

PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE
ENDOCRINOLOGIA - 1962

Homenaje de trabajo al Profesor Marañón

**ENDOCRINOLOGIA, TRONCO
CEREBRAL Y PERSONALIDAD**

POR EL PROF. JUAN J. LOPEZ IBOR

PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE

ENDOCRINOLOGIA

Homenaje de trabajo al Profesor Narayán

ENDOCRINOLOGIA, TRONCO
CEREBRAL Y PERSONALIDAD

Por el Prof. JEAN J. LOPEZ IBOR

APENDICE TERCERO

Endocrinología, tronco cerebral y personalidad.

Por el Prof. Juan J. LÓPEZ IBOR, Catedrático de Psiquiatría. Madrid.

La Psiquiatría oscila entre dos esquemas fundamentales para concebir las enfermedades mentales. Por una parte, las enfermedades mentales han sido abordadas como enfermedades cerebrales, según la tesis de GRIESINGER; por otra, como enfermedades de la personalidad (SCHÜLE). En los últimos años va extendiéndose el segundo punto de vista. La personalidad constituye no sólo el eje de la psiquiatría, sino uno de los ejes más importantes de la Medicina actual.

MARAÑÓN siempre estuvo obsesionado por el problema de la personalidad; por eso fue un clínico excepcional. Su preocupación se revelaba no sólo en el arte casi mágico que tenía de penetrar en la personalidad de los enfermos, sino también como tema teórico. Muchos de sus trabajos literarios tratan de descifrar claves personales, de interpretar conductas, a través de ciertos esquemas personales. MARAÑÓN llegó a la Medicina en un momento en el que la Endocrinología se ofrecía como perspectiva nueva. A MARAÑÓN le interesó, desde ese primer momento, la Endocrinología no sólo como nuevo campo de conocimiento, campo que tanto enriqueció, sino como clave que ayudase a descifrar el secreto de la personalidad. Su "clave endocrina" tenía, en su mente, el mismo valor que la "clave del inconsciente" en FREUD. En un punto contactaban ambas claves: en el sector de los instintos y de sus tendencias. Por eso MARAÑÓN, siguiendo la evolución natural de los conocimientos científicos, ascendió de las "claves endocrinas" a las "claves hipotalámicas". "El hipotálamo y la patología endocrina" constituyen uno de sus más enjundiosos y depurados trabajos. A través del estudio de estas organizaciones nerviosas coincidía con los avances que, desde otro punto de vista, hacía la patología personal. KRAUS, el famoso internista de Berlín, habló hace ya muchos años de la "persona profunda". Esa profundidad de la persona se pretendió hallarla en las capas vitales de la misma. Yo mismo estoy tratando de delinear, en alguno de mis trabajos, el concepto del *inconsciente vital* y de sus trastornos (angustia vital, las neurosis y la patología psicosomática como trastornos de la vitalidad, etc., etc.). Vamos, pues, a exponer, en rápida ojeada, lo esencial de estos temas, tan en el espíritu de la obra de MARAÑÓN.

Junto a los numerosos trabajos destinados a llamar la atención y a analizar la importancia del diencéfalo en las diversas enfermedades, se encuentran otros en los que se hace una crítica severa del papel atribuido al mismo. Se habla,

como en otro tiempo del cerebro, de una nueva mitología diencefálica, que trata de arrebatar a la corteza su primacía funcional.

Ambos puntos de vista resultan, evidentemente, exagerados. En primer término, es necesario confesar que muchas de las pretendidas localizaciones y trastornos se sitúan todavía en el terreno de la hipótesis, siendo imprescindible el acúmulo de nuevos hechos para confirmar muchos de los puntos de vista actuales. Pero así, paso a paso, se camina en la ciencia. Las hipótesis son esquemas provisionales para ordenar los hechos. Una cosa resulta cierta y evidente: la necesidad de alejar de la corteza cierto tipo de función que antes se le atribuía y la de esclarecer las relaciones mutuas entre estos nuevos centros y los corticales. Con esta advertencia previa podemos intentar establecer ciertas relaciones entre la patología de la vitalidad y la patología diencefálica.

El diencefalo ocupa una posición central en el plano de las regulaciones orgánicas:

a) Por un lado, un sector diencefálico, el hipotálamo, se halla en íntima conexión funcional con la hipófisis y con el sistema endocrino en general. Hasta tal punto son íntimas las conexiones hipotálamo-hipofisarias, que en muchas ocasiones, es difícil, y casi imposible, distinguir qué es lo primariamente afecto, si el hipotálamo o la hipófisis.

b) Por otra parte, el diencefalo ofrece una conexión funcional muy íntima con la corteza, conocida en algunos de sus puntos y presupuesta en otros muchos. Entre los diversos núcleos diencefálicos y las diversas zonas de la corteza se establece una serie de circuitos funcionales, cuya perturbación constituye los diversos síndromes que encontramos en la clínica.

c) Finalmente, los estudios de HESS y las modernas concepciones acerca de la motilidad extrapiramidal permiten aseverar la influencia manifiesta de las regulaciones diencefálicas sobre la psicomotilidad y especialmente sobre aquello que llama HESS "motilidad básica".

En estrecho paralelo con estos tres grupos de correlaciones se pueden estudiar tres grupos de síndromes diencefálicos en clínica:

a) Los constituidos por el grupo de los trastornos endocrinos y vegetativos.

b) Los trastornos psíquicos.

c) Las alteraciones de la motilidad.

Para designar los trastornos diencefálicos se ha introducido una nueva palabra, "diencefalosis", que, recibida al principio con cierto recelo por la literatura médica, va ganando cada vez mayor prestigio, a pesar de todas las confusiones que se montan en su torno.

El primero que creó esta palabra fue LAMPL, en 1933, para designar el conjunto de narcolepsia, picnolepsia y orgasmolepsia. BYCHOWSKY incrusta en el ámbito de este vocablo todos los síndromes reversibles, en los que figuran, en primer plano, fenómenos diencefálicos. Se trata de síndromes que "primaria o secundariamente" tienen su punto de ataque en el diencefalo. El factor dinámico predomina en ellos, "pero no se halla excluida la participación del factor inflamatorio".

El concepto de diencefalosis así establecido es muy amplio y discutible en algunos puntos. Toda la patología diencefálica, desde el Korsakow, la alucinosis peduncular de LHERMITTE, hasta la epilepsia autónoma de PENFIELD,

figura allí. En uno de los trabajos de BYCHOWSKY se incluyen cuadros encefálicos con predominio de las lesiones en el diencéfalo. ROSENFELD incluye desde la psicosis maniaco-depresiva hasta el Basedow diencefálico.

Mi punto de vista es otro: el concepto de diencefalosis se debería limitar a los trastornos vegetativos de tipo diencefálico, excluyendo de esta designación aquellos otros tipos de alteraciones diencefálicas conocidas con nombres diversos y que forman unidades autónomas y bien circunscritas. Había, pues, que excluir la narcolepsia, la picnolepsia, la orgasmolepsia, la geloplegia, etc. Tampoco se debe incluir entre las diencefalosis la psicosis maniaco-depresiva, como pretende RATHNER. Sobre esta cuestión insistiremos más adelante. Es decir, desde el punto de vista de la designación no tiene sentido, actualmente, abolir el nombre de ciertos síndromes de gran uso en clínica, si bien en sentido estricto pertenecen a las diencefalosis (por ejemplo, el insomnio esencial, etc.).

La segunda limitación en el uso del vocablo procede del frente orgánico: existen lesiones variadas del diencéfalo, de naturaleza orgánica, que deben ser designadas con el nombre de la afección causal; por ejemplo, un tumor de tercer ventrículo o una encefalitis con síntomas diencefálicos. Ocurre en este punto lo mismo que con la epilepsia. Cuando un tumor produce ataques epilépticos, la designación del cuadro clínico se hace en torno a la lesión causal y no en torno al síntoma. Así se dice, por ejemplo, "tumor frontal con ataques epilépticos".

Cuando estos criterios restrictivos se llevan con todo rigor, la patología diencefálica se reduce considerablemente. Si al rigor en la designación se une el rigor en la aceptación de un trastorno diencefálico para los casos en que esté absolutamente demostrado, la reducción operada es todavía mayor.

Según FULTON, sólo es posible distinguir cinco síndromes distintos de naturaleza hipotalámica, cuatro de los cuales corresponden a procesos destructivos y una a un proceso irritativo. Los cuatro síndromes son los siguientes:

- a) Hipertermia.
- b) Diabetes insípida y emaciación.
- c) Síndrome adiposo genital.
- d) Hipersomnía con trastornos de la regulación térmica.
- e) Epilepsia autónoma.

Según KUHLENBECK, los síndromes hipotalámicos son:

- 1) Hipertermia por lesión de la región hipotalámica anterior.
- 2) Hipotermia por lesión de la región hipotalámica posterior.
- 3) Diabetes insípida con polidipsia: núcleo supraóptico o tracto supra-óptico hipofisario.
- 4) Distrofia adiposogenital (FRÖHLICH): núcleo ventro medial.
- 5) Hipergonadismo (*pubertas praecox*): *tuber cinereum*.
- 6) Hipersomnolia y narcolepsia, parte caudal del hipotalama y rostral del mesocéfalo.
- 7) Epilepsia autónoma (diencefálica), lesión irritativa del hipotálamo anterior.

Sin embargo, la clínica plantea problemas mucho más complicados y variados. En unos casos nos ofrece, por ejemplo, un síndrome diencefálico claro, tal como uno de los de la serie aceptada por FULTON, pero junto a él, formando

parte de él y envueltos con él, aparecen otros pequeños síntomas. Los síntomas son más o menos importantes según el punto de vista en que nos situemos. Desde un punto de vista organicista, será más importante, por ejemplo, el síndrome adiposo genital de un enfermo; pero, desde el punto de vista de su subjetividad, es mucho más importante su insomnio o sus cefaleas o una fase depresiva o angustiosa que presenta. Precisamente el enfermo va al médico, es decir, se constituye en enfermo por la segunda serie de síntomas y no por la primera, que en muchos casos ni llega a formar un complejo de inferioridad.

En otros casos nos hallamos con conjuntos sindrómicos en los que apenas se podría hallar un síntoma preponderante. En ellos no se podría definir el cuadro clínico sino por una enumeración, tal como hace, por ejemplo, MARAÑÓN al hablar de síndrome A. B. D. (adiposidad-Basedow-distermia). Otras veces, la complejidad del cuadro clínico no se determina por la coexistencia de los síntomas, sino por la sucesión unilateral, síndrome basedowiano, diabetes insípida, glucosuria, envejecimiento general y desaparición de la actividad sexual).

Para todos estos casos complejos y mal definidos deberíamos reservar, si quiera fuera a título provisional, el nombre de diencefalosis. El de diencefalopatía comprendería todas las afecciones diencefálicas, fueran o no orgánicas; las diencefalosis, sólo en los casos en que los trastornos presentaran un carácter funcional y en principio reversible.

La observación clínica demuestra, por otra parte, la extraordinaria frecuencia, que llega a grados tanto mayores cuanto mayor es el espíritu inquisitivo del médico, con que la diencefalosis se acompaña de los síntomas descritos por mí como pertenecientes a la serie de la vitalidad (timopatía ansiosa). La correlación entre ambos grupos es tan evidente que no resulta ilógico atribuir una base diencefálica a las timopatías; pero esto plantea un delicado problema de localización de ciertas funciones psíquicas.

* * *

En los últimos decenios se ha realizado una considerable serie de progresos en el conocimiento de la neurofisiología del sistema nervioso que han servido o que *pueden servir* de base a las investigaciones psicosomáticas.

Tales progresos se han realizado 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 fisiológica de la emoción. Hace varios decenios sólo se manejaban —porque sólo se conocían— las estructuras neurovegetativas periféricas. Así surgió el concepto de *simpaticotonía* y de *vagotonía* (EPPINGER y HESS) y aun la misma *estigmatización vegetativa*, de von BERGMANN. Desde el punto de vista psicológico, también la teoría de JAMES-LANGE se apoyaba, sobre todo, en regulaciones periféricas, como lo demostró la excelente crítica que de ella hizo SHERRINGTON, en su famosa experiencia. Tales regulaciones periféricas resultaban demasiado simples para explorar la compleja presencia 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 una verdadera neurofisiología profunda. Cualesquiera que sean los descubrimientos e hipótesis neurofisiológicas que se publiquen, todas vienen a agruparse en torno a tres esquemas de interpretación: la idea de la *homeostasis*, de CANNON; la de los *reflejos condicionados*, de PAVLOV, y la de la *dinámica de adaptación* de la teoría del “stress”, de SEYLE. Un gran fondo de razón tiene ENGEL: en las tres teorías, y en cualquiera otra que se formule sobre análogo fundamento, es difícil encontrar una base suficientemente explicativa de lo que sucede en el plano psíquico.

Resulta 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 las direcciones fundamentales.

¿Qué puntos deben señalarse como importantes en todas estas investigaciones neurofisiológicas? (1). A mi modo de ver, como puntos positivos debemos señalar los siguientes:

I. En primer término, la concepción del funcionamiento de los centros vegetativos, según HESS. No se trata de un punto en el sistema nervioso que, convenientemente estimulado, desencadena una función, sino de un área que ofrece un *espectro funcional*, según el modo de estimularse. Esto es lo que vemos realmente en clínica. Podríamos aplicar aquí los principios de la estructuración caracterológica de 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 magna del cual emergen ciertos ángulos, acentos o modos que forman el perfil caracterológico. Lo mismo ocurre en la patología psicósomática y en la patología de las neurosis. Si se analiza detenidamente el cuadro clínico, vemos regir el mismo principio de *acentuación estructural sintomatológico*. En primer plano estaría el dolor precordial, o el meteorismo, o la colitis, pero este síntoma prevalente va acompañado por otros que pertenecen a diversos sistemas. El enfermo que sufre de síntomas digestivos sufre también de cefaleas, neuralgias, opresión precordial, depresión, tristeza, etc. Cuando un síntoma se muestra muy destacado en primer plano, los demás se encuentran difuminados, como síntomas de fondo, pero permanecen. Existe un *espectro sintomatológico psicósomático* que ofrece evidentes analogías con el *espectro que se despliega en las experiencias sobre estímulos diencefálicos*, de HESS.

II. 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 y neurofisiólogos americanos la “vigilancia”. El “sistema reticular ac-

(1) Dejo aparte la dificultad de aplicar al hombre los resultados de las experiencias neurofisiológicas realizadas en animales y la insuficiencia que resulta del sólo examen de las piezas anatómicas. Bastará recordar, a este respecto, lo que ocurre con la patología del “pequeño mal”, según el propio JASPER. De todos modos, gracias a técnicas de implantación de electrodos que ha desarrollado, sobre todo, J. R. DELGADO, se pueden realizar en el hombre experiencias neurofisiológicas, abriendo un nuevo camino a la investigación.

“activador ascendente” es un sistema dinamógeno, que activa tónicamente la corteza cerebral. Un aumento de su actividad “despierta” la corteza, y viceversa. Esta función es la que, en otros términos, podría llamarse “tono vital”, como propuso EWALD. Los descensos y variaciones de ese tono vital pueden manifestarse en clínica de maneras muy diversas. Hay aquí todavía un extenso campo propuesto a la investigación. Piénsese, por una parte, en la escala que va de la vigilia al sueño. En esa escala podría, quizá, introducirse un eslabón que permitiese insertar el síndrome de despersonalización que tanta relación tiene con la patología psicósomática; 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 éste es el escollo fundamental de las correlaciones neurofisiológicas. La neurofisiología opera, quierase o no, con conceptos que provienen del mundo de la causalidad física. Su 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.

El tercer grupo de investigaciones neurofisiológicas importante, para la patología psicósomática, es la presunta localización de un centro de la conciencia. La bibliografía sobre el tema es abundantísima e imposible de referir. Lo importante es señalar la modificación que en los esquemas anteriores han aportado el descubrimiento del sistema reticular. Los clínicos y anatomopatólogos, desde TROMMER, venían afirmando la existencia de un centro regulador de la conciencia y de las funciones vigilia-sueño. Los estudios de ECONOMO, de KLEIST, de FOERSTER y GAGEL, y de tantos otros, confirman la primitiva idea. PENFIELD y CAIRNS, basándose en su experiencia en tumores del mesocéfalo y en lesiones hipotalámicas, insistían en el papel que las estructuras subcorticales desempeñan en el mantenimiento de la conciencia. PENFIELD sitúa el centro de la conciencia en el sistema centroencefálico, y considera que la corteza cerebral no es más que una cartoteca que recoge las experiencias, pero que está dirigida, controlada y regulada por el sistema centro-encefálico.

La formación reticular, el hipotálamo y el sistema límbico parecen estar íntimamente conectados con la regulación del sueño y la de la conciencia, así como de las emociones (HARRIS). Esto no quiere decir que no haya otras áreas cerebrales que tengan que ver con las emociones y que se hallen conectadas con las anteriores a través de circuitos reverberantes, los cuales aseguran la participación cortical, ya que ésta, en algún modo, es esencial en todos los procesos mentales. Algunas emociones de carácter primario se hallan conectadas con otras partes del cerebro: así, por ejemplo, el dolor tiene que ver con el núcleo talámico y con las proyecciones talamocorticales.

HIMWICH propone un nuevo término para designar el conjunto de aquellas estructuras cerebrales que tienen que ver con la emoción: el *timencéfalo* (thymencephalon). Fundamentalmente, comprendería la formación reticular, el hipotálamo y el circuito de PAPEZ, pero seguramente otras interconexiones tendrían que ver con él. NAUTA ha demostrado que existen fibras cuyo origen se

halla en los núcleos de BECHTEREV y GUDDEN, de la formación reticular mesocefálica, y de allí van al hipotálamo y al área septal, para ser distribuidas, eventualmente, a través del fórnix y del cíngulo en el hipocampo y en el girus cingulado. De estas áreas vuelven ciertas fibras a las estructuras nucleares de la formación reticular mesocefálica, completando de esa manera el circuito reverberativo. Por otra parte, la formación reticular mesocefálica envía fibras al circuito de PAPEZ por la vía del tubérculo olfatorio. ADEY piensa que existe una doble vía de comunicación entre el hipocampo y la formación reticular, a través del tálamo y del fórnix.

En resumen, el descubrimiento del sistema reticular por MAGOUN y sus colaboradores ha modificado los conocimientos que se tienen sobre las funciones corticales. El tronco cerebral se había considerado siempre como estación de paso entre la periferia y la corteza cerebral, aparte, naturalmente, sus funciones autónomas, como punto de origen de los pares craneales y de ciertas funciones vegetativas autónomas. La sustancia reticular ejerce un influjo activador de la corteza y, a su vez, puede ser inhibido por ella. El sistema reticular descendente consta de un sistema facilitador y de otro inhibidor. El sistema facilitador se sitúa lateralmente en la sustancia reticular del tronco cerebral y el sistema inhibidor se sitúa medialmente en el mismo tronco. En este sistema convergen impulsos del cerebro y —mediante colaterales— de las vías ascendentes. El sistema reticular espinal ejerce un control sobre el tono muscular, a través del sistema gammadotor de la medula, que regula las descargas aferentes de los husos musculares. El sistema reticular es un gran modulador del estado de excitación de la corteza y de la misma medula (GLEES).

En el Simposio de las Montañas Laurentinas, MORRISON apuntó la idea de que la toma de conciencia se establece cuando los tres sistemas, el sensorial clásico, el reticular y el centroencefálico se ponen "en fase": entonces es cuando aparece la plena conciencia del mundo exterior.

III. Desde CANNON se maneja en neurofisiología el concepto de *homeostasis*. Desde el punto de vista conceptual, los reflejos condicionados, la reacción de adaptación, de SEYLE, 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 la cual basó su fisiología Alberto HALLER. Una serie de trabajos de neurofisiología moderna reconocen 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 se produce por desadaptación provocada desde fuera, sino que también ésta, o sea el trastorno, puede provocarse *desde dentro*. Fácilmente se colige la trascendencia de este punto de vista.

Además, la homeostasis, como las tesis de los reflejos condicionados, implica demasiado la idea del organismo funcionando como *círculo cerrado*. En esta misma idea convergen muchas interpretaciones neurofisiológicas con otras psicoanalíticas. La idea de excitabilidad se completa con la del círculo 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 "Mangelwesen", reproduciendo, en otra forma, una idea bien anclada en cierto tipo de antropología filosófica (por ejemplo, el hombre como animal enfermo, en NIETSCHE). 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 con la vida misma. Los instintos animales son certeros, los instintos humanos inseguros. De ahí su mayor plasticidad. La apertura al mundo del 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 de la "impresión" ("Pragung"). 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 cuando menos apertura biológica tiene el sér; es decir, cuanto más "sér deficitario" De ahí la necesidad de conjugar, en *cada caso*, el principio de la *endogeneidad* con el del *desarrollo*.

IV. Es evidente el peligro de crear, a través de los nuevos descubrimientos neurofisiológicos, una nueva mitología cerebral que destruya unos ídolos para poner en su lugar a 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 y psicopatología a los problemas de la personalidad. La "persona profunda", desde KRAUS, está en relación con estas estructuras profundas. Hace algunos años yo mismo afirmé que la patología personal no es tanto una parología de la totalidad del sér, 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 MAC LEAN, 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*.

* * *

Sólo los graves trastornos endocrinos ejercen una acción unívoca sobre la vida psíquica. Por ejemplo, una hipotireosis grave y crónica produce lentitud de los procesos psíquicos, una hiposensibilidad al frío y una desintegración

de la personalidad, como en el *psicosíndrome orgánico*, descrito por BLEULER. Pero si se trata de una alteración endocrina leve los síntomas ya no son unívocos y varían mucho de unos enfermos a otros. Una enferma soporta un tratamiento cortisónico sin ninguna oscilación psíquica. Otros, por el contrario, se deprimen o son víctimas de una distimia irritable, etc. Es decir, los trastornos del equilibrio hormonal influyen sobre el psiquismo, pero esta influencia está *codeterminada* por otros factores correlativos: entre ellos figura, en primer plano, la propia estructura de la personalidad psíquica y la situación actual de la misma. Y es que los factores endocrinos actúan a través de ciertos centros cerebrales y la sensibilidad de éstos a la acción —como a los tóxicos y a los medicamentos— es muy variable según su estado. Claro es que si la acción es masiva, el resultado es más uniforme. El nivel de estrógeno en la sangre actúa sobre el centro sexual diencefálico, que, a su vez, muestra numerosas conexiones. El diencefalo actúa como un todo, con variantes en su acción, es decir, como ocurre en las tonalidades de la música sinfónica. Así, el resultado de la estimulación no depende del estímulo mismo, sino de un sistema receptor que se halla en estado de continua movilidad funcional.

Una crisis endocrina aguda produce un cuadro psicopatológico, como el llamado *síndrome exógeno*: delirios, estados crepusculares, letargia, estados precomatosos, etc. También se observa la misma uniformidad en los que presentan un *psicosíndrome orgánico*. BLEULER dice que la uniformidad con que se quejan de trastornos de la memoria los enfermos endocrinos es impresionante (acromegalia, Cushing, Adison, hipertiroidismo, etc.). En el *psicosíndrome endocrino* dominan las distimias y las alteraciones de los impulsos e instintos. En general, la hipersecreción de la corteza suprarrenal, del tiroides y de las gónadas produce una cierta estimulación, pero las excepciones son tan frecuentes como la regla. Los instintos se influyen tanto más por determinadas increciones cuanto más biológicas, o sea, cuanto más ligados a ciertas funciones corporales. Esto ocurre con la sed, con el hambre y el instinto sexual. Pero aun en éstos, la patología demuestra *cuánta distancia hay de la función biológica al acto humano*; reflexionemos, por ejemplo, con lo que ocurre con la impotencia sexual.

* * *

Para V. WEIZSAECKER, la medicina psicosomática sólo tiene razón de ser inserta en un plan general de reforma de la Medicina. Su máximo objetivo consiste en encontrar un sentido a los trastornos funcionales, en descifrar el lenguaje de lo orgánico. Cuando alguien registra la reacción vasomotora que se produce por un susto o por una alegría sugerida, hace psicofisiología. Está bien, pero no basta. Es necesario intentar comprender el sentido de ese susto o de esa alegría que se expresan mediante la regulación vasomotora. Entonces es cuando se introduce, en esa situación, de base científico-natural, el sujeto. Resulta útil saber la influencia de las psicosis de la vida en los sanatorios o en el ejército, sobre la tuberculosis; pero con eso no averiguamos cómo se materializa un conflicto interno o externo, los cuales no son responsables en un

proceso tuberculoso. Lo mismo podríamos decir del *ulcus*, de la *angina pectoris*, de la *tonsilitis*, etc.

Muchos pretenden que la realidad psíquica se ofrece desvelada y abierta y que basta sólo acercarse a ella para aprehenderla como con las manos. Muchos analizan el "suceder" corporal y dejan intacto el psíquico. La medicina psicosomática tiene que apelar a la psicología profunda o dejar de existir. Tanto los procesos corporales como los procesos psíquicos inconscientes se esconden ante la mirada de la conciencia; por tanto, los procesos inconscientes tienen que ser investigados con la misma acuidad que los corporales.

Cuerpo y psiquis no constituyen una unidad, pero andan juntos. Hay entre ellos una tendencia a la separación y a la unión. Las células se encuentran con las células, los órganos con los órganos, las personas con las personas. En cada encuentro nacen los trastornos que llamamos enfermedades.

En los trabajos que ha realizado la escuela de V. WEIZSAECKER encontramos un ejemplo de cómo se puede investigar el "encuentro" con la naturaleza y analizar sus manifestaciones físicas y psíquicas. En la investigación psicosomática no se trata de saber que también lo psíquico influye sobre lo corporal, sino de afirmar que en las enfermedades orgánicas también el cuerpo tiene algo que decir. Este decir es el que hay que descifrar. No se trata, pues, de una patología funcional, ni de averiguar la parte que en las enfermedades corporales desempeñan las regulaciones nerviosas.

La idea de causalidad es muy estrecha y problemática para abordar el problema psicosomático. V. WEIZSAECKER mismo no acepta la calificación de "angina psicógena", que BILZ introdujo para calificar los casos en los que una angina aparecía en una situación psíquica. "No hay manera de saber, dice, quién ha empezado, si la psiquis o el soma." No se puede tampoco afirmar, en un proceso así, la prevalencia del soma sobre la psiquis, o viceversa. No hay ninguna causalidad. Si se utiliza la expresión de psicogenia, con ello sólo se quiere señalar un hecho histórico, que consiste en que, en lugar de un trastorno psíquico, se ha presentado uno físico. La clínica de la migraña, de la angina de pecho, de los *colecistópatas*, demuestra con gran precisión como un fragmento de vida psíquica no vivida, en el amor o en el trabajo, si representa por un síntoma corporal. Esta función vicariante de lo corporal sobre lo psíquico, y viceversa, explica que la curación psicoterapéutica de una enfermedad orgánica provoque un estado en los límites de las psicosis. De la misma manera que hay una materialización de un conflicto, puede aparecer espiritualización cuando aquélla se disuelve. La psicoterapia de la enfermedad orgánica es una neo-producción de un conflicto.

La mitad de esta antilógica la expresa FREUD, con la frase: "was Es war, soll ich werden", que V. WEIZSAECKER completa con la siguiente: "was Ich war, soll Es werden." Todo proceso corporal: inflamación, hipertensión, hiperglucemia, adelgazamiento, edema, tiene que ser comprendido como símbolo, no como función. Toda psicoterapia, al mismo tiempo que hace consciente algo inconsciente, tiene que reprimir una parte de lo consciente. La enfermedad tiene el sentido de conducir al enfermo hacia el sentido de su vida. La medicina natural sólo le ha enseñado hasta ahora a mirar su invalidez.

MITSCHERLICH señala que la investigación psicosomática se despliega en dos direcciones: primera, la investigación empírica de las unidades psicofí-

sicas, o sea, una fisiología de los afectos y de los humores; segunda, el desarrollo empírico de una investigación comprensiva de los procesos expresivos patológicos. Es imposible obtener resultados valiosos de la fisiología experimental de las emociones, sin penetrar en el estudio del sustrato inconsciente de la emoción. La angustia no puede investigarse sólo en el laboratorio como un proceso de excitabilidad nerviosa, sino que es necesaria la colaboración del psiquiatra para establecer el balance afectivo de la persona. El psiquiatra, por el contrario, debe conocer los límites y posibilidades fisiológicas del lenguaje de los órganos, si quiere obtener conclusiones sobre la normalidad o anormalidad de la reacción.

El criterio de "curación" es decisivo, según MITSCHERLICH, para señalar la diferencia entre la medicina habitual y la medicina psicosomática. Las enfermedades son, es verdad, procesos anatómicos o funcionales que pueden retroceder o no; pero hay que buscar si tras esos "episodios" se esconde una problemática. Si esto es así, sólo podrá hablarse de curación cuando se alcance una modificación del carácter o de la conducta que permita una adecuada inserción de los síntomas en la estructura de la personalidad. El cuerpo es algo que se tiene al mismo tiempo que se es. Tener el cuerpo significa que las vivencias se expresan corporalmente de un modo total, definitivo, exhaustivo. La vivencia se transforma en suceso, en hecho, del mismo modo que ocurre en las acciones voluntarias; la diferencia está en que la mutación entre "excitante" y "reacción" se hace aquí en el plano inconsciente con su versión vegetativa. La elaboración inconsciente de la vivencia crea la situación reactiva que decide del curso favorable o desfavorable de la enfermedad. Los trabajos de PORTMANN, LORENZ y otros biólogos recientes, demuestran que existe en el sér una tendencia a la autorrepresentación orgánica; lo mismo afirma el psicoanálisis por lo que respecta a la vida vegetativa. Si un movimiento expresivo, ligado a un instinto, encuentra impedida o dificultada su manifestación, se produce "otro movimiento" que descarga la tensión interna. En el lenguaje psicoanalítico se habla de "desplazamiento" o sublimación.

Los factores inhibidores de la descarga instintiva proceden de los "tabús" sociales. Los conflictos críticos con el "tabú" se expresan en síntomas histericos: ataque de migraña, anginas o eczemas. El psiquiatra se queda sorprendido por la gran riqueza de ocurrencias del enfermo; a veces los síntomas pueden verse *in status nascendi*, durante la consulta. Esa posibilidad creadora de síntomas demuestra una libertad de acción del inconsciente. No son sólo las prohibiciones sociales las generadoras de síntomas, sino también la falta de modelos afectivos de reacción. En los momentos críticos, el "yo" capitula ante los problemas y el juego dramático se desplaza hacia el plano vegetativo. Hablar en estos casos de "lucidez en la enfermedad" sólo es verdad parcialmente, puesto que muchas veces un enfermo es capaz de una decisión vital después de una enfermedad, mientras que antes de ella se hallaba sumido en un estado de impotencia y de renunciamento. La enfermedad internamente se incluye en una unidad porque la inteligencia biológica elabora y domina lo que la otra inteligencia no puede hacer.

La cronicidad de las enfermedades constituye un problema especial. El *ulcus* de los viejos o su glaucoma no sólo son distintos patogenéticamente del

de los jóvenes, sino, sobre todo, psicosomáticamente; es decir, por su situación biográfica. En estos casos, tampoco la inteligencia biológica puede digerir el problema. El recurso al drama biológico es un intento fallido de superar una crisis personal. El peligro entonces consiste en la dehiscencia de la simultaneidad psicosomática y la provocación de una autonomía secundaria de los procesos orgánicos. En las enfermedades agudas, la investigación psicosomática tiene un interés teórico; pero en las crónicas es imprescindible la anamnesis biográfica. La cronicidad significa que en un momento de la vida se ha producido una frustración. La sintomatología neurótica es la primera solución de compromiso de la crisis. Las fuerzas libidinosas no integradas productivamente impiden la maduración de la personalidad y determinan su aislamiento social. Una enfermedad crónica se establece cuando la posibilidad de maduración personal se encuentra bloqueada. La conciencia de la crisis se reprime, mientras que el movimiento vital sigue su curso en busca de soluciones: así se engendran, en una primera fase, mecanismos neuróticos de defensa y, si no bastan, enfermedades orgánicas. MITSCHERLICH llama a este proceso, en dos etapas, "represión bifásica". Es curioso observar que el mismo despliegue bifásico se presenta en la recuperación; cuando desaparecen los síntomas orgánicos, aparece una "re-neurotización" transitoria.

Una insuficiencia de la antropología psicoanalítica radica en la ignorancia del papel desempeñado por la fantasía en la vida de los instintos. La instancia que falla en la trilogía ello-yo-super-yo, es la fantasía como actividad anímica inspiradora. Las acciones instintivas no tienen su objetivo prefijado, por la misma razón que el hombre no vive en un mundo circundante estable, sino en un mundo abierto que continuamente está proyectando. (Sobre la fantasía en la dinámica humana, véanse los fundamentales trabajos de VETTER y de KUNZ. MARGOLIN, desde otro punto de vista, también se encuentra atraído por el tema de la fantasía en los procesos psicosomáticos.)

MITSCHERLICH habla de la "simultaneidad psicosomática". SCHULTZ-HENCKE, de *psychosomatische gleichzeitigkeit*, SIEBECK y Th. v. UEXKULL utilizan conceptos tales como *Grundstimmung* y *Stimmung*, etc. Todos ellos parecen postular un fondo del cual emerja la sintomatología psicosomática. Ahora bien, ¿cuál puede ser este fondo común? A mi modo de ver, no puede ser más que uno que defina la situación existencial primordial. Se trata siempre de un estado de ánimo. De todos modos los estados de ánimo que sirven de base para la emergencia de trastornos neuróticos y psicosomáticos, el más típico es la angustia; pero no el único, sino que a su lado se alinean la náusea, el tedio, el vértigo, etc., etc. Estos vocablos, a pesar de estar tan anclados en el lenguaje, tienen una atmósfera anfibiológica. En primer término, la experiencia de los enfermos no es igual a la de los sanos: la angustia del enfermo no es cualitativamente la misma que la del sano. Lo mismo ocurre con los demás estados de ánimo. El enfermo muchas veces tiene una gran dificultad en expresar sus trastornos: "tengo una cosa cosa aquí, que va de aquí a aquí y se corre hacia allá". Esta expresión sin sentido revela la honda inefabilidad de esas experiencias. El síntoma es la expresión de la experiencia interna; por ejemplo, la cefalea. El análisis vivencial de lo que siente el enfermo cuando dice que le duele la cabeza, permite descubrir que no se trata de dolor, sino de una forma de angustia.

* * *

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 tensión es metafísica, en el sentido de Nicolai HARTMANN? La patología psicosomática, frente a una realidad clínica, constituiría un error plantearla como un problema metafísico, en vez de tratar de aproximarse a ella por el mayor número de planos posibles.

1.º *La versión de lo psíquico a lo somático no es equipotencial*; se trata del paso de un estrato del sér 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 retroconvertible.

La experiencia clínica demuestra que no es así. Hay enfermedades en que el factor psicológico actúa provocándolas, 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 está presente en un juicio contra su marido. En el momento en que se pronuncia la sentencia de muerte contra él, en un gesto de horror, gira la cabeza separándose del Tribunal y del acusado, como para no verles. Desde entonces se instaura un tic, sobre cuya psicogenia no había duda al principio. 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 independientemente del trauma psíquico que lo provocó.

En otro caso se trataba de una mujer casada, de cuarenta años, esposa de un empleado que, en ascenso ordinario en su carrera, es trasladado de Barcelona a Madrid. A la esposa no le gustaba el traslado. Había nacido en Barcelona, su padre vivía allí, etc., 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 este 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 muco-membranosa, etc., aparecen con determinados síntomas psíquicos, pero la revelación de todos los traumas conscientes e inconscientes de esa situación no basta para hacer ver la persistencia del trastorno, sino que éste sigue ya autónomamente establecido. A este tipo espe-

cial de acción psíquica propongo llamar *catagénesis*, en lugar de psicogénesis.

2.º *Los trastornos psicósomáticos tienen un carácter evolutivo* sobre el que conviene insistir.

En primer término, pueden aparecer en una situación aguda, en una verdadera crisis. La crisis se muestra muy rica en síntomas. Durante el curso clínico se ve cómo los síntomas van disminuyendo en intensidad. Tal disminución tiene, además, un carácter especial, ya que se hace, sobre todo, en la carga afectiva de los mismos; es decir, en su carácter de "sufrimiento". Por ejemplo, una crisis aguda angustiosa, acompañada de opresión, palpitaciones, inseguridad, etcétera.

De todo el gran complejo sintomatológico queda, sin embargo, algún síntoma que tiene carácter más persistente. Estos síntomas, además, se sitúan más lejos, periféricamente en la esfera de las vivencias. La distancia del "yo" tiene tendencia a objetivarse. Este es un proceso de *alotropía* del síntoma. En la transformación de un cuadro agudo en un cuadro crónico, de carácter hipocóndrico, tal evolución se ve muy claramente.

* * *

Con el nombre de *reacción cristalizada* he descrito el siguiente hecho en la patología de la vitalidad: en un determinado sujeto se halla su vitalidad en equilibrio aparente, pero inestable; apenas él mismo lo percibe, aunque ligeros barruntos de su inestabilidad vital llegan a su yo. Una impresión fuerte cuaja la inestabilidad y provoca una perturbación permanente; por ejemplo, una noticia triste provoca una depresión que sólo aparentemente es reactiva. La prueba de que no se trata de una depresión reactiva la suministran dos hechos: primero, la depresión persiste, a pesar de que cesa el motivo determinante; segundo, a medida que pasa el tiempo el depresivo se olvida del motivo de su presión y los contenidos de la misma son los mismos que caracterizan las depresiones vitales (pesimismo, malestar, desesperación, sentimiento de culpabilidad, etc.). Estas son las depresiones clásicamente llamadas "depresiones provocadas". Con mayor claridad se ve todavía esta cristalización de la vitalidad perturbada en las timopatías ansiosas.

El mismo fenómeno de cristalización que existe en la transformación de una tristeza o angustia reactiva en una tristeza o angustia endógena, existe en el sector somático. El trastorno que subyace a toda la sintomatología timopática se halla en estado latente y cualquier hecho, una exploración misma, es capaz de desencadenarlo. "En junio de 1944, a consecuencia de un disgusto, empecé a notar dolores de cabeza al toser. El médico me inyectó agua fría en los oídos y desde entonces comencé con los mareos. Nunca he perdido el conocimiento, nunca me caí, era como una sensación de inseguridad." El enfermo completa su sintomatología con una larga lista en la cual emergen la tristeza, el mal humor, la ansiedad. La enfermedad evoluciona físicamente y remite con el tratamiento adecuado. Las exploraciones, siempre negativas, incluso las otológicas. En casos como éste es posible pensar en que el estímulo ha actuado fijando psicógenamente el trastorno; pero no debe excluirse la posibilidad de que el

trastorno funcional latente cristalice sintomatológicamente por la influencia desencadenante: el estímulo.

De todos modos, esta explicación no es exhaustiva. En los primeros días o, precisando más en el primer día de la depresión, un sujeto sufre una larga serie de vivencias; de entre todas éstas una es precisamente aquella a la que queda anudado el contenido depresivo. Un análisis cuidadoso pone de manifiesto los motivos por los que tal vivencia pudo ser elegida, pero en algunos casos todavía queda un fondo enigmático. Indudablemente, en estos casos, podrá ser una vivencia con especiales resonancias en el subconsciente del individuo; pero, ¿puede desecharse totalmente la idea de una coincidencia casual? V. WEIZSÄCKER rechaza de plano esta idea. En un destino individual todo se halla enlazado y el azar puro no juega sino se engarza en la propia línea del destino. Yo no me hallo tan absolutamente persuadido de ello.

* * *

En el análisis de la situación psicosomática, desde el punto de vista antropológico, el primer problema que se plantea 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, V. WEIZSÄCKER, PLÜGE, G. MARCEL, MERLEAU-PONTY, ZUTT, BUJTENDIK); yo mismo he publicado varios trabajos sobre el tema.

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, FÖRSTER, siguiendo a WERNICKE, pensaba en una destrucción de la "somato-psiique", es decir, una asomatognosia general elemental. La somato-psiique 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 el 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. DENY y CAMUS emitieron una teoría parecida: también para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un *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 y 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 Gabriel 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. Entonces, ¿cómo compaginar esta experiencia única con las experiencias localizadas, anteriormente citadas, como el caso de la epilepsia, de las anosognosias parciales, etc.?

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. En el caso antes citado, el enfermo notaba la extrañeza de la mano, precisamente porque allí estaba la actividad del sujeto en aquel momento.

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 situada 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 desesperación 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 *déja 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 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.

Un problema muy interesante en el dinamismo de las correlaciones psicósomáticas es el que podríamos designar con el nombre de *tendencia a la objetivación del trastorno* a partir de la crisis angustiosa. Esta tendencia se muestra tanto en el plano psiquiátrico como en el somático, demostrando una vez más el carácter unitario y dual de la crisis angustiosa. Psicopatológicamente la crisis se vive con amenaza de la disolución del yo. En este momento emergen los instintos y las defensas contra los mismos, constituyéndose de esta suerte las fobias. La fobia supone la existencia de un proceso de objetivación. En la fobia, el enfermo tiene la vivencia de algo extraño a él, que se le impone y contra lo cual lucha: un cuerpo extraño que se le ha incrustado en su psiquismo. En la crisis, pues, ha habido un proceso de desintegración de complejos que han captado una cierta fuerza autónoma, como satélites desprendidos de la unidad de la personalidad. Cuando la angustia se entroniza, los satélites adquieren mayor relieve e importancia y la angustia pasa de ser una vivencia manifiesta a un estado latente, con emisión continua de radiaciones energéticas que permiten a los satélites —impulsos, obsesiones, fobias— seguir recorriendo sus órbitas propias.

Esto mismo pasa en lo somático. La crisis angustiosa va acompañada de una serie de fenómenos que son proyecciones de la misma sobre los planos somático y visceral. Durante la crisis están todos allí prestos a desprenderse; pero una vez pasada su agudeza, vuelven a ser reabsorbidos y el sujeto siente

su cuerpo como lo siente el sano; es decir, sin parar mientes en sus mecanismos, sin saber casi que los posee. Pero si la crisis persiste, *también en lo somático existe esa tendencia a la objetivación que hemos señalado en lo psíquico*. El trastorno, taquicardia, alteración respiratoria, parestesia, etc., que realmente pertenece al sujeto, parece para el mismo como si se convirtiera en objeto, en cosas. De esta autonomía de los síntomas viscerales y vegetativos surgen las neurosis orgánicas.

En la neurosis orgánica o visceral se desprende un complejo sintomático, formando una unidad autónoma. Si se investigan las causas con precisión, a menudo se tropieza con el resto de la sintomatología de la crisis inicial. El enfermo que está angustiado por sus palpitaciones o su opresión precordial tiene, además ligeras sensaciones vertiginosas u otros trastornos. Solo que éstos quedan en el fondo borrados y casi desaparecidos. En algunos, la autonomía de la sintomatología visceral sería absoluta, si no fuese por la penumbra angustiosa que la rodea.

Este proceso de formación de una península sintomatológica es análogo al que ocurre con las obsesiones y constituye sin duda alguna, una ley general de la patología de la vitalidad. Y quizá más general todavía LOTMAR, para interpretar los síntomas que aparecen en muchas enfermedades extrapiramidales, habla del aumento de excitación de ciertos núcleos (pálido, cuerpo de LUYS, etcétera), por su aislamiento de los demás. El proceso patológico corta las corrientes que establecen los circuitos funcionales entre unos núcleos y otros. El núcleo aislado queda en morbosa hiperactividad.

La crisis de angustia es, en el fondo, una desintegración percibida a un tiempo en el plano psíquico y en el cenestésico. Un estudiante relataba su crisis de la siguiente manera: lo primero que sentía es que, al tocarse a sí mismo, por ejemplo, al cruzar las manos, tenía una sensación especial distinta de la táctil habitual, algo así como si no tuviera piel. Después sentía como una tendencia al desvanecimiento, pero de una forma rara y especial. Más bien es como si fuera a salirse de sí mismo, a desdoblarse. Inmeditamente después le aparecían ya la taquicardia con la ansiedad o cualquiera otro de los síntomas suyos vegetativos. Al final le quedaba una gran sensación de quebrantamiento.

En resumen, la dinámica psicósomática puede ahora darse 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 psicósomática 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 substanciales? ¿Desde un punto de vista radical, substancial suponen 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 se sitúe el investigador.

A mi entender, 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 psico-somático,

como afirma HAEBERLIN. El cuerpo humano tiene un carácter intencional. *La intencionalidad atribuida a la vida psíquica es realmente intencionalidad de todo el sér*, 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 psico-somático 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.

Dejo para otra ocasión algunos aspectos del problema de la especificidad de los trastornos psicosomáticos. Pasando revista a los dinamismos anteriormente citados y confrontándose 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 V. WEISZAËCKER. Pero al ligar un determinado órgano con un determinado conflicto tropieza, muchas veces, con un hecho clínico evidente; la transformabilidad, por así decirlo, de muchos trastornos psicosomáticos; un enfermo sufre, en un momento de su vida, de crisis asmática, 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 psico-somática, 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 aun antes, en pleno desarrollo fetal, como pretende GRENACLE.

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 psicosomático existe un subsuelo común, una alteración en la estructura primaria del sér, que cristaliza después en alteraciones clínicas claras. También alude a la posibilidad de que existan estructuras o formas vitales que subyazcan 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 manifiesta en los bronquios. La investigación psicosomática tendrá que buscar

en el futuro con más ahínco 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.

The Target Symptom in the Treatment of Depression

By J. [Name] M.D.

THE PRESENT PROGRESS in the treatment of depression is a subject of increasing importance. The aim of this paper is to discuss the target symptom in the treatment of depression, and to suggest some methods of treatment which may be of value in the management of this condition.

The target symptom in the treatment of depression is the symptom which is most distressing to the patient, and which is most likely to be relieved by treatment. This symptom may be a symptom of depression, or it may be a symptom of a physical condition which is associated with depression. The target symptom may be a symptom of depression, such as a loss of interest in life, a loss of energy, or a loss of ability to concentrate. It may be a symptom of a physical condition, such as a headache, a stomach ache, or a backache. The target symptom may be a symptom of a physical condition which is associated with depression, such as a loss of interest in life, a loss of energy, or a loss of ability to concentrate.

The target symptom in the treatment of depression is the symptom which is most distressing to the patient, and which is most likely to be relieved by treatment. This symptom may be a symptom of depression, or it may be a symptom of a physical condition which is associated with depression. The target symptom may be a symptom of depression, such as a loss of interest in life, a loss of energy, or a loss of ability to concentrate. It may be a symptom of a physical condition, such as a headache, a stomach ache, or a backache. The target symptom may be a symptom of a physical condition which is associated with depression, such as a loss of interest in life, a loss of energy, or a loss of ability to concentrate.

Faint, illegible text at the top of the page, possibly bleed-through from the reverse side.