logrado circunscribir las áreas desde las cuales se pilotan ciertos complejos vegetativos y se rigen ciertos tipos de movimientos. Un hecho muy interesante, que pusieron de manifiesto las experiencias de HESS, es que *a partir de una determinada zona se pueden obtener efectos diversos*. Esta observación no era totalmente inesperada, desde el momento en que en una misma zona se hallan mezcladas fibras y células nerviosas que pertenecen a diversos sistemas funcionales. En la obtención de determinados efectos, influían mucho las circunstancias de la excitabilidad, tales como ritmo de la misma, intensidad, etc. Las áreas estudiadas corresponden a la sustancia gris que rodea el III ventrículo; en conjunto, el área preóptica y el hipotálamo. Desde el punto de vista filogenético, estos distritos poseen sistemas de fibras que están en relación con el aparato olfatorio, pero carecen de conexiones directas con el neocórtex.

Cuando se trata de buscar un principio ordenador de todas estas regulaciones vegetativas e instintivas, salta a la vista lo siguiente: existen en el organismo dos modos de conducta o de actividad: uno destinado a desplegar energía en un momento determinado, y otro destinado a economizarla o reponerla. La primera es una conducta ergotropa y la segunda es una conducta trofotropa. La conducta o actitud ergotropa se halla en íntima relación con el sistema simpático, pero es necesario no confundir ergotropismo con simpaticotonía, ya que ésta no es más que una parte de aquélla. La ergotropía supone una coordinación más amplia y más elevada que aquella limitada a las funciones que rige el simpático. En la ergotropía se integran acciones instintivas y estados de humor. Lo mismo ocurre con la trofotropía. HESS habla del «humor fundamental trofotropo», uno de cuyos miembros es la acción parasimpática. En el sueño no se trata, según este autor, de una función pasiva, sino de una función activa, destinada a compensar los desgastes de la vigilia. La función ergotropa pone al organismo en condiciones de agredir o defenderse del medio exterior. La función trofotropa lo envuelve en su manto protector y le deja reparar los desgastes de la anterior.

En los últimos años, numerosas investigaciones han demostrado la existencia de funciones vegetativas en la corteza. De este modo se plantea el problema de las relaciones entre la sintomatología vegetativa cortical y la hipotalámica.

Resulta lógico suponer que, como ocurre con las demás funciones nerviosas, la regulación vegetativa cortical lleva la dirección, constituyendo una especie de coordinación superior; pero aquí este principio del nivel funcional puede tener un matiz distinto. La organización vegetativa hipotalámica se halla destinada a regular las condiciones interiores del organismo, es decir, a mantener la uniformidad del medio interno; cumple, pues, lo que llamó CANNON «función de la homeostasis». En cambio, la regulación vegetativa cortical se destina a acompañar los movimientos y las acciones psicomotoras emanantes de la corteza. Por ejemplo, cada gesticulación mímica lleva implícita una regulación vegetativa, y ésta, indudablemente, procede de la corteza.

El sistema nervioso vegetativo es un regulador de la vida orgánica, que a su vez está regulado por ciertos principios funcionales que le son intrínsecos. Se trata de un gran complejo funcional que alcanza desde el retículo terminal y las vías vasculares (STÖHR) hasta los centros diencefálicos. Este complejo se regula autónomamente, como toda organización vital. La regulación se establece entre sus dos partes simpático-ergotropa y trofohistotropa; el tono cambia según dos modelos funcionales: o *progresivamente* o en *crisis*. Este segundo adquiere, en patología, una importancia singular. Según dicho esquema, el tono de uno de los dos sistemas, vago o simpático, en una situación determinada, va creciendo progresivamente. Cuando ha llegado a un cierto nivel, entra en una fase de

inseguridad o de labilidad, al final de la cual, como si hubiera llegado a sus límites irrebasables, cambia bruscamente de sentido. El tono simpático se convierte en parasimpático, y viceversa. A esta brusca inversión llama SELLBACH «Kippschwingung». WILDER formuló, hace algunos años, *la ley del punto de partida*. El tono del sistema, en un momento determinado, regula el efecto del estímulo que recibe. Cuanto más elevado sea su tono, menor efecto tienen los estímulos que tratan de elevarlo, y mayor los que traten de inhibirlo. Existe, por así decirlo, una inercia biológica que tiende a mantener la regulación en un nivel adecuado y óptimo para el organismo; frente a cualesquiera desviaciones, se ponen en acción, inmediatamente, los mecanismos compensadores. Si se extirpan las suprarrenales, por ejemplo, la adrenalina no disminuye su eficacia sobre la presión sanguínea, sino que la aumenta. SELLBACH ha aplicado a la patología estos principios funcionales del sistema vegetativo. En la epilepsia, por ejemplo, el metabolismo del enfermo imprime una desviación ergotropa de su regulación nerviosa, hasta que llega un límite que resultaría peligroso si el organismo no lo compensara a través de la crisis del ataque. En el colapso, nos encontramos con el esquema inverso. La regulación trofotropa excesiva se salva por la contrarregulación ergotropa.

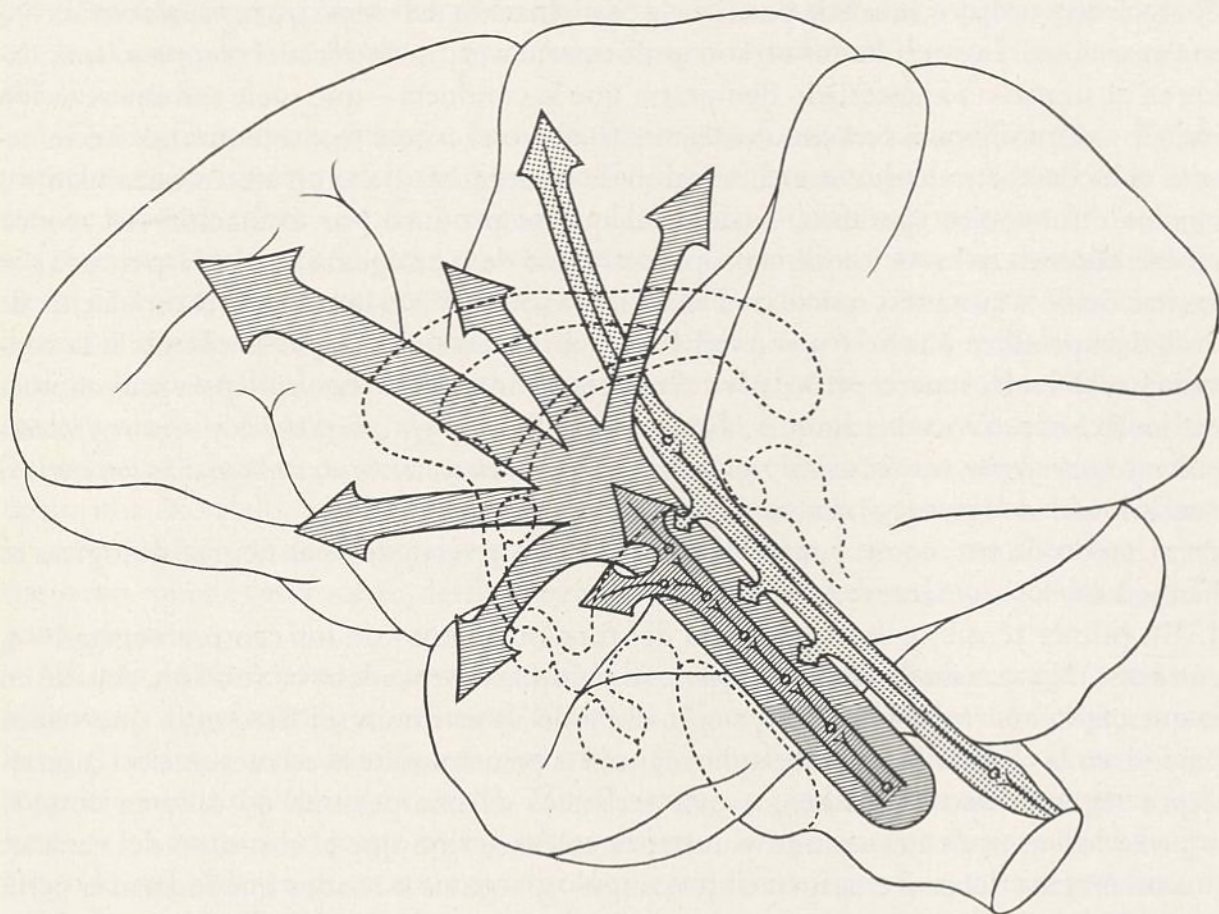
Este principio de *compensación polar* existe en todos los seres vivos. Las plantas atraviesan durante la noche una fase escotófila con gran actividad hidrolítica, gran tendencia desasimiladora, respiración acelerada, etc., y durante el día, una fase fotófila de signo contrario. Se trata de manifestaciones del principio de polaridad que rige los procesos vitales. La ley de WILDER halla su correspondencia en el principio de VON UEXKÜLL, referente a la regulación del tono muscular, según el cual la excitación va al músculo que tiene mayor tensión.

Desde el punto de vista clínico, lo más importante es lo siguiente: *en el diencefalo existen estructuras nerviosas encargadas no sólo de regular las funciones vegetativas, sino también los afectos, especialmente los ligados a ella y los mecanismos motores que le sirven de expresión. Entre estos diversos elementos se forman complejos distintos que, en definitiva, no son más que modelos esquemáticos de conducta*. Claramente se ve la conducta agresora, la de huida, las funciones trofófiláticas digestivas reguladas desde la mucosa salival hasta la evacuación, etc. En definitiva, pues, lo que demuestran todas las experiencias es que el diencefalo interviene en la regulación de lo que, en términos generales, llamamos instintos y sentimientos vitales. Si, por otro lado, se ponen en relación estos resultados neurofisiológicos con las experiencias clínicas actuales, se verá cuán justificado resulta señalar las interferencias entre la patología diencefálica y la patología psicósomática.

Cuando se realiza un estímulo diencefálico, varios elementos funcionales se excitan, de suerte que el efecto final es la manifestación de un estado de equilibrio entre ellos. El efecto giratorio provocado en la cabeza del animal, resulta no de un estímulo unilateral de un grupo muscular, sino de una intervención activa de los dos grupos antagonistas, con preponderancia de uno de ellos. *La estimulación es, pues, un complejo, y lo que distingue unas áreas de otras es la mayor frecuencia con que se desencadena determinada función*. Este esquema dinámico para concebir las localizaciones diencefálicas, se halla muy bien registrado en los gráficos de HESS. Apenas necesitamos insistir sobre su notable correspondencia con lo que ocurre en la clínica psicósomática. También allí aparecen complejos sindrómicos que se definen por el síntoma preponderante en una situación determinada, el cual, por otro lado, puede variar a lo largo del curso clínico, como si se tratase de una onda de excitación que recorriese, según un esquema determinado, el teclado diencefálico.

La escuela neurofisiológica americana ha trabajado intensamente en el estudio de la base neurodinámica de la emoción. Como pura hipótesis, PAPEZ señaló, en 1937, la exis-

tencia de un circuito emocional que comprendía las siguientes estaciones: hipocampo – tubérculos mamilares – núcleos talámicos anteriores – circunvolución del ángulo – área entorrinal – hipocampo. Las investigaciones posteriores han ido confirmando esta primitiva hipótesis de PAPEZ. Recientemente ADEY ha podido demostrar la existencia de un «circuito inverso» al de PAPEZ que, arrancando de los núcleos talámicos intralaminares y de las áreas septales conduce, a través del fórnix, hacia el hipocampo, para pasar del hipocampo dorsal al área entorrinal y de ésta por la «stria medullaris» a la substancia reticulada de la calota del tronco cerebral.



Esquema del sistema reticular ascendente, *organizador*, con otras estructuras conexas, del «tono vital»

La intervención del *sistema límbico* en la conducta emocional, es lo que ha movido a MACLEAN a llamar a esta parte del sistema nervioso central «cerebro visceral». A partir de sus estudios sobre la encefalitis letárgica, ya VON ECONOMO llamó la atención sobre este hecho: en los enfermos crónicos existía, como defecto primario, una dificultad en despertar emociones. VON ECONOMO atribuía esta función a la substancia gris reticular del diencefalo y del mesocéfalo. Desde entonces se ha demostrado que esa región interviene en los mecanismos de autoprotección y de procreación, así como en el sueño. La región definida por VON ECONOMO se incluye hoy en el *sistema reticular activador* de MORUZZI y MAGOUN. GASTAUT ha señalado que muchos enfermos con epilepsia debida a lesiones de la vecindad de la corteza límbica, presentan muchos síntomas psíquicos análogos a los de la enfermedad de VON ECONOMO. MACLEAN compara los desórdenes psicológicos que ocurren en la encefalitis como consecuencia de las lesiones del tronco cerebral, con la epilepsia psicomotora, que parece debida a lesiones del lóbulo límbico. La parte frontotemporal de la corteza límbica posee, según MACLEAN, actividades orales y de autoconservación, en tanto que a las áreas más posteriores (giro cingulado e hipocampo) se halla confinada la

conducta sexual y sus componentes afectivos. La parte anterior ejerce, además, según el mismo autor, una influencia discriminadora sobre la puesta en juego de hormonas energéticas («stresshormones») como el ACTH, y la posterior sobre las hormonas sexuales.

PRIBAM señala la asociación entre los procesos somáticos y los vegetativo-emocionales en el funcionamiento del lóbulo límbico y del rinencéfalo. El estímulo de las estructuras del sistema límbico interviene en la respiración, regulación vascular y en ciertos efectos somáticos de carácter motor. Estos son siempre masivos y difusos en contraste con los efectos motores de origen iso o neocortical, que son más discriminados y concretos.

En recientes trabajos se señala y analiza la participación del *complejo amigdaloides* en la conducta emocional. Los resultados no son uniformes. La estimulación del complejo amigdaloides en el animal no anestesiado demuestra que la conducta – que suele ser una reacción de miedo – se modifica si está simultáneamente afecto el córtex frontotemporal. Recientemente se ha demostrado que la estimulación de la amígdala tiene un efecto estimulante o excitador difuso, electrográfico, análogo al que se produce por excitación del tronco cerebral; también se ha visto que la propia actividad de la amígdala puede despertarse por la excitación de la sustancia reticular (FEBIDEL y GLOOR). En el hombre, la estimulación de la amígdala produce una activación del EEG, al mismo tiempo que se obnubila la conciencia y se dificulta la percepción; pero si se trata de un enfermo con epilepsia psicomotora la estimulación provoca los ataques. En resumen, el *complejo amigdaloides es otra región anatómica capaz de ejercer una influencia reguladora sobre la corteza cerebral, análoga a la que ejerce el sistema reticular del tronco y el sistema intralaminar.*

A mi modo de ver, como puntos positivos de las investigaciones neurofisiológicas se deben señalar los siguientes:

1. En primer término, la concepción del funcionamiento de los centros vegetativos, según HESS. No se trata de un punto que si se estimula desencadena tal función, sino de un área que ofrece un *espectro funcional*, según el modo de estimularse. Esto es lo que vemos realmente en la clínica. Podríamos aplicar aquí los principios de la estructuración caracterológica según LERSCH. Los rasgos característicos de una persona no difieren entre sí porque se hallen presentes en uno y ausentes en otro, sino que el conjunto del carácter forma un magma del cual emergen ciertos ángulos, acentos o modos que forman el perfil caracterológico. Lo mismo ocurre en la patología psicosomática, y en la patología de las neurosis. Si se analiza detenidamente el cuadro clínico, vemos seguir el mismo principio de *acentuación estructural sintomatológica*. En primer plano estará el dolor precordial o el meteorismo o las colitis; este síntoma prevalente va acompañado por otros que pertenecen a diversos sistemas. El enfermo que sufre de síntomas digestivos, sufre también de cefalea, neuralgia, opresión precordial, depresión, tristeza, etc. Cuando un síntoma se muestra muy destacado en primer plano, los demás se muestran difuminados como síntomas de fondo. Existe un *espectro sintomatológico psicosomático*, que ofrece evidentes analogías con el *espectro que se despliega en las experiencias sobre estímulos diencefálicos* de HESS.

2. En segundo término, es evidente la relación que existe, desde el punto de vista neurofisiológico y clínico, entre la conciencia y lo que llaman los psicólogos americanos la «vigilancia». El sistema reticular activador ascendente es un sistema dinámico, que activa tónicamente la corteza cerebral. Un aumento de una actividad «despierta» la corteza, y viceversa. Esta función es la que en otros términos podríamos llamar «tono vital», que ya propuso EWALD. Los descensos y variaciones de ese tono vital pueden manifestarse en clínica de manera muy diversa. Hay aquí todavía un extenso campo propuesto a la investigación. Pensemos por un momento en la escala que va de la vigilia al sueño. En esa escala podría introducirse un eslabón que permita incluir el síndrome de despersonalización, que

tanta relación tiene con la patología psicosomática; pero ya no sería tan fácil insertar lo que va desde el tono vital normal al tono vital apagado del depresivo o al eufórico del maníaco. Es difícil emparejar los trastornos de la conciencia, aun admitiendo su estructura polar como quiere ZUTT, con los trastornos de la vitalidad o de los sentimientos vitales con su evidente estructura polar (manía – melancolía), pero con sus numerosas variantes y modalidades clínicas. El criterio cuantitativo de estimulación o inhibición, no basta. Sería necesaria la introducción de nuevos puntos de vista y este es el escollo fundamental de las correlaciones neurofisiológicas. La neurofisiología opera, quiérase o no, con conceptos que provienen del mundo de la causalidad física. La ley es la *cantidad*. La psicopatología pertenece al reino de lo *cualitativo*. *El escollo está siempre en poder establecer la correlación entre cantidad y calidad.*

3. Desde CANNON se maneja, en neurofisiología, el concepto de *homeostasis*. Desde el punto de vista conceptual, los reflejos condicionados, la reacción de adaptación de SELYE, etc., se montan sobre el mismo esquema: la función orgánica es siempre un intento de adaptación al medio o de crear un nuevo estado de equilibrio ante un desequilibrio que viene de fuera. Sin embargo, este esquema es radicalmente insuficiente. En el sistema nervioso no rige sólo el principio de la *excitabilidad* sino el de la *irritabilidad*, sobre el cual ya basó su fisiología HALLER. Una serie de trabajos de la neurofisiología moderna reconoce la importancia de tal principio (por ejemplo, los trabajos de COGHILL y de HOLZ). Tal principio debe ponerse en relación con el hecho clínico de la *endogeneidad* de ciertos trastornos. No todo, y quizá ni siquiera lo más importante en patología psicosomática, es lo que produce por desadaptación provocada desde fuera, sino que también ésta, o sea el trastorno, puede provocarse desde *dentro*. Fácilmente se deduce la trascendencia de este punto de vista.

Además, la homeostasis, como la tesis de los reflejos condicionados, implica la idea del organismo funcionando como *circuito cerrado*. En esta misma idea convergen muchas interpretaciones neurofisiológicas con otras psicoanalíticas. La idea de la excitabilidad se completa con la del circuito cerrado. Muy distinta, en cambio, es la que interpreta la vida humana no como un circuito cerrado, sino abierto. La apertura es mayor a medida que se asciende en los diversos estratos que forman la unidad psicofísica que es el hombre.

La apertura radical de la existencia humana supone, en el plano biológico, *su insuficiencia* en el sentido en que habla GEHLEN de un «ser deficitario», reproduciendo, en otra forma, una idea bien anclada en cierto tipo de antropología filosófica (por ejemplo, el hombre como animal enfermo en NIETZSCHE). La biología moderna (PORTMANN) ha demostrado que la supuesta falta de madurez con que viene el hombre al mundo supone una mayor plasticidad de su vida instintiva. Aun, desde este punto de vista, la vida humana es algo que se hace en la vida misma. Los instintos animales son certeros, los instintos humanos inseguros. De ahí su mayor plasticidad. *La apertura frente al mundo que caracteriza al hombre comienza ya en el plano biológico.* Las primeras experiencias instintivas tienen, a veces, un valor decisivo en la vida. Los etólogos (LORENZ, TINBERGEN) hablan del fenómeno del acuñamiento. Porque existe tal acuñamiento de los instintos es por lo que puede tener importancia el desarrollo de los primeros años de la vida. La importancia es mayor cuanto menos apertura biológica tiene el ser, es decir, cuanto más «ser deficitario». De ahí la necesidad de conjugar, *en cada caso*, el principio de la *endogeneidad* con el del *desarrollo*.

4. Es evidente el peligro de crear, a través de los nuevos descubrimientos neurofisiológicos, *una nueva mitología cerebral*, que destruya un ídolo para poner en su lugar otros. Asistimos a un destronamiento de las funciones corticales. La corteza no es más que un *analizador* de lo que le ofrece el tronco cerebral. Existe una correlación entre la importancia

que se da en neurofisiología a la estructura del tronco cerebral y la que se da en psicología y psicopatología a los problemas de la personalidad. La «Tiefenperson» de KRAUS, está en relación con estas estructuras profundas. Hace algunos años, yo mismo afirmé que la patología personal no es tanto una patología de la totalidad del ser, sino de su singularidad y de su unidad.

De la misma manera que el lenguaje y las estructuras neurofisiológicas que le sirven de soporte, constituyen un instrumento expresivo del pensamiento, las regulaciones subcorticales constituyen un instrumento expresivo de la *unidad de la personalidad*. No creo que sea lícito establecer una correspondencia, plano a plano, entre la estructura de la personalidad tal como la define el psicoanálisis y los diversos niveles nerviosos, llegando a decir que el ello se localiza en el diencéfalo o en el tronco cerebral, como hace MACLEAN, por ejemplo.

Este modo estricto de establecer correlaciones es, probablemente, crear una nueva mitología. Lo único que podemos entrever, por ahora, *es que los dispositivos del tronco cerebral constituyen un instrumento sobre el que se apoya la unidad de la vida psíquica. A la integración en el plano neurofisiológico corresponde una integración psicológica, pero en tal correlación hay que hacer valer simultáneamente el principio de totalidad.*

# **Tofranil<sup>®</sup>** **Timoléptico**

**en las  
depressiones de  
base involutiva  
y orgánica**

**Geigy**

Ayuntamiento de Madrid

# **Tofranil<sup>®</sup>** **Timoléptico**

**en la  
melancolía**

**Geigy**

Ayuntamiento de Madrid

## XV. – Terapéutica psicosomática

Si lo que propugna la patología psicosomática es un cambio de perspectiva, en la que resulten incluidos los factores psíquicos que intervienen en las enfermedades, lo esencial, desde el punto de vista terapéutico, será lograr el mismo cambio de actitud en la conducta misma del médico. Sin embargo, el problema es más complejo de lo que parece a primera vista. La intervención de factores sociales en la enfermedad supone, por parte del médico, una apertura ante los mismos y una posibilidad de acción, que muchas veces no es fácil de lograr. Es necesario que en el proceso de socialización de la medicina se atienda más a los factores psicológicos y no se reduzca todo a cálculos económico-estadísticos. El médico necesita, lo mismo que el cirujano del quirófano, de la posibilidad de lograr una *asistencia social* de sus enfermos; lo cual supone, en los médicos actuales, la necesidad de aceptar una nueva mentalidad, y en las organizaciones asistenciales, la creación de los instrumentos convenientes.

La medicina moderna no sólo cura, sino que también *hace* enfermos. Cada día aparecen más trabajos sobre las enfermedades conocidas con el nombre de *iatrógenas*. El médico se convierte en agente iatrógeno, unas veces por insuficiencia de conocimientos, y otras, las más, por insuficiencia de preparación psicológica. No se puede abandonar toda la compleja relación médico-enfermo, en la sociedad actual, a la mera intuición del médico.

El ir y venir de muchos medicamentos, sus éxitos y fracasos están, en parte, psicológicamente condicionados. La experiencia con *placebos* ha demostrado cuánta importancia tiene, en la curación o remisión de muchos trastornos, la creencia del enfermo en la eficacia curativa del medicamento, que no es sino un trasunto de la eficacia curativa del médico. En las enfermedades psicosomáticas tales hechos se observan con mayor frecuencia. Una extirpación de un pequeño foco infeccioso, o presuntamente infeccioso, puede no ser eficaz sino a través de la acción psíquica de la intervención médica. El enfermo dice: «Me mejoré de tal trastorno al quitarme las amígdalas.» El médico, que sabe observar calladamente el curso de las enfermedades, ve que lo que ha llevado de nuevo al enfermo a la consulta no es sino el renacimiento expresivo del mismo trastorno. Aquel acto médico, aunque científicamente erróneo, fue eficaz médicamente. *El médico debe aprender a reconocer, de una vez para siempre, que el medicamento más eficaz es el médico mismo.*

Se podrían señalar unas cuantas reglas prácticas que inspiren la conducta médica ante los trastornos psicosomáticos.

*La primera consiste en substituir la disyuntiva «orgánico o neurótico» por una búsqueda positiva: ¿hasta qué punto orgánico? ¿hasta qué punto funcional? ¿hasta qué punto neurótico? Muchas veces mejor que preguntar ¿hasta qué punto? sería inquirir ¿de qué manera?*

El gran síntoma subjetivo de los procesos morbosos es el dolor. *El dolor es un proceso complejo, que en la fisiología va de la periferia al centro y viceversa (hay dolores centrales, proyectados, referidos, etc.) y que en lo psicológico va desde la sensación hasta el sufrimiento.*

*Lo mismo que existen dolores centrales, hay sufrimientos y malestares centrales. La vitalidad se afecta por una infección, como en el caso del malestar con que empieza toda enfermedad infecciosa; pero también la vitalidad se afecta por conflictos psíquicos y, sobre todo, se desarregla endógenamente.*

*Existen lesiones y hallazgos exploratorios que no tienen que ver con los síntomas que ofrece el enfermo. Pueden coexistir unos picos de loro con unas algias de la nuca o de la región lumbar que no tienen nada que ver con la presencia de esos picos de loro. Encontrar una desviación en un análisis o en una radiografía no es encontrar la clave de un cuadro clínico. Es*

necesario investigar y tratar de que el hallazgo se ensamble en la *lógica vital* del padecimiento del enfermo.

*Algunas enfermedades orgánicas pueden comenzar como trastornos psíquicos.* Un disgusto puede cristalizar en una anorexia que sea a su vez el primer síntoma de un cáncer gástrico que empieza. Por el contrario, *enfermedades orgánicas pueden metamorfosearse en psíquicas:* un pequeño infarto del miocardio, bien cicatrizado, puede ser fuente de angustia permanente e injustificada de un enfermo que, en tal caso, como neurótico, necesitaría más del psiquiatra que del cardiólogo.

Postular la intervención de los factores psíquicos en las enfermedades no quiere decir que todos los enfermos deban someterse a una cura psicoterapéutica, sobre todo si se entiende por ello una de las formas de psicoterapia profunda. Aun en las consultas de medicina psicosomática tales indicaciones se hacen con relativa rareza. STOKVIS dice que en la clínica psicosomática de Leyden sólo un 5 a un 10% de los enfermos se consideran adecuados para una forma de psicoterapia profunda (psicoanálisis freudiano, junguiano, existencial, etc.). Una cifra análoga nos comunicó, recientemente, en una conferencia en nuestra clínica hospitalaria, ENGLISH, uno de los médicos americanos con más experiencia en medicina psicosomática.

Si se acepta, como trato de exponer en mis trabajos, que en las neurosis y en los trastornos psicosomáticos existe una base *neurodinámica*, se estará de acuerdo en que la farmacología tiene sus claras indicaciones en la terapéutica psicosomática. De siempre se han tratado de amortiguar las oscilaciones y trastornos vegetativos mediante diversos fármacos; esto siempre ha sido útil y eficaz, aunque la ortodoxia psicoanalítica prohíba el uso de los mismos por el psicoanalista en los casos sometidos a tratamiento.

*En el estado actual de la investigación no se trata sólo de eso, sino de dar un paso más en el camino de la terapéutica fisiodinámica o neurodinámica.* La analogía que he señalado entre los trastornos endógenos del área ciclotímica, tal como los describe la psiquiatría moderna, y los trastornos psicosomáticos, abre nuevas perspectivas a la terapéutica.

En la curación de las neurosis, el punto importante consiste en la *transferencia*. Sin transferencia no hay psicoterapia posible. La transferencia es un modo especial de vivir la relación médico-enfermo. Cuando FREUD descubrió la transferencia pensó que el proceso consistía en un remodelamiento de la vida del enfermo a través de una especie de reviviscencia de los trastornos genéticamente productores de las enfermedades. La transferencia resultaba una especie de catarsis continua en la que la presencia del médico desempeñaba un papel activo. No es éste el lugar adecuado para un examen más detenido del problema. Lo que ahora quiero decir es que la *transferencia* es lo que constituye el secreto de la relación médico-enfermo, cualquiera que sea la enfermedad y cualquiera que sea la especialidad del médico. *La transferencia consiste en la absorción por el médico de la angustia del enfermo.* Manipular la transferencia es tan delicado como manipular las entrañas. No estará de más, por tanto, que los médicos aprendan a caminar por estas espinas. Por lo menos, que reconozcan la necesidad de aprenderlo. En eso consiste la psicologización de la medicina.

## XVI. – Bibliografía<sup>1</sup>

- ADLER, A. *Studien über Minderwertigkeit von Organen*, Munich (1927).
- ALEXANDER, F. *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*, con un capítulo sobre "The Functions of the Sexual Apparatus and Their Disturbances" by BENEDEK, T., Nueva York (1950).
- BENEDEK, T. Personality development, en: ALEXANDER, F., y ROSS, H. (ed.), *Dynamic Psychiatry*, Chicago (1952).
- BENEDEK, T. On the organization of psychic energy: instincts, drives and affects, en: GRINKER, R. R., *Mid-Century Psychiatry*, Springfield (1953).
- BENEDEK, T. The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child, *Amer. J. Orthopsychiat.*, **19**, 642 (1949).
- BERG, G. *Charakteristische Wesenszüge magenkranker Soldaten*, Leipzig (1942).
- VON BERGMANN, G. *Funktionelle Pathologie*, Berlín (1932). (Hay traducción española en la Editorial Labor.)
- BILZ, R. Psychogene Angina. Epikritische Betrachtungen über eine Mandelentzündung und ihre Psychopathologie, *Zbl. Psychother.*, **9**, 1. Beiheft, 49 (1936).
- BOSS, M. *Einführung in die psychosomatische Medizin*, Berna (1954).
- CAMUS, J. *La régulation des fonctions psychiques, troubles mentaux par lésions extracorticales*, París (1922).
- CANNON, W. B. *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, Nueva York (1915).
- CANNON, W. B. The role of emotion in disease, *Ann. intern. Med.*, **9**, 1453 (1936).
- CARUSO, I. A. *Psychoanalyse und Synthese der Existenz*, Freiburg (1952).
- CHRISTIAN, P. Der Beitrag der modernen Psychophysik zur psychosomatischen Forschung, en: SPEER, E. (ed.), *Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952*, Stuttgart (1953), pág. 33.
- COBB, S. *Emotions and Clinical Medicine*, Nueva York (1950).
- COGHILL, G. E. *Anatomy and the Problem of Behavior*, Nueva York (1929).
- DEUTSCH, F. *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*, Nueva York (1953).
- DUNBAR, F., y OTROS. *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*, St. Louis (1948).
- VON ECONOMO, C. Die Pathologie des Schlafes, en: BETHE, A., y otros (ed.), *Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie*, vol. 17, Berlín (1926), pág. 591.
- ENGEL, G. Homeostasis, behavioral adjustment and the concepts of health and disease, en: GRINKER, R. R., *Mid-Century Psychiatry*, Springfield (1953).
- EPPINGER, H., y HESS, L. *Die Vagotonie*, Berlín (1910).
- EWALD, G. *Temperament und Charakter*, Berlín (1924).
- FRANKL, V. E. *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*, Viena (1956).
- FREUD, S. Obras completas, Londres (varios años).
- GASTAUT, H. Corrélations entre le système nerveux végétatif et le système de la vie de relation dans le rhinencéphale, *J. Physiol. Path. gén.*, **44**, 431 (1952).
- VON GEBSATTEL, V. E. *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlín (1954).
- GEHLEN, A. *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt*, 4.<sup>a</sup> ed., Bonn (1950).
- GELLHORN, E. *Autonomic Imbalance and the Hypothalamus. Implications for Physiology, Medicine, Psychology and Neuropsychiatry*, Minncapolis (1957).
- GRACE, W. J., WOLF, S. G., y WOLFF, H. G. *The Human Colon*, Nueva York (1951).
- GRINKER, R. R. *Psychosomatic Research*, Nueva York (1953).
- HALLIDAY, J. L. *Psychosocial Medicine*, Londres (1948), pág. 45.
- HAMILTON, M. *Psychosomatics*, Londres (1955).
- HEYER, G. R. *Der Organismus der Seele*, Munich (1932).
- HOCHREIN, M., y SCHEICHER, I. *Leistungssteigerung*, Leipzig (1940).

<sup>1</sup> La literatura psicósomática crece tanto, que creo es mejor seleccionar algunos libros y trabajos orientadores.

- JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*, 4.<sup>a</sup> ed., Berlín (1948).
- KRETSCHMER, E. *Psychotherapeutische Studien*, Stuttgart (1949).
- KUBIE, L. S. The basis of a classification of disorders from psychosomatic standpoint, *Bull. N.Y. Acad. Med.*, **20**, 46 (1944).
- LACEY, J. I., y VANLEHN, R. Differential emphasis in somatic response to stress; experimental study, *Psychosom. Med.*, **14**, 71 (1952).
- LAIN, E. P. *Introducción histórica al estudio de la patología psicósomática*, Madrid (1950).
- LÓPEZ IBOR, J. J. *La angustia vital. Patología general psicósomática*, Madrid (1950).
- MACLEAN, P. D. Studies on limbic system ("visceral brain") and their bearing on psychosomatic problems, en: WITTKOWER, E. D., y CLEGHORN, R. A., *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*, Londres (1954), pág. 101.
- MARCEL, G. *Être et avoir*, Paris (1935).
- MARGOLIN, S. G. The behavior of the stomach during psychoanalysis. A contribution to a method verifying psychoanalytic data, *Psychoanal. Quart.*, **20**, 349 (1951).
- MERLEAU-PONTY, M. *La structure du comportement*, Paris (1942).
- MITSCHERLICH, A. Die Wandlung des Leib-Seele-Problems in der modernen Medizin, en: *Die neue Weltanschauung*, Stuttgart (1952), pág. 94.
- MORUZZI, G., y MAGOUN, H. W. Brain stem reticular formation and activation of the EEG, *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, **1**, 455 (1949).
- MÜLLER, L. R. Neurologische Bemerkungen über die Beziehungen des Körpers zu seelischen Vorgängen, *Münch. med. Wschr.*, **80**, 1632 (1933).
- MURRAY, J. B. *Some Common Psychosomatic Manifestations*, Londres (1949).
- O'NEILL, D. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Nueva York (1955).
- PAPEZ, J. W. A proposed mechanism of emotion, *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)*, **38**, 725 (1937).
- PAVLOV, I. P. *Lectures on Conditioned Reflexes*, Londres (1934).
- PFLANZ, M., y VON UEXKÜLL, T. Begriff und Probleme der Stimmung im Rahmen der psychosomatischen Medizin, *Psychol. Rdsch.*, **5**, 105 (1954).
- PIERLOOT, R. *Problèmes généraux de psychosomatique clinique*, Paris (1956).
- PLUGGE, H. Zur Phänomenologie des Leib-Erlebens, besonders bei inneren Krankheiten, *Jb. Psychol. Psychother.*, **5**, 155 (1957).
- POTTENGER, F. M. *Symptoms of Visceral Disease. A Study of the Vegetative Nervous System in its Relationship to Clinical Medicine*, St. Louis (1944).
- PRICK, J. J. G. Psychosomatic medicine, its possibilities and limitations, en: BOOIJ, J. (ed.), *Psychosomatics*, Amsterdam (1957).
- ROF CARBALLO, J. *Patología psicósomática*, Madrid (1953).
- RUESCH, J., y BATESON, G. *Communications, the Social Matrix of Psychiatry*, Nueva York (1951).
- SARRÓ-BURBANO, R. Die Psychotherapie in Spanien, en: FRANKL, V. E., y otros (ed.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, vol. 1, Munich (1958).
- SCHULTZ-HENCKE, H. *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Stuttgart (1951).
- SCHWARZ, O. *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*, Viena (1925). (Hay traducción española en la Editorial Labor.)
- SELYE, H. *The Story of the Adaptation Syndrome*, Montreal (1952).
- STOKVIS, B. Results of psychotherapy in psychosomatic diseases, en: BOOIJ, J. (ed.), *Psychosomatics*, Amsterdam (1957), pág. 100.
- TINBERGEN, N. *The Study of Instinct*, Oxford (1952).
- VON UEXKÜLL, T. Möglichkeiten und Grenzen psychosomatischer Betrachtung, *Nervenarzt*, **26**, 377 (1955).
- DE WAEHLENS, A. Phénoménologie du corps, *Rev. philosoph. Louvain*, **48**, 371 (1950).
- WEISS, E., y ENGLISH, S. O. *Psychosomatic Medicine*, Filadelfia (1943).
- WEITBRECHT, H. J. *Kritik der Psychosomatik*, Stuttgart (1955).
- VON WEIZSÄCKER, V. *Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*, Stuttgart (1951).
- WERNICKE, L. *Grundriss der Psychiatrie*, 2.<sup>a</sup> ed., Leipzig (1906).
- WITTKOWER, E. D., y CLEGHORN, R. A. *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*, Londres (1954).
- WOLF, S. G., WOLFF, H. G., y HARE, C. C. Life stress and bodily diseases, en: *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, vol. 29, Baltimore (1950).

- WOLFF, H. G. Stress, emotions and bodily disease, en: GALDSTON, I. (ed.), *The New York Academy of Medicine, Medicine and Science: Lectures to the Laity*, N.º 16, New York (1954), pág. 94, según *Psychol. Abstr.*, 29, 103 (1955).
- VON WYSS, W. H. *Aufgaben und Grenzen der psychosomatischen Medizin*, Berlín (1955), pág. 28.
- ZUTT, J. Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht, *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 180, 776 (1948).
- ZUTT, J. Psychosomatische Medizin, *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.*, 55, 46 (1949).
- ZUTT, J. Der Arzt und der Kranke, der Mediziner und der Fall, *Stud. gen.*, 6, 443 (1953).





4938 sp