

der Patienten herbeiführt, erhöht zwar die Kupferausscheidung im Urin, aber nicht die der Aminosäuren. Dagegen führt die Verabreichung von ACTH, die keinerlei klinische Veränderung hervorruft, zu einer vermehrten Aminosäureausscheidung, nicht aber des Kupfers.

### RÉSUMÉ

Les auteurs étudient soigneusement deux cas de dégénération hépatolenticulaire chez deux frères; chez un des deux on fait; biopsie hépatique et étude histologique du foie. Les AA. confirment l'aminoacidurie élevée chez ces malades, ainsi que chez un troisième, frère, qui n'a pas encore de symptômes neurologiques. Ils observent également l'élimination urinaire de plomb, en quantités supérieures aux normales. Ils étudient la fonction rénale de ces deux malades pour faire la comparaison avec le syndrome de Faneoni ne trouvant qu'une ressemblance avec celui-ci, en ce qui concerne l'aminoacidurie, augmentation de la fonction ammonio-poïétique et augmentation de la phosphatase alcaline du sérum.

Les auteurs ne croient pas que dans leurs cas il existe une lésion rénale qui expliquerait l'aminoacidurie. Probablement le cuivre ne s'élimine pas avec les aminoacides puisque le traitement avec BAL, qui produit une évidente amélioration clinique chez les malades, augmente l'élimination urinaire de cuivre et non celle des aminoacides. Par contre, l'administration de ACTH qui n'a pas de répercussion sur l'état clinique, n'augmente pas l'élimination de cuivre mais oui celle des aminoacides.

del cuerpo humano y sobre ella asientan las otras dos capas restantes. En la época fisiológico-anatómica y elementalista se la consideraba como una suma de tejidos y órganos con sus correspondientes funciones, tomándose en cuenta tan sólo los sumandos con exclusión de interrelación; correspondía esta tesis a la Patología celular de VIRCHOW, según la cual el rendimiento biológico era el producto de la función de un substrato anatómico. Para la moderna biología, a esta división en órganos y funciones debe preceder el concepto de totalidad, siendo, por consiguiente, el rendimiento biológico de un órgano función del rendimiento de todo el organismo. El modo de ocurrir los fenómenos en este estrato está sujeto a leyes deterministas, de forma que iguales causas, en igualdad de circunstancias, conducen a los mismos efectos.

*Capa anímica.*—En ella incluimos la vida afectivo-instintiva, los impulsos y los sentimientos; esta capa se entronca, por una parte, con la capa corporal; por otra, con la espiritual; las características que determinan el temperamento también asientan en esta capa anímica. En ella los fenómenos ya no se desarrollan con arreglo a leyes deterministas, sino que deben comprenderse a través de leyes o modos de hacer instintivo.

*Capa espiritual.*—Solamente la posee el hombre y es la más elevada de las tres; se incluyen en ella los fenómenos senso-perceptivos, la razón y la voluntad; constituye, en resumen, el yo personal. Todo cuanto acontece en esta capa se rige por las leyes racionales y lógicas; los efectos tienen una independencia absoluta; no operan las leyes deterministas ni las afectivo-instintivas.

Es preciso decir que estas capas no se hallan aisladas, sino que constituyen siempre una unidad, armónica en el sano y disarmónica en el enfermo; cada una de ellas funciona sobre la potencia que le proporciona la inferior dirigida por la superior. Teniendo en cuenta que todos los estratos están al servicio de la vida, es fácil comprender que predominará uno u otro, según sea la actividad que se desarrolle. Y si, en un momento dado, lleva la primacía una capa que no debiera llevarla, se originan alteraciones típicas, verbigracia, la deformación de la lógica por razonar a través de la capa anímica cuando debiera hacerlo la espiritual. En el caso inverso, tenemos una conducta afectivamente fría cuando la situación emocional se interpreta a través de la espiritual, inhibiéndose lo anímico. Ocurre lo mismo cuando la razón, por deducciones erróneas, impone al soma actividades no adecuadas al estado del mismo.

*Mundo circundante.*—El hombre no está solo, no vive aislado, se halla rodeado de un "medio externo", transurre su vida inmerso en el mundo; a este mundo circundante, al establecer con el hombre relaciones de influencia mutua, he-

## MEDICINA PSICOSOMATICA

### Generalidades.

V. PLANAS HEVIA y R. HEVIA MOLL.

Internista.

Neuropsiquiatra.

Palma de Mallorca.

Antes de adentrarnos en el estudio de los problemas que encierra la Medicina psicosomática (M. P.), es preciso aclarar algunas cuestiones previas.

Siguiendo a MONTSERRAT, al hombre (en sentido psicológico, no metafísico) se le puede considerar constituido por tres capas: la primera, es la somática o corporal; la segunda, la anímica, que comprende cuanto se refiere a afectividad e instinto; la tercera, la capa espiritual, donde operan la razón y la voluntad.

*Capa somática.*—Comprende todo el conjunto

mos de asignarle el valor de una cuarta capa. El mundo en el cual vive el hombre puede ser dividido en dos formas, según el modo de influir en el ser humano: Mundo perceptible y mundo efectivo. El primero actúa sobre la capa espiritual, aunque secundariamente se originen cambios somáticos, verbigracia, unas palabras que provocan una emoción y al mismo tiempo una modificación del equilibrio neuroendocrino. El segundo actúa sobre la capa corporal o somática de una manera directa: es el caso de las radiaciones ultravioletas no perceptibles.

Al considerar al hombre dividido en tres capas y sumergido activamente en su mundo circundante, tenemos de él una visión totalitaria y personalista; si es en un momento dado de su vida, lo contemplamos como en un corte transversal, y esta contemplación "transversal" es incompleta; al esquema hemos de añadir el factor tiempo, hemos de captar al hombre como ser que ha vivido un pasado y que proyecta un futuro, es decir, hemos de tener una visión histórica, longitudinal, dinámica y genética de la personalidad humana.

### I. EVOLUCIÓN Y CONCEPTO DE LA M. P.

**Evolución.** — La Medicina, desde que existe en la Historia de las Civilizaciones, ha sido siempre psicosomática. Desde los tiempos más antiguos se viene valorando la influencia de la psique sobre las enfermedades; muy significativa es la frase de SÓCRATES: "En un aspecto los bárbaros Tracios están más adelantados que nosotros: en saber que el cuerpo no puede ser curado sin curar el alma; tal es la razón por la que los médicos de la Hélade desconocen la cura de muchas enfermedades: porque ignoran al hombre como un todo."

Desde entonces, hasta últimos del siglo pasado, se practicó la M. P. de una forma empírica, es decir, la Medicina era psicosomática, pero no lo era la Patología. NÓVOA SANTOS, el gran clínico español, escribió a principios de siglo: "Physis y Psiquis", consagrando gran parte de sus actividades a estudiar el influjo de la psique sobre el soma. LETAMENDI, otra gran figura de la Medicina española, decía festivamente: "A la medicina humana le falta hombre y le sobra rana." El adjetivo "psicosomático", al referirnos al movimiento médico actual, debe calificar, no la Medicina, sino la Patología. Y ¿cómo ha surgido este cambio de frente en la Historia de la Medicina? Podemos decir, con LAÍN ENTRALGO, que FREUD ha sido el posibilitador de la M. P.; antes de FREUD la psicología estudiaba la vida psíquica desde un punto de vista descriptivo y estático; se establecían leyes que rigieran la memoria; descomponía los procesos sensoperceptivos e intentaba medirlos; clasificaba los afectos y sentimientos y marcaba los límites de la voluntad y de las tendencias; FREUD vino a decirnos que todo esto no era sino

un telón, tras del cual se desarrollaba la auténtica actividad psicológica; asignó a los procesos psíquicos una determinada energía, en virtud de la cual y subconscientemente se ponen en marcha gran número de mecanismos psíquicos. Por este camino, adentrándose en el estudio de las neurosis, se fué acercando a un hecho capital: el de que una determinada situación psíquica, la mayor parte de las veces "inconsciente", podía provocar la presentación de trastornos en el área de lo corporal, en el terreno de lo somático; de ahí, pues, que, al estar en presencia de un trastorno somático, pueda pensarse si en su aparición ha participado un acontecimiento psíquico, aun inconsciente. Esta interrelación, que vino a demostrarnos el psicoanálisis, es más importante todavía si se piensa que a través de ella se percibe al hombre como unidad psicofísica. FREUD nos lega una actitud antropológica que no sólo debe ser orientada al terreno de las neurosis, sino al de toda la Patología Orgánica.

A partir de FREUD han de distinguirse dos ramas, dos modos de comprender y de practicar la M. P.: la interpretación europea y la interpretación norteamericana. En su versión europea, la M. P. ha hecho lo posible por apartarse de FREUD. Incluso el libro de SCHWARTZ publicado en España en 1932, y cuya parte clínica tiene una orientación francamente psicoanalítica, tiene un contenido teórico muy distinto. Las tesis psicosomáticas germanas se derivan de los conceptos generales que BERGMANN desarrolla sobre Patología Funcional; a través de esta Patología Funcional podemos explicarnos la forma en que la psique puede influir sobre el soma; la psique actuaría, en un primer estadio, sobre el sistema endocrino o neurovegetativo, provocando alteraciones funcionales que más tarde pueden convertirse en orgánicas; y si a esto se añade la consideración del factor "personal", esta Medicina poseerá la amplitud y la flexibilidad que requiere la condición humana (SIEBECK, KREHL, BERGMANN y colaboradores). Von WEIZSAECKER, máximo representante de la M. P. europea de nuestros días, recoge las precedentes ideas y distingue en el conjunto de la M. P. dos conceptos: uno que abarca cuanto hace referencia a la interrelación psique-soma, y otro que concierne a la propiamente llamada Medicina Antropológica, es decir, la consideración de la enfermedad desde un punto de vista personal del hombre enfermo.

Para la realización de esta M. P. personal parte WEIZSAECKER del concepto de que la enfermedad forma parte de la biografía del sujeto, se halla engarzada en ella, no como una adición, sino como parte integrante del curso vital de cada individuo; la Historia Clínica es, pues, una anamnesis biográfica y sólo desde este punto de vista podrían comprenderse muchas enfermedades de un modo auténtico. WEIZ-

SAECKER busca el fundamento filosófico de los conceptos que hasta ahora usábamos al tratar de los fenómenos biopsíquicos y postula que la M. P. se base en aquéllos. De ahí pasa a una Medicina Antropológica y, posteriormente, a una Antropología Médica.

La M. P. en los Estados Unidos ha navegado por rumbos muy distintos, y se le pueden asignar dos caracteres fundamentales: rápida y enorme difusión y su casi constante sumisión a los principios psicoanalíticos.

La M. P. se introdujo en los Estados Unidos a consecuencia del problema planteado a la Sanidad Militar en el curso de la última guerra por el enorme número de bajas debidas a neurosis o reacciones psicológicas anormales. Dos factores pueden invocarse para explicar esta pléthora de neuróticos de guerra: por una parte, el agudo contraste entre el medio ambiente militar y el tipo de vida civil del norteamericano; por otra, la ignorancia de sus médicos en cuanto a cuestiones psicológicas. Como consecuencia de estos problemas a resolver, la Medicina americana se lanzó a su dilucidación con el dinamismo que la caracteriza, participando en la campaña no solamente los médicos, sino también la Prensa con su extraordinario poder de convencimiento; en resumen, podemos esquematizar que la rápida difusión de la M. P. en Norteamérica ha tenido como apoyos fundamentales:

a) El marcado aumento de las enfermedades crónicas y nerviosas, derivado en parte de los avances de la terapéutica y en parte del tipo de vida americano.

b) La fácil penetración del psicoanálisis, favorecida no sólo por la presencia de sus defensores germanos exiliados, sino por la aparente sencillez y mecanicismo de la teórica psicoanalítica, tan apropiada al modo de pensar del norteamericano.

c) La tendencia de la Medicina experimental a la investigación de los aspectos somáticos de la vida emocional.

d) El conductismo, base del sentir psicológico americano, que favorecía el desarrollo de lo señalado en los apartados b y c.

e) Falta de sentido de la vida por ausencia de creencias morales y, por consiguiente, verse precisados a recurrir al psicoanálisis para resolver los problemas éticos cotidianos.

La obra de DUNBAR y la aparición de la revista "Psychosomatic Medicine" constituyen el inicio de la época que podríamos llamar científica de la M. P. americana.

*Concepto de la M. P.*—Transcrito anteriormente lo que entiende WEIZSAECKER por M. P., pasaremos brevemente a definir lo que entienden por tal otros autores.

LAÍN ENTRALGO considera la M. P. según dos acepciones: una, superficial o inmediata, el estudio de la enfermedad en los dos aspectos de su realización, el psíquico y el somático; otra,

mediata y plenaria, la consideración científica de las afecciones morbosas del hombre, conforme a la índole personal de su realidad psicofísica.

Para JIMÉNEZ DÍAZ, la M. P. recoge los síntomas físicos y psíquicos y los valora respectivamente.

LÓPEZ IBOR cree que la M. P. estudia el influjo psíquico sobre las enfermedades somáticas con propósitos terapéuticos y, junto a estos casos, se ocupa de los que tienen una raíz psíquica.

CHRISTIAN, en el Tratado de OSLER, afirma que la M. P. se ocupa en valorar los mecanismos físicos y psíquicos que influyen en cada paciente y cómo actúan ambos factores entre sí y sobre el paciente como persona.

El editorial del primer número de la revista norteamericana "Psychosomatic Medicine" dice: "Los fenómenos somáticos y psíquicos tienen lugar en un mismo sistema biológico y son dos aspectos del mismo proceso."

DUNBAR señala, en fecha posterior, que el criterio de salud psicosomática es el mantenimiento, por el organismo, del equilibrio homeostático dentro de sí y respecto del ambiente.

LELAND E. HINSIE considera el término "psicosomático" como un convencionalismo para indicar el órgano afectado, origen de un determinado síndrome cuyos efectos se extienden por todo el organismo; de la misma forma podría hablarse de "cardiosomático", "neumosomático", etc.

Después de haber considerado los diversos conceptos que de la M. P. tienen una serie de autores, nos creemos en la obligación de exponer nuestro punto de vista para mejor interpretación del presente trabajo.

Nosotros nos identificamos con el concepto que de M. P. tiene JIMÉNEZ DÍAZ citado más arriba. Creemos que esta M. P. ha de practicarse en todos los enfermos sea cual fuere su enfermedad, y por todos los médicos sea cual fuere la especialidad que cultiven, puesto que la psique y el mundo ambiente siempre influyen en mayor o menor cuantía sobre el curso de las enfermedades, y, en ocasiones, serán el "primum movens" de ellas. Esta M. P. es también Medicina antropológica por ocuparse de la psique y del mundo ambiente, que en definitiva es considerar al hombre como persona.

Este concepto de M. P. no menosprecia, en absoluto, ni la anatomía patológica, ni la fisiopatología, ni la etiología, etc., etc., estudiadas en la Patología Médica, sino que amplía sus puntos de vista, introduciendo otros factores etiológicos y terapéuticos. De ahí que esta M. P. sea constructiva y se pueda llevar a la práctica cotidiana, adoleciendo de lo contrario la M. P. practicada por ciertos sectores norteamericanos, que pretenden aplicar leyes psicoanalíticas (no demostradas en gran parte) a gran número de procesos patológicos somáticos, explicables

de forma mucho más convincente por leyes biológicas que, hasta la fecha, parecen inconmovibles, o como hace la escuela de WEIZSAECKER, basándose en un sistema filosófico propio y con una especial terminología, con el cual pretende explicar filosóficamente procesos biológicos.

No nos atrevemos a afirmar que el contenido de estas dos últimas doctrinas sea completamente falso, ya que en algún tipo de enfermos es necesario y útil seguir sus directrices.

## II. NECESIDAD CLÍNICA DE LA M. P.

Es necesario tratar de inculcar por todos los medios posibles el concepto de que la M. P., en su sentido clínico, no es una moda más, sino una necesidad, como trataremos de demostrar, sin pretender crear un nuevo especialista, el psicosomático, lo cual sería un absurdo.

La M. P. es necesaria por:

1.<sup>o</sup> Siendo una realidad por todos admitida la unión psicofísica del hombre, no podemos dejar de practicar la M. P. sin pecar de ilógicos.

Al entablar relación con un individuo, de una manera consciente o inconsciente nos formamos de él una idea unitaria psicofísica; vemos su aspecto corporal general (normal o anormal), sus facciones que traducirán tristeza, indiferencia, alegría, espanto, sorpresa, angustia, etc., etc.; estas últimas impresiones se ampliarán al darnos cuenta de su mimética expresiva, de la entonación de su voz, de la manera de expresar sus ideas y por el contenido de estas últimas; a esto uniremos, si es posible, el conocimiento de su familia, profesión, hogar, en una palabra, todo cuanto constituye su mundo ambiente. Si nos formamos esta idea psicofísica del hombre sano, consciente o inconscientemente nos la formamos del enfermo; ahora bien, en este caso debe ser siempre consciente y se le debe dar, además, su justo valor.

2.<sup>o</sup> En el ejercicio de nuestra profesión, una de las primeras premisas es hacer un diagnóstico lo más certero posible, y si queremos ser sinceros, gran número de los enfermos que acuden al internista no pueden ser incluidos nosográficamente en la Patología Médica. Algunos especialistas se limitan ordinariamente a constatar el estado de los órganos o sistemas que conciernen a su especialidad; de haber normalidad en éstos, consideran concluida su labor. Para que esta labor no resulte incompleta es necesario averiguar si las molestias que aqueja el enfermo, en la parte del organismo correspondiente al sector de la medicina que cultiva, pueden ser secundarias a anomalías de otra región de la economía; si así procede, dejará de ser especialista en sentido limitado, convirtiéndose en internista; pero aun actuando de esta forma, quedará un grupo de enfermos sin clasificar; estos enfermos eran y son etiquetados, en muchos servicios, de los más diversos procesos funcionales, diagnósticos co-

rrectos en algunas ocasiones, desde un punto de vista fisiopatológico, pero erróneos o incompletos etiológicamente hablando. No criticamos nosotros este noble afán de querer afinar lo más posible en el diagnóstico, por llevar implícito una preocupación e inquietud por lo que a la Medicina concierne y tratar de beneficiar al enfermo. Sin diagnóstico, siquiera sea éste de orientación, es imposible, en conciencia, poder instaurar una terapéutica con probabilidades de lograr su objetivo. Si se ejerce la Medicina en sentido psicosomático, enfermos que no podían ser diagnosticados, por correr el presunto diagnóstico el peligro de no poder resistir una severa crítica, podrán ser orientados y lo serán objetivamente por ampliarse la constelación etiológica; no habrá significado este cambio de etiqueta un mero traspaso, sino que este nuevo enfoque ya podrá responder a una crítica y acallará la inquietud de conciencia que en muchos casos experimentábamos al hacer ciertos diagnósticos.

3.<sup>o</sup> Todavía es más necesario el ejercicio de la M. P. en el plano de la terapéutica. Hay enfermos que consultan a numerosos especialistas, por estar hoy la Medicina tan subdividida, sin encontrar remedio a sus males, sometiéndose incluso a múltiples intervenciones quirúrgicas, que convierten sus cuerpos en un verdadero muestrario de cicatrices; a estos enfermos sólo los puede salvar una terapéutica especializada dirigida a dominar las causas o motivos psíquicos. El retraso en su implantación no sólo constituye una pérdida de tiempo y un gran dispendio económico, sino que, a consecuencia del falso enfoque, se contribuye a aumentar la somatización de los síntomas y a fijar más profundamente las causas o motivos psíquicos, creando además en el enfermo una postura hostil frente al médico y a la terapéutica, desengañado por los continuos fracasos de ésta.

4.<sup>o</sup> La práctica de la M. P. es además necesaria por las circunstancias del mundo actual, en el cual se van multiplicando a diario los traumas psíquicos como las emociones, preocupaciones y peligros, consecuencia del "vivir en crisis" y de los progresos técnicos de todo orden, juntamente con la excesiva vulgarización de los problemas médicos y la relajación de costumbres. Esta necesidad, pues, tendrá diversos matices en las diferentes esferas sociales y países.

## III. DIFICULTADES PARA LA PRÁCTICA DE LA M. P.

### 1.—*Falta de preparación del médico.*

A) Por no proceder sistemáticamente el internista a la investigación de la posible existencia de síntomas psíquicos y a la también posible psicogenia de los somáticos. El psiquiatra

a su vez, en ocasiones, no presta la debida atención a los síntomas somáticos.

B) El internista no está capacitado, en el momento actual, para la justa valoración de los síntomas psíquicos, así como para descubrir o valorar la psicogenia de los somáticos, tampoco para aquilatar la influencia que puedan tener las condiciones ambientales sobre el desarrollo de las enfermedades; finalmente, no será capaz de instaurar una terapéutica especializada psiquiátrica. Y a su vez el psiquiatra, de ordinario, no podrá valorar y tratar justamente los síntomas somáticos.

A pesar de la falta de preparación aludida, se practica la M. P. de un modo eficiente en los enfermos exclusivamente somáticos y exclusivamente psíquicos siempre que se estudie correctamente al enfermo y se adopte una postura humana frente al mismo.

## 2.—*Falta de preparación del público.*

Otro escollo para la realización de la M. P. lo constituye la ignorancia del público respecto a estos problemas. No sucede en España lo que ocurrió en los Estados Unidos, donde los enfermos, por conocer los problemas psicosomáticos a través de los diversos medios de divulgación, esperaban de sus médicos una actuación en este sentido. En nuestro país, es el médico quien no encuentra a sus enfermos preparados para su estudio psicosomático; en general, los enfermos no comprenden cómo síntomas que creen orgánicos pueden ser motivados o ser influenciados por factores psicógenos; casi es una ofensa, para algunos, enviarlos al psiquiatra para su estudio, debido a que la mayoría de los pacientes que ve el psiquiatra afectan procesos psiquiátricos propiamente dichos; representa, pues, para ellos, tildarlos tácitamente de locos, lo que no agrada ni al enfermo ni a los familiares.

## IV. PRÁCTICA DE LA M. P.

Para la práctica correcta de la M. P. sería necesario dejar pasar un lapso de tiempo a fin de que las futuras generaciones médicas poseyeran una adecuada formación; sin embargo, ésto es difícil por ser muchos los conocimientos que es necesario poseer y que a diario se necesita adquirir para estar al día, trabajo ya arduo dedicándose sólo a una rama de la Medicina; no nos atrevemos a decir que tal cosa sea imposible teniendo en España el ejemplo de ROF CARBALLO. Pero esta dificultad en poseer amplios conocimientos de Medicina Interna, Dermatología, Cirugía, etc., etc. y Psiquiatría, puede soslayarse con una solución inmediata: la íntima colaboración entre internista y psiquiatra; para que esta colaboración sea fructífera, es preciso, no obstante, que el in-

ternista posea un mínimo de conocimientos psiquiátricos y que, a su vez, el psiquiatra tenga un mínimo de conocimientos del resto de la Patología Médica.

El internista debe despistar en sus enfermos la existencia de síntomas psíquicos y la posible psicogenia de los síntomas o molestias somáticos. Para ello debe tener presente, en toda su actuación, la posibilidad de tal existencia.

En general, los enfermos que presentan síntomas psíquicos o una posible psicogenia de los somáticos, presentan alguna o algunas de las características que señalamos a continuación:

1.<sup>o</sup> En estos enfermos los signos somáticos pierden sus características habituales, deformándose de tal modo, que más bien que síntomas son molestias físicas lo que presentan, no habiendo, en ninguno de los dos casos, sistematización.

2.<sup>o</sup> Cuanto más antigua sea la fecha de iniciación de la enfermedad y no se puedan descubrir alteraciones orgánicas, tanto más probable será su psicogenia.

3.<sup>o</sup> La coincidencia entre la aparición y desarrollo de molestias en el enfermo y situaciones críticas de su vida.

4.<sup>o</sup> Pacientes que han consultado a muchos médicos sin hallar remedio a sus males, ni haber sido objeto de un diagnóstico preciso y/o uniforme; en la mayoría de las veces sólo se ha llegado al diagnóstico vago de que todo era debido a los "nervios" en el sentido popular de la expresión; debido a la intensidad y duración de sus molestias los enfermos no admiten esta calificación y solicitan, a más de una minuciosa exploración clínica, toda suerte de exploraciones complementarias, especialmente la radiológica, aunque desde el punto de vista médico tal exploración sea inútil o absurda. A veces solicitan una radiografía de "cuerpo entero", por esperar que ella descubrirá la causa de su enfermedad.

5.<sup>o</sup> Querencia a la región afecta, considerando inútiles cuantas exploraciones se realicen fuera de ella.

6.<sup>o</sup> Minuciosidad exagerada al extremo, en la exposición de sus molestias o, por el contrario, parquedad en la citada exposición, haciéndola en forma tan confusa que no es posible ni localizar ni aquilatar.

7.<sup>o</sup> Enfermos que al terminar de exponer sus molestias somáticas dan la impresión de que lo que han manifestado no es suficiente para orientar al médico; en estos casos, basta interrogar sobre algunos síntomas psíquicos para que vayan fluyendo el resto de los que aquejan. Al ver que el médico valora los síntomas psíquicos, los somáticos pasan a segundo plano. Demostrándose con ello que el enfermo esgrime los síntomas somáticos como pretexto para consultar con el médico; si éste no se hubiera interesado por los síntomas psíquicos, el enfermo, consciente o inconscientemente, se hubiera visto defraudado.

8.<sup>o</sup> En estos enfermos hay una excesiva curiosidad por saber lo que tienen y el por qué, prefiriendo más una explicación fisiopatológica de su enfermedad que una psicopatológica por creer que la primera asienta sobre bases más reales, repugnándoles la segunda, por lo que les es muy difícil admitirla.

9.<sup>o</sup> Algunos prefieren que sea uno de los acompañantes quien exponga la historia clínica en vez de hacerlo por sí mismo.

10. Hay que valorar la postura de los acompañantes pues, en muchas ocasiones, el propio enfermo solo esboza sus síntomas psíquicos y, en cambio, los familiares los aclaran y les dan más intensidad. Otras veces los deforman intencionadamente.

11. Enfermos no adaptados a su mundo ambiente o con un medio ambiente anómalo.

12. Si el enfermo nos dice que prefiere morirse a seguir con sus molestias somáticas, siendo éstas banales, casi seguro que habrá una psicogenia. Otras veces será necesario insinuar esta cuestión y casi siempre el enfermo no solo no se extraña, sino que responde con la mayor naturalidad afirmativamente.

13. Enfermos que al mejorar de sus molestias se resisten a atribuir tal mejoría a la terapéutica, quitando importancia a síntomas que en un principio habían considerado como capitales.

Si el internista se habitúa a captar conscientemente la posible existencia de síntomas psíquicos o psicógenos, teniendo en cuenta las características antes aludidas, llegará a poseer una intuición tal, que en la mayoría de los casos sólo por la actitud del enfermo, desde los primeros momentos, sospechará con relativa seguridad la existencia de los síntomas antedichos, con lo cual será muy difícil que le pasen desapercibidos; y para valorarlos justamente, si no está preparado para ello, será preciso que estos enfermos sean estudiados por el psiquiatra.

El psiquiatra, a su vez, en sus enfermos, especialmente en aquéllos cuyos síntomas no sean exclusivamente psíquicos, debe tratar de despiistar los somáticos; en los casos en que por su naturaleza y caracteres no está capacitado para valorarlos justamente, debe remitir el enfermo al internista para su estudio, pues los síntomas somáticos pueden ser vivenciados anormalmente y ser motivo de los psíquicos, por lo cual, para que remitan estos últimos, deben hacerlo antes aquéllos.

Ni que decir tiene que el psiquiatra debe conocer bien su especialidad en su orientación actual, no debe ser un "psiquiatra de electrochoque" y, además, se le debe exigir una honradez, si cabe, mayor que la del médico que no cultive esta especialidad, por tener gran importancia la personalidad del psiquiatra por la influencia que aquélla ejerce en el enfermo.

Una vez que el enfermo esté estudiado por el internista y por el psiquiatra, será indispen-

sable un cambio de impresiones entre ambos adoptando cada uno una postura objetiva y llegar a un diagnóstico, instaurando posteriormente una terapéutica que podrá ser unilateral, mixta o bien sucesiva. El psiquiatra tratará al enfermo siempre que éste necesite una terapéutica psiquiátrica especializada; el internista tratará al enfermo siempre que presente un proceso somático evidente y también cuando sea preciso por fines psicoterápicos aun cuando el proceso somático no lo exija.

Con todo ello se pretende, no solamente lograr normalidad de órganos y funciones, sino alcanzar el bienestar del enfermo con sensación de integridad corporal, estabilidad psíquica y adaptación al ambiente lo más perfecta posible.

#### V. PELIGROS QUE ENCIERRA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA M. P.

El único peligro que encierra es la sobrevaloración de síntomas somáticos o psíquicos, respectivamente. Si se sobrevalora el factor psíquico puede ocultarse o quedar menos preciso el disturbio somático, lo que puede ser de importancia trascendental para la vida del enfermo, si se trata, por ejemplo, de una neoplasia en fase inicial, susceptible entonces de tratamiento eficaz. La sobrevaloración del factor psíquico ocurrirá principalmente en los casos en que los síntomas psíquicos sean de gran relieve, estando entonces sólo esbozados los somáticos. Por el contrario, pueden sobrevalorarse síntomas somáticos menospreciando los psíquicos (a veces ocultos), y someter al enfermo, incluso, a peligrosas intervenciones quirúrgicas cuando en realidad una sencilla terapéutica encaminada a resolver la situación psíquica hubiera sido suficiente para lograr la curación.

De sobrevalorarse algún factor debe serlo siempre el somático, por ser generalmente el que mayor peligro encierra para la vida del enfermo y que, ordinariamente, precisa una asistencia más urgente.

#### VI. CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA.

En esta clasificación se incluyen la totalidad de los enfermos. La denominamos psicosomática por considerar que todos ellos son psicosomáticos, partiendo del concepto de la unidad psicofísica del hombre, si bien sólo requieren una M. P. especializada aquéllos que ocupan los lugares intermedios. A ella hemos llegado siguiendo las normas señaladas en el apartado IV. La utilizamos como esquema de trabajo en la revisión que estamos haciendo de los enfermos que hemos visto conjuntamente. No tratamos de darle un valor definitivo, puesto que, una vez realizada la revisión, puede sea necesario modificarla, aun cuando creemos se mantendrá en sus líneas generales.

Grupo 1.<sup>o</sup> Enfermos orientados en historia

clínica y exploración en sentido somático y de diagnóstico cierto en el mismo sentido, sin que presenten síntomas psíquicos ni psicogenia de ninguna clase.

Grupo 2.<sup>o</sup> Enfermos orientados somáticamente por su historia y exploración, presentando simultáneamente síntomas psíquicos.

Grupo 3.<sup>o</sup> Enfermos en las mismas condiciones del grupo anterior, en los cuales hay psicogenia.

Grupo 4.<sup>o</sup> Enfermos con historia clínica orientada somáticamente, exploración no sistematizada y discordante con la historia con síntomas psíquicos y psicogenia.

Grupo 5.<sup>o</sup> Enfermos con historia clínica no orientada somáticamente y exploración sistematizada en este sentido, con síntomas psíquicos y psicogenia.

Grupo 6.<sup>o</sup> Enfermos con historia y exploración no orientadas somáticamente, sólo tienen molestias somáticas con síntomas psíquicos y psicogenia.

Grupo 7.<sup>o</sup> Enfermos que sólo presentan síntomas psíquicos.

Antes de terminar este trabajo creemos necesaria una aclaración: Trabajando uno de nosotros en el campo de la Medicina Interna, hacemos referencia especial al "internista", aun cuando, de la misma forma, podríamos referirnos a cualquier especialista, dermatólogo, urólogo, cirujano, etc.

Consideramos el presente trabajo como una introducción a la revisión de las historias clínicas de varios centenares de enfermos vistos conjuntamente; revisión que daremos a conocer oportunamente y que esperamos le dará un valor práctico.

#### RESUMEN.

Se estudian brevemente las tres capas que constituyen la personalidad humana desde el punto de vista psicológico, considerándose además el mundo circundante.

Se resume la evolución de la Medicina Psicosomática (M. P.) y los diversos conceptos que de ella tienen los distintos autores.

Se expone la necesidad, dificultades y peligros de la puesta en práctica de la M. P. y se dan una serie de normas para esta última.

Finalmente se hace una clasificación psicosomática de los enfermos.

#### BIBLIOGRAFIA

- DUNBAR, F.—Diagnóstico y tratamiento psicosomáticos. Barcelona. Janés, ed., 1950.  
HINSIE, L. E.—El hombre como persona. Madrid. Espasa-Calpe. 1947.  
LAÍN ENTRALGO, P.—Introd. hist. al est. de la Pat. Psicosom. Madrid. Paz Montalvo. 1950.

- LÓPEZ IBOR, J. J.—La angustia vital. Madrid. Paz Montalvo. 1950.  
MONTSERRAT, S.—Med. Psicosom. Trat. Pat. Méd. Prof. Pedro Pons. Tomo IV. Barcelona. Salvat ed. 1952.  
ROF CARRALLO, J.—Patología Psicosomática. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid. Paz Montalvo. 1950.  
SCHWARTZ, O.—Psicogénesis y psicot. de los sint. corp. Barcelona. Labor. 1932.  
WEIZSÄCKER, V.—Cit. ANCOCHEA en Síntesis Médica. Barcelona. 1951-52.

#### SUMMARY

The three strata constituting human personality are briefly studied from a psychological standpoint. The external environment is also considered.

The development of Psychosomatic Medicine (PM) and the different views held by various authors are summarised.

The necessity to put PM into practice, for which some methods are given, and the difficulties and dangers inherent in it are pointed out.

Lastly, a psychosomatic classification of patients is worked out.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Man untersuchte kurz die drei Schichten, die die menschliche Persönlichkeit darstellen u. zw. vom psychologischen Standpunkte aus gesehen, wobei die Umgebung berücksichtigt wird.

Die Entwicklung der psychosomatischen Medizin (p. M.) wird zusammengefasst, ebenso wie die verschiedene Auffassung, die die einzelnen Autoren von ihr haben.

Anschliessen bespricht man die Notwendigkeit, Schwierigkeiten und Gefahren, die die praktische Durchführung der p. M. mit sich bringen; verschiedene Richtlinien für diese werden angegeben.

Zum Schluss erfolgt eine psychosomatische Klassifizierung der Patienten.

#### RÉSUMÉ

Etude rapide des trois couches qui constituent la personnalité humaine au point de vue psychologique, considérant en outre le monde environnant.

On résume l'évolution de la Médecine Psycho-somatique (M. P.) et les divers aspects considérés par les auteurs.

On expose le besoin, difficultés et risques de la mise en pratique de la M. P. et on signale toute une série de règles pour celle ci. Finalement on fait une classification psycho-somatique des malades.