

# REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO

Redacción y Administración: Antonio Maura, 13. Madrid. Teléfono 22 18 29

TOMO LVIII

15 DE JULIO DE 1955

NUMERO 1

## REVISIONES DE CONJUNTO

### PSICOSOMATICA

H. DE BARAHONA FERNANDEZ.

Catedrático de Psiquiatría en Lisboa.  
Director del Hospital Julio de Matos.

Mucho antes de la denominada "Era psicosomática" de la Medicina de hoy, algunos precursores tenían previsto que la enfermedad no era solamente la fatalidad de una lesión localizada en un determinado territorio del organismo, sino también la expresión de los conflictos emocionales, del vivir atrabulado del hombre en sociedad, de las tendencias, de las vicisitudes, en suma, del destino de su Personalidad. La intuición de los viejos médicos no olvidaba la "persona" del enfermo ni el papel, tantas veces decisivo, que la mente y la moral de los enfermos desempeña tanto en su "sufriimiento" como también en la génesis de la propia enfermedad.

Así se podrá decir que la llamada "psicosomática" sólo quiere dar una forma más sólida y sistemática, basar en moldes científicos e introducir en la práctica clínica las antiguas nociones de *unidad del cuerpo y de la psique, de la participación del sujeto en el padecer orgánico, de la vida anímica en todas las enfermedades*, y muy en especial de *la intervención psicológica y social del médico en su tratamiento*.

Sin embargo, cuando el médico intenta informarse de los modernos trabajos de investigación y divulgación sobre esta materia se le presentan grandes dificultades. Sospecho que se quedará perplejo y tal vez escéptico y desanimado. Educado en la base de la anatomía, de la fisiología y de la bacteriología, en los fundamentos anatomo-patológicos y biológicos de la clínica, quedará asombrado al leer afirmaciones como éstas: una fractura es un suicidio local buscado por uno mismo; el acné de una joven es la floración materializada de su pudor; la úlcera gástrica es el resultado de la auto-agresión que no tuvo coraje en exteriorizarse; el ataque de asma es una protesta ante los obstáculos de la vida, y muchos ejemplos más como los que siguen: el hi-

pertenso se encuentra en alarma permanente, incapaz de dominar sus impulsos hostiles ("quiero morder y lisonjeo", decía uno de nuestros enfermos). El paciente de jaqueca no tuvo el valor de liberarse de su cólera y le sobrevino una crisis. De esta forma se expresa la "psicosomática" de orientación psicoanalítica traspasando los límites de lo conocido y de lo razonable.

Uno sufre de cáncer; no son sólo los órganos los que se deshacen por un desconcierto de la proliferación celular, es mucho más, es la expresión de la tragedia que existía ya en la vida de ese individuo: sus anhelos hundidos, su porvenir frustrado. Un ictus no surge por casualidad: la tempestad vascular es la expresión de otra tempestad que hizo alterar el espíritu del pobre hipertenso. El sufrimiento y la muerte se enlazan así, en el existir, en el destino personal de cada uno. En una palabra, la enfermedad tendrá un sentido en la existencia de la persona humana.

Así nos habla la "psicosomática" de inspiración filosófica, la Medicina antropológica.

Lenguaje extraño para médicos, de espíritu objetivo, naturalista, "científico". Más bien parece el modo de hablar de poetas y filósofos. Como no lo entienden lo ponen de lado, se sonríen y piensan con desdén: ¿No estaremos ante un renacimiento de lejanos mitos de la Medicina Moralizante, de la Medicina Romántica? Lograr una tesis por amor, sufrir del corazón a consecuencia de disgustos, de un bocio por un susto, de una u otra enfermedad por "culpa" del mal proceder... ¿Cómo aceptar tales aseveraciones frente a nuestros conocimientos científicos?

En primer lugar, debemos poner el problema en términos más sencillos, en sus fundamentos conceptuales, en la base de las observaciones y de los hechos en los cuales se sostiene. Los estudios psicosomáticos han progresado casi en dirección paralela en Norteamérica y Alemania, Francia, España y Portugal y otros países siguen el movimiento, y también en Rusia, pero con un carácter teórico y práctico muy distinto. Merece mencionarse la obra de ROF CARBALLO en España.

En Norteamérica los excesos de la especialización médica por órganos, los exámenes pormenorizados en datos parecelares y locales sin una síntesis de conjunto, la necesidad de nuevas terapéuticas para las enfermedades "funcionales", condujo a la intervención de psicoanalistas en el estudio de las enfermedades del soma. Se estudiaron en especial las *respuestas fisiológicas a las emociones* y se hizo un análisis del *comportamiento* desde el punto de vista freudiano.

Algunas de las interpretaciones que referimos sólo sirven para ciertos casos y frente a la teoría psicoanalítica u otra con la que fueron alcanzadas. Cualesquiera que fuere su valor real como conocimiento servirán, sin embargo, para darnos una mejor comprensión del enfermo, permitiendo una mejor acción psicoterapéutica sobre su sufrimiento.

La psicosomática germana se inspira en ciertos movimientos psicológicos y filosóficos tales como el realce de las reacciones de conjunto del Hombre, la introducción del "sujeto" en el dinamismo biológico, la investigación del sentido existencial del vivir en la persona humana. Fuera de tales presupuestos doctrinales, no podrá ser inteligible a la mentalidad del médico naturalista.

De ninguna manera se podrán poner de lado, sin más, las adquisiciones de las *nuevas correlaciones y coincidencias psicofisiológicas y las nuevas posibilidades de acción terapéutica* descubiertas por estos variados grupos de investigadores.

Hará mal el médico práctico si no pone toda su atención en el asunto. Muchos de sus enfermos seguirán sufriendo y no les servirán para nada los más modernos antibióticos, los isótopos y toda la medicación bioquímica, si el médico no los quiere estudiar como a *hombres que sufren*, como *personalidades* consigo mismos y con el ambiente social.

Hará mal el investigador si se queda satisfecho con la sencilla explicación material de la vida humana, sin darse cuenta de los factores psicológicos, de los datos sociales y de los valores espirituales. Tendrá que asistir perplejo a la irregularidad de las respuestas somáticas ante los estímulos ambientales (con inclusión de los terapéuticos), puesto que le faltan muchos otros datos del problema. Los agentes mecánicos y físico-químicos en ninguna manera pueden abarcar el conjunto de la vida humana.

\* \* \*

Veamos ahora algunas líneas sencillas y útiles para el médico general. En esta lección breve sólo podremos plantear el problema con mucha sencillez. No discutiremos la literatura, sino que únicamente trataremos de mostrar cómo se presenta este problema en Portugal frente a nuestros medios y posibilidades.

a) Todos los médicos tienen en su clínica innumerables enfermos en los cuales no se consigue descubrir ninguna lesión orgánica. La observación clínica, los análisis, exámenes eléctricos y otros no permiten demostrar lesiones orgánicas objetivables. Pero el enfermo sufre, se queja, no va a la oficina y tiene esperanza de que el médico le saque de sus penas y le auxilie. Como éste no se puede apoyar en la denominada "Medicina Científica", no ha sido educado en la Psicología Médica (que nuestras Facultades de Medicina, hasta ahora, sólo pueden enseñar en cursos libres), el internista recurre a su "buen sentido", a su intuición, y con humanidad y buena voluntad (como es su timbre) cuida del en-

fermo. Pero el caso no irá bien si la personalidad del médico no está todavía bien sazonada y no domina la situación con seguridad. Reacciona entonces de forma elemental, instintivo-afectiva. Unas veces desprecia al paciente como "histérico" o "simulador". Otras veces se fija en él y cultiva con excesivas observaciones, cuidados y recomendaciones. Recientemente se habla mucho, a propósito y con razón, de *iatrogenia*, o sea la acción patógena ejercida por el mismo médico, por sus errores de diagnóstico y terapéutica y especialmente por su incomprendimiento y falta de tino psicológico. Un soplo cardíaco funcional, que hace condenar a un pobre neurótico a la inactividad y le quita el gusto del ejercicio físico. El miedo que el médico tiene y se contagia al consultante llevándole a repetir exámenes laboratoriales y radiográficos en pesquisa vana de graves enfermedades que no sufre, haciendo que se haga hipocondríaco y se sienta un inválido crónico. La administración de medicinas sin justificación (tonicardíacos y otras), como si se tratase de una enfermedad orgánica, no disminuyen el sufrimiento del enfermo. Entonces tiende a fijarse su convicción morbosa o, descreído de la ciencia médica, lo ponen en manos del curandero, quizás con más tacto psicoterapéutico... ¡Cuántas apendicectomías, colecistectomías, operaciones ginecológicas y otras, de ningún modo justificables, que después de tal sacrificio dejan al enfermo en el mismo estado! Si no hay lesiones, frústrase la terapéutica médica y quirúrgica y el enfermo sigue sufriendo: entonces hay que hacer algo nuevo.

b) En las consultas de especialidad (cardiología, gastroenterología, ginecología, endocrinología, urología y aun de neurología) casi el 40 u 80 por 100 de los pacientes *no tienen, sin duda, lesiones orgánicas comprobadas o exhiben manifiesta desproporción entre sus quejas y los hallazgos patológicos objetivables*. Esto es, son "neuróticos" o tienen un fuerte "componente neurótico". En una indagación que hizo nuestro colaborador A. MOURA en una clínica de las "Caixas de Providencia", el 50,4 por 100 de consultantes se hallaba en estas condiciones, consumiendo análisis y radiografías en número superior a las medias habituales.

c) Se tiene, pues, que ir en auxilio de estos enfermos "psicosomáticos" y neuróticos. No pueden ser únicamente los psiquiatras los que solucionen el problema. Es necesario que *todo médico perfeccione su sensibilidad para el diagnóstico cuando se encuentre en tales situaciones* y siga una orientación provechosa y adecuada. En otros casos recurriré a las consultas especiales (como la consulta de Neurosis y Psicosomática de la Clínica Psiquiátrica de Lisboa en el Hospital Julio de Matos y en el Hospital de la Universidad). Recurriré al psiquiatra, al *psicoterapeuta*, no enviando el enfermo como un *loco* indeseable en el cual se agotaron todas las otras terapéuticas, ni tampoco creyendo que una intervención técnica especializada soluciona el problema (un par de electrochoques jamás podrá remediar una existencia torturada y desadaptada de la vida).

Deseamos que esta colaboración se haga siempre con la mejor comprensión; por eso estamos aquí de buena gana haciendo diligencias para poner claro el asunto.

Cuando se recurre al especialista, verbigracia, al psiquiatra, no debe hacerse como una salida para derivar responsabilidades. Es esencial la conjugación comprensiva de los respectivos puntos de vista

hasta alcanzar una síntesis más fecunda para el diagnóstico terapéutico. *No hay especialistas en "psicosomática". La actitud psicosomática pertenece a todos los médicos.* Solamente hay psiquiatras y psicoterapeutas especializados para el análisis y tratamientos psicológicos de los casos más difíciles y delicados. La comprensión de la persona del enfermo, la actitud de apoyo y auxilio terapéutico enlazando todas las otras acciones terapéuticas, deben pertenecer a los médicos que tienen honor en cultivar con autenticidad la medicina humana.

d) El tema interesa también mucho al médico en su *papel sanitario y social*. Si, en efecto, en la etiopatogenia de tantas enfermedades tienen intervención hechos psicológicos y sociales y la personalidad y el vivir de los individuos cumplen tan importante papel en su génesis, no serán posibles la prevención (la Higiene y la Profilaxis) sin tratar tales circunstancias. En el nuevo panorama de Higiene actual casi desaparecen las epidemias, baja considerablemente la morbosidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas, la duración media de la vida aumenta considerablemente. Así, en la juventud y en la edad madura, ya no son eliminadas miles de personas. Queda, pues, mucho tiempo para que se manifieste la predisposición hereditaria, para que se descubran las insuficiencias constitucionales y adquiridas, para que surja la involución orgánica y la senilidad, para el largo aparecimiento de todas las noxas ambientales, para que la personalidad pase a un conflicto consigo misma y las vicisitudes de la vida social.

Liberado el hombre de pestes y mayores males que lo aterrorizaban y lo conducían muy pronto a la muerte (en los países donde no hay hambre u otros problemas primarios), aparecen con más facilidad todas las *insuficiencias de su naturaleza y todas las dificultades de su adaptación al medio y al vivir con los otros hombres*.

El individuo reacciona así de forma más sutil y difusa que a una simple agresión traumática o infecciosa: *en el plano de la conducta por reacciones neuróticas y psicopáticas manifiestas, en el plano corporal por la expresión separada de las emociones o por la repercusión orgánica de los movimientos vegetativos que acompañan a las luchas y a los conflictos.* Por estos tres mecanismos se engendran, por ejemplo, una crisis ansiosa, un ataque histérico y perturbaciones gástricas funcionales. Al sanitario, liberado de las hambres y de las epidemias, le interesan por excelencia estos hechos, tanto más cuanto que del mismo modo se modificaron notablemente *las condiciones del vivir humano*, desde la generación, el nacimiento, la alimentación e higiene infantil, la educación por los padres y en la escuela, hasta el aprendizaje ejercicio de la profesión, la lucha y competición en la sociedad. Por estas o aquéllas causas, al mismo tiempo que disminuyeron las enfermedades rápidamente mortales (con excepción del cáncer) aumentaron ciertas enfermedades crónicas, causa del sufrimiento y de incapacidad de los hombres a las neurosis, la astenia, las perturbaciones vegetativas, las dificultades de adaptación y anomalías de la conducta y también muchas otras enfermedades de mayor importancia consideradas especialmente como "psicosomáticas": la úlcera gasteroduodenal, las colitis, la hipertonia esencial, el asma, etc.

Consideraremos una norma razonable no distinguir formalmente las "enfermedades psicosomáticas" de

las demás. En las primeras, predomina el condicionamiento psicológico sobre el orgánico. En todas las demás, influyen los dos factores aunque, como veremos, en distinta proporción. Incluso en las neurosis no debemos despreciar los factores biológicos. De análoga manera no son para despreciar los factores psicológicos en las fracturas. El nuevo punto de vista—*educativo y formativo*—que se pretende consiste esencialmente en la "convergencia" del *condicionamiento múltiple de las enfermedades*.

e) No puede, pues, la Medicina enajenarse de tan importante cuestión. Es un problema de Higiene y Profilaxis en el cual *la Higiene Mental se integra en la Higiene General*. Se tiene prueba de que los desvíos de la educación infantil (severa y preocupada o complaciente y blanda) tienen decisiva influencia en la formación de la personalidad del niño *en devenir*, que los excesos moralizadores o la abusiva libertad en la educación juvenil delinean el destino del carácter en el futuro, que la represión social de las exteriorizaciones emocionales, el régimen de competición, el deseo vehemente de la ganancia y del prestigio influyen de tal modo en el equilibrio "homeostático" de los afectos humanos que no podrá en lo futuro la Higiene apartarse de las adquisiciones de la patología psicosomática en la prevención de las enfermedades, interviniendo con sus consejos cuando se trate de planear la educación en la familia, en la escuela, en la estructura de la sociedad y en la economía de la Nación.

f) Con mayor modestia el higienista debe procurar hacer en el niño el diagnóstico precoz de las más pequeñas señales neuróticas, de los desvíos evolutivos, de los errores y dificultades de adaptación al medio, e influir en las madres, en los padres, en los educadores, en los profesores, en los instructores profesionales, etc., en el sentido de moderar la angustia y canalizar la agresividad hacia vías de reacción más aceptables y útiles a sí mismo y la sociedad.

\* \* \*

En estos rápidos apuntes vimos que al médico de hoy no le basta, tanto en el campo clínico como en el sanitario, el conocimiento de las enfermedades orgánicas y de los factores etiopatogénicos materiales. Carece de comprensión para lo *psicológico y social*.

Claman los empíricos para que demos consejos prácticos. Nada más aleatorio y peligroso que suministrar "recetas psicológicas", ya hechas para propinar "ad hoc". La práctica de la Medicina, en constante y rápida metamorfosis, necesita cada vez más de clara doctrinación. Nuevos hechos valen, sobre todo por su significado, para una mejor comprensión de las cosas. Esto es lo que nos demuestra la evolución del pensamiento médico en el último medio siglo, que vamos a recordar en sus líneas esenciales, sintetizadas en cuatro *posiciones doctrinales de la Medicina*: 1) La Medicina Naturalista y Positivista. 2) La Medicina Constitucionalista. 3) La Medicina Funcional. 4) La Medicina "Psicosomática".

1) *La actitud positivista* de la Medicina, la cual se apoya con solidez en las ciencias de la naturaleza, es hoy la dominante en la mayoría de los médicos. Fué el *naturalismo científico* que estudiamos en la Facultad y ha sido la base segura de la medicina actual, que indiscutiblemente condujo a los grandes adelantos de los antibióticos, de las hormo-

nas, de las vitaminas, de las transfusiones de sangre, de la anestesia, de la cirugía, etc.

Está caracterizada por la tendencia objetiva, morfológica, la causalidad directa de los agentes etiológicos bien definidos determinando lesiones en los tejidos y modificaciones físico-químicas bien caracterizadas y definidas con precisión. Ejemplo: la traumatología, la patología de las infecciones e intoxicaciones, la patología celular y la de los grandes órganos.

2) No encontrándose en el medio ambiente las causas de gran número de enfermedades, e imponiéndose las viejas nociones clínicas de "terreno", "diátesis" y de las predisposiciones morbosas, *toma relieve el pensamiento constitucionalista*. La herencia sería la base de gran número de enfermedades.

La manera de pensar también es naturalista. Se refiere todavía al medio interior, a las potencialidades innatas del individuo, recibidas por la herencia, y en continua evolución durante el curso de la vida.

3) Los perfeccionamientos de la fisiopatología demostraron poco a poco que las alteraciones funcionales preceden a las lesiones de los órganos.

La anatomía patológica de la diabetes, del hipertiroidismo, de la úlcera gastroduodenal, de la hipertensión, de las arritmias cardíacas, del asma, etc., no conseguía explicar por sí sola las perturbaciones de las funciones metabólicas, endocrinas, digestivas, circulatorias, etc.

Muchas veces no se trata de enfermedades localizadas, sino de grandes grupos de *perturbaciones funcionales de los grandes sistemas orgánicos*. Las reacciones morbosas no son efectivamente específicas de cada noxa y de cada condición patogénica. El organismo dispone de mecanismos de respuesta, de defensas de emergencia, de formas de resistencia, etc. Así se alcanzaron, con este *pensar dinámico y funcional*, las grandes concepciones actuales de la alergia, de la "adaptación" de SELYE, y se desenvolvió la patogenia de RILLEY, ROSELE, RICKER y SPERANSKY.

4) Libertados de la causalidad lineal mecanista, del atomismo de la lesión localizada en un órgano, se probó, sin duda, como insuficiente la consideración funcional. Como no se sabía ni se podía pensar sino en términos somáticos, se pensaba en alteraciones de las glándulas endocrinas, del sistema nervioso vegetativo. Se ascendía del vago y del simpático al diencéfalo—ahora la sede—(discutida) de las perturbaciones neurovegetativas, hasta alcanzar muy recientemente el cortex, el cerebro interno y sus correlaciones visuales, viscerales y metabólicas.

La observación clínica y experimental (H. WOLFF, entre otros) mostró que a los factores morbosos (mecánicos, físicos, químicos y bacteriológicos) se deben añadir, en la forma actual de la vida social, circunstancias de otra naturaleza, tales como las emociones, las conmociones y los esfuerzos (stress) causados por el vivir del hombre con otros hombres.

El individuo reacciona ante las situaciones afectivas como un todo, con el cuerpo y con el espíritu. Y de esta manera sobrevienen estados de ansiedad, parálisis funcionales (histéricas) y alteraciones de las funciones corporales que, por su repetición y fijación, determinarían finalmente lesiones anatomo-patológicas de ciertas vísceras. Ejemplo de ello son las teorías psicosomáticas de cuño psicoanalítico sobre la hipertensión esencial. Los hipertensos es-

tán sujetos a intensas emociones; con gran frecuencia se encuentran en *estado de alarma*. Esas emociones están ligadas a la descarga de los impulsos afectivos de hostilidad, en lucha con las tendencias contrarias de *dependencia*. Son incapaces de dominar armónicamente la lucha entre esas pulsaciones opuestas que existen, además, en todos los individuos. Se inhiben cuando tienen que mostrarse fuertes y seguros, pero no aceptan tales inhibiciones haciendo esfuerzos para atenuarlas. Quedan, pues, bloqueados en los dos sentidos, en el de la explosión afectiva (colérica) y en el de la dedicación a los demás. Son, como alguien dijo, como un volcán que se encuentra casi en explosión, pero que todavía no llega a entrar en erupción. En estas condiciones se comprende que su sistema neurovegetativo se encuentre sometido a descargas violentas que sustituyen a las descargas exteriores falladas o reprimidas. Se ha probado experimentalmente que estímulos emocionales de este tipo influyen considerablemente sobre la tensión arterial. Cualquier médico puede observar este hecho en su clínica. Un enfermo llega excitado a la consulta y receloso; el esfigmomanómetro marca 17-18 de máxima, pero una vez tranquilizado la tensión baja con rapidez hasta 14-15. Estudios especializados por H. WOLFF, FLYN, KENNEDY, ACKERMANN, REIVER, PFEIFFER y otros demuestran la repercusión que las emociones y situaciones traumatizantes de la vida, los esfuerzos y otros estímulos "stressores" (agotantes) tienen sobre la circulación (vasoconstricción general precedida de vasodilatación). Estos procedimientos fisiológicos han sido analizados con métodos objetivos en experiencias muy exactas (H. WOLFF) en relación con los estímulos afectivos. Si la ansiedad y la hostilidad consiguen una salida libre que pueda expresarse en el comportamiento, aparece un aumento del decúbito cardiaco y aumento de las resistencias periféricas por la vasoconstricción. A causa de los dos mecanismos resulta, pues, un aumento de la tensión. Si el individuo se inhibe en la exteriorización de tales afectos (como en los enfermos de hipertensión), existe también una respuesta hipertensora, con la diferencia de que baja el débito cardiaco no obstante la vasoconstricción general. El organismo quedará así más resentido con este *esfuerzo contradictorio de la personalidad*, manteniendo una paz inestable y falsa.

Este fué un ejemplo de interpretación basado en la conjugación del análisis fisiopatológico y psicológico (de colorido freudiano).

La Medicina "Psicosomática" no es todavía unitaria. Al paso que unos utilizan sobre todo el psicoanálisis otros se inspiran, como hemos visto, en la fenomenología y antropología.

Unos dan mayor relieve a los conflictos y su siguiente expresión vegetativa (ALEXANDER) y otros al "stress" (H. WOLFF). Unos a la testura de la personalidad (DUMBAR) y otros a la forma de existencia (v. WEIZSACKER). Otros a los aspectos sociales (HALLIDAY), etc.

Aunque luchando con tenacidad, la "psicosomática" americana se afilia a las mismas consideraciones de la "patología córtico-visceral" de los rusos (BIKOW). Considera al individuo objetivamente en sus respuestas "condicionadas" a los estímulos interoceptivos (viscerales) y exteroceptivos (ambientales), influyéndose recíprocamente al través de la actividad reguladora superior del cortex.

Ciertas dolencias, como la enfermedad hiperten-

siva o la ulcerosa, son la expresión de perturbaciones en la regulación nerviosa, cuya causa última estaría en la imperfección de las condiciones sociales.

En cualquiera de sus formas (que no cabe ahora indicar), representa esta cuarta tendencia de la Medicina el poner de relieve, como un nuevo punto de vista, el *conjunto del hombre*, considerado tanto en sus *funciones elementales* como en sus *funciones superiores*: La *actividad psíquica* y su nexo con el *ambiente diferenciado de la vida social* y (en algunos autores) con el mundo de los *valores espirituales*. Esto es, si para los naturalistas la *enfermedad* es una *lesión local* de un órgano, para los constitucionalistas se trata de una *degeneración hereditaria*, para los dinamistas una *perturbación funcional*, para los "psicosomáticos" sería una *respuesta del conjunto del individuo* (en su unidad somato-psíquica) relacionada con su vivir personal en la comunidad de los otros hombres.

Solamente la novedad y las posiciones de combate justifican la unilateralidad y el dogmatismo de cada uno de estos puntos de vista en la época de su aparición y expansión. En la actualidad asistimos al reclamo, "a la moda" de ciertas corrientes de la psicosomática psicoanalítica angloamericana, del análisis existencial alemán o de la patología córtico-visceral de PAWLOW, según las simpatías doctrinales de cada cual.

No tenemos propuesto entrar en la discusión de los puntos de vista doctrinales citados. Veamos antes, en un ejemplo muy esquemático (el caso de la úlcera gastroduodenal), los diferentes modos como se expresan estas distintas corrientes médicas:

La concepción exclusivamente anatopatológica de lesión localizada en la mucosa se tuvo que completar, sin embargo, con puntos de vista funcionales: la secreción del jugo gástrico y del mucus, la motilidad y el tono, la circulación, etc. La hipersecreción continuada, la insuficiencia de la protección de la mucosa por el *mucus*, los espasmos vasculares con zonas de isquemia, etc., son bien conocidos como *vínculos patogénicos funcionales*, de los cuales, en determinadas condiciones, resulta la solución de continuidad de la mucosa: la ulceración. Los factores neurológicos que influyen en estas funciones han sido valorados en diversos niveles, desde los plexos nerviosos abdominales, pasando por los núcleos bulbares y hipotalámicos, hasta llegar a la corteza cerebral.

No se apuró cualquier enfermedad electiva de estas regiones del sistema nervioso que pudieran considerarse como el substrato de la afección ulcerosa. Tampoco es conocida la existencia de noxas exógenas (infecciones, etc.) cuya acción etiológica resulte aceptable.

Se adoptó así una interpretación funcional, una perturbación neuro-vaso-vegetativa bastante generalizada, de naturaleza *no específica*, propia de ciertos tipos de individuos en determinadas condiciones de vida. Influye aquí el *pensamiento constitucionalista* y la *concepción psicosomática* en sus distintas formas. Del ángulo constitucional se encuentran ciertos tipos, preferentemente leptosomáticos, con trazos de hiperplasia, astenia e infantilismo. Se describe con insistencia la "personalidad del ulceroso", todavía sin caracteres bien determinados (ya extravertidos y activos, con represión de sus tendencias agresivas; ya hipersensibles, pero sin mostrarlo; exigentes para sí mismos, "perfeccionistas", meticolos, aunque no profundos; críticos, inflexibles,

tensos, ambiciosos, autosuficientes, etc.). El espíritu "psicodinámico" tiene tendencia todavía a negar a tal personalidad el carácter de la predisposición constitucional, de la que la úlcera sería una nueva expresión (correlacionada o no con ella). Los psicoanalistas (ALEXANDER) no dudan en pensar que la actitud de conflicto y las reacciones emocionales de tales personalidades son el origen del desencadenamiento de las alteraciones funcionales que conducen a la úlcera.

La característica psicológica más vulgar es la del *contraste entre la agresividad y la hiperactividad y los deseos de dependencia del individuo*. Como todas las personas, los enfermos de úlcera sienten la necesidad de que los quieran, los auxilien y los apoyen. Llevados por su ambición y deseo de competir, rechazan toda la dependencia que desean inconscientemente. Quedan de tal forma inhibidos y tensos, por miedo al fracaso que sería para ellos el auxilio y dependencia a las otras personas. Frustrados, regresan entonces a la situación infantil, en la cual los deseos de dependencia están estrechamente ligados a la necesidad de alimento de la madre. El deseo del apoyo maternal estimula las funciones gástricas, ligadas a la alimentación. En el ulceroso se verifica (simbólicamente, como descubre el psicoanálisis) un deseo ansioso crónico en recibir alimentación sustituyendo los cariños que su madre no le ha dado (y que lo domina en exceso, le imponía tareas demasiado fuertes para sus posibilidades o le reprimía la satisfacción de otros apetitos—lo que A. GARMA denomina "internalización (somatización) de la mala madre"—). La repetición de estos choques afectivos conducen a una estimulación reiterada de las funciones gástricas (hipersecreción, hiperacidez en ayunas, etc.) con todas sus graves consecuencias.

Los antropólogos alemanes enfocan la situación desde el punto de vista de *la lucha de la existencia por su mismo prestigio*, el deseo de vencer y elevar su valor ante sí mismos. El ulceroso piensa que tendría así, en la vida, un rival en cada uno de sus semejantes, con el cual estaría obligado a luchar, y a vencer, situación ésta tanto más angustiosa cuanto que en la profundidad de su ser anhela una vida tranquila y llena de afectos.

Se comprende cómo tales análisis psicológicos pueden ser útiles para la psicoterapia. Sin embargo, el tal conflicto no es específico. No sólo se puede encontrar en personas normales, como en otros enfermos, y también podrá faltar en algunos enfermos de úlcera gastroduodenal.

Son necesarios, pues, otros factores para que se manifieste la reacción ulcerosa. El mismo ALEXANDER piensa que se deben postular otras categorías de factores etiológicos, aparte de los factores emocionales, de los cuales no se conoce todavía bien su naturaleza (predisposición general, factores locales: *¿vulnerabilidad?*, *¿complacencia?*). En otros casos, como más adelante veremos, sobresalen otros factores tales como los psicológicos, orgánicos, biológicos e incluso los sociales.

*Psicosomática no es, pues, lo mismo que psicogénesis de las enfermedades corporales*. Es una actitud del espíritu que tan sólo debe aumentar una dimensión a la Medicina: la psicológica. Muy en especial lleva la "psicosomática" al clínico a considerar el sufrimiento del enfermo en su *pluralidad etiopatogénica* y, sobre todo, *relacionando* las perturbaciones funcionales que registra, las lesiones

orgánicas que localiza a un sistema más amplio de coordenadas, en el cual cada uno de estos datos sea apreciado en su relatividad. Esto es, que el sufrimiento se relaciona y sitúa en conexión al conjunto, tanto de los sistemas orgánicos y funcionales (los grandes aparatos y sistemas) como de la misma personalidad: la persona que sufre, el *Hombre enfermo que se sitúa en la Sociedad y en el ambiente en que vive*.

\* \* \*

Antes del análisis de estas cuatro coordenadas de referencia (la constitución evolutiva, la organicidad, la vitalidad y el dinamismo psicológico y social), veamos algunos aspectos de la clínica. En determinados enfermos con quejas hepáticas, gástricas, intestinales, cefalalgias y otras quejas funcionales, existen al mismo tiempo síntomas depresivos o ansiosos estrechamente correlacionados con ellas.

En estos casos no son perturbaciones de naturaleza predominantemente psicogenética, sino *depresiones endógenas y distimias ansiosas* (timopáticas), las cuales representan alteraciones del tono afectivo vital, de naturaleza biológica, al parecer, constitucional. Sobrevenen en crisis periódicas, de una forma tan incomprensible como una melancolía endógena. Aunque para su desencadenamiento puedan contribuir traumas afectivos o noxas exógenas (infecciones), su existencia asienta principalmente en la variación "temperamentalmente endógena" de los mecanismos vitales reguladores del estado afectivo e instintivo y al mismo tiempo del sueño-vigilia, nutrición, metabolismo, etc., que por muchas razones están unidos a las funciones diencefálicas y diencéfalo-corticales (cortex interno del cingulum, lóbulo orbitario y polo temporal).

Insistimos en esta forma particular de reacciones psicosomáticas (aparte de los ejemplos antes mencionados, muchos otros como algias, perturbaciones circulatorias, urológicas, ginecológicas, etc.) sobre la base de estados depresivos y timopáticos, pues con pocas excepciones (LÓPEZ IBOR, M. MERENCIANO, H. WEITBRECHT, entre otros) no la encontramos citada en la inmensa literatura, en particular de los anglo-americanos y otros de inspiración psicoanalista.

El hecho de encontrarse un componente afectivo en el sufrimiento del enfermo no significa que dicho sufrir sea necesariamente motivado por condiciones psicológicas. Simplemente significa que, en su estructura, participan fenómenos emocionales de causa psicógena (una situación traumatizante), pero que también podrá no serlo, como por ejemplo, una alteración estructural del encéfalo (emotividad de las lesiones del tálamo por arterioesclerosis), por una desviación funcional espontánea de la regulación afectiva (como en los ejemplos ya vistos de la depresión y en la epilepsia y otras enfermedades con alteraciones psíquicas) o por una simple alteración estructural de la personalidad (labilidad emocional constitucional) de naturaleza psicopática.

En otros enfermos con síntomas somáticos semejantes sobresalen los trazos psicopáticos de la personalidad en lucha con las circunstancias desfavorables del ambiente. Ciertos psicoterapeutas podrán decir que la misma personalidad psicopática ya es la consecuencia de la desviación de la evolución desde la más tierna niñez, por influencia de las represiones o equivocada condescendencia de los padres y presión del ambiente social. El hecho hereditario de la existencia de otros casos semejantes

en la familia—la herencia—, limitada en su significado por la circunstancia del contagio emocional directo de los familiares y el espectáculo de sus penas ofrecidos a los enfermos desde su infancia, reforzado y alimentado por las fijaciones afectivas.

Ni por una razón ni por otra se debe poner ya de lado el concepto de *personalidad psicopática de raíz constitucional*, aunque no se debe ver en él, con propiedad, una "degeneración" ni la fatalidad irremovible de las tendencias anormales del carácter.

Tanto es así que, a pesar de asentar en la base de una constitución evolutiva anormal, no dejan de influir la psicoterapia y la reeducación, recompensando algunas de las dificultades más vivas del carácter y haciendo que se vuelva más adaptado en el comportamiento. Así como se pueden compensar las tendencias psicopáticas por acciones terapéuticas favorables, también se pueden descompensar por acciones perjudiciales del ambiente. Esta es la explicación del comportamiento anómalo y de las reacciones neuróticas más fáciles y más frecuentes en estos tipos de individuos. Muchas veces son sus mismas tendencias anormales las que los llevan al encuentro de circunstancias desfavorables (bodas insensatas, por ejemplo) y los hacen ir en busca de noxas exógenas (el alcohol y tantas otras). La inegable acción del ambiente resulta así de la respuesta del individuo frente a ese mismo ambiente, modificando y procurando él mismo los estímulos que le perjudican. Se cierra de este modo el *círculo individuo-ambiente*, tanto en el plano biológico como en el social. Hablar sin más de psicogenia de las enfermedades en tales circunstancias sería un error, pues ello equivaldría a considerar solamente una parte en un conjunto de factores mucho más complejo.

*Los sucesos del vivir personal toman, sin embargo, gran relieve en otros casos "psicosomáticos".*

Se observan con frecuencia arritmias cardíacas, síntomas de colitis, de tensión pre-menstrual en relación con conflictos matrimoniales y de la vida particular. Solamente la experiencia de los casos clínicos (que en este lugar no habrá tiempo de relatar) nos mostraría los pormenores de la sintomatología, en especial las mismas frases, tan expresivas, de los enfermos cuando se refieren a sus quejas físicas con el tono emocional propio, que desde luego revela el componente afectivo de su padecimiento.

Sin embargo, no siempre aparece, en casos de este tipo, el colorido neurótico, inmediatamente manifestado en la actitud perturbada del Yo, sintiéndose preso del sentimiento que le angustia y le amenaza, temeroso de enfermedades graves (cáncer, tuberculosis, sífilis, parálisis, congestiones, síncope, angina pectoris, etc.) o de la ruina, la incapacidad, la locura y la muerte. En muchos casos "psicosomáticos", en especial con lesiones orgánicas ya concretizadas (úlceras, etc.) o perturbaciones funcionales estabilizadas (hipertensión, asma de repetición, etcétera) se desvanece o queda latente la sintomatología neurótica. La ansiedad es totalmente reprimida, "internalizada", y el enfermo reacciona a sus conflictos y preocupaciones enfocando únicamente sus síntomas somáticos, algunas veces de forma bastante objetiva. No es por esta razón por lo que la ansiedad deja de existir, sustituida en su expresión por el padecer orgánico, pero es lo que se encuentra si al enfermo se le analiza y se valoriza más su biografía.

La *apreciación paralela* de la aparición de los *síntomas* y del transcurrir de las *vicisitudes del vivir de los enfermos* es muchas veces muy significativa. Veamos un ejemplo: Un individuo busca un empleo más lucrativo que le solucione su difícil situación económica, pero no lo consigue y ha perdido ya todas las esperanzas. Entonces aparecen los primeros síntomas de colitis. Con las primeras contrariedades en su casa surgen palpitaciones o un ataque de asma. Al frustrarse el esfuerzo para mantener una mayor eficiencia en el trabajo y, con ello, su prestigio social, estalla el infarto de miocardio. Se pueden leer en la literatura ejemplos sugestivos, especialmente en v. WEIZACKER, DUMBAR, ALEXANDER y otros. Debemos tener, sin embargo, mucho cuidado con las interpretaciones de los autores, pues carecen de una revisión crítica. De ningún modo se demuestra que existan *conflictos específicos* para cada forma de enfermedad. La *elección* de determinados *órganos*, como lugar de expresión somática de la ansiedad y agresividad, trae aún mayores dificultades.

En la imposibilidad de discutir ahora todos estos problemas, en especial los límites de la interpretación "psicosomática" (que deberían ser estrechos y severos en cuanto a la psicogénesis), vamos a sacar de los ejemplos antes presentados algunas consideraciones generales.

La *enseñanza práctica* más importante es la siguiente: que no podemos contentarnos con datos lineales en la explicación etiopatogénica de determinada situación morbosa. Por ejemplo, se acostumbra a decir "eso es todo del hígado", cuando en realidad nos hallamos con una depresión *general* que condiciona primariamente la disquinesia vesiculobiliar; "es una alergia a tal o cual sustancia o alimento", cuando efectivamente las reacciones alérgicas (asma, rinorrea, cólicos abdominales, etc.) son condicionadas de *forma compleja* por estados emocionales resultantes de antiguos conflictos de la personalidad con su vivir. ("Alérgica a la vida estoy yo, al fin y al cabo"—decía una de nuestras enfermas.)

No bastan tampoco las *explicaciones exclusivamente psicológicas*, en particular cuando éstas se hallan reducidas a términos demasiado simplistas. Por ejemplo, se observa con frecuencia que los vómitos, una parálisis u otros síntomas "histéricos" se pueden curar con cualquier procedimiento sugestivo (desde la hipnosis a los choques eléctricos o a un medicamento o a influencias emocionales de otra naturaleza, según la educación y las creencias de cada cual). El resultado es notable si se trata de reacciones ocasionales a un determinado trauma (reacciones psicosomáticas a los desastres y acontecimientos emocionantes, catástrofes, disgustos únicos y agudos, etc.). Desaparecida la *versión somática fija del trauma emocional*, la personalidad toma de nuevo la línea habitual de su vivir. Sin embargo, no siempre acontece así. En la mayor parte de los casos de la clínica actual (en especial en la vida "civilizada" de las ciudades, o bajo la apariencia de la "calma" de los pueblos de provincia) las reacciones psicosomáticas son el resultado final de una *larga evolución de la personalidad psicofísica total*, portando el sello, más o menos acuñado, de las distintas noxas e incidencias morbi-génas, tanto de naturaleza somática como psicogénica y social.

Se tienen que considerar tanto los factores here-

ditarios como los ambientales, en su relación recíproca, durante el curso de la evolución vital. *Negar la hereditariedad*, para evitar la dificultad de enfrentarse con factores irreparables en el momento de la intervención del médico, es una especie de escamoteo que realizan, por comodidad más o menos inconsciente, algunos "psicodinámicos", a los cuales no gusta parar ante ningún obstáculo ni reconocer límites a su acción psicoterapéutica.

En nuestra práctica jamás dejamos de hacer, aunque sea muy sumariamente, la *historia familiar*. Conocemos una familia con síntomas psicosomáticos del mismo tipo en cuatro generaciones, los cuales, observados separadamente, podrían no evidenciar "su aire de familia". La bisabuela, "histérica" de otros tiempos, con vértigos, temblores y síntomas de dispepsia. El abuelo sufre crisis de astenia, ligadas a "señales hepáticas", con vómitos incoercibles que tan sólo el psicoterapeuta consigue doblegar. La madre, neurótica actualizada con complejas implicaciones morales y preocupaciones intelectuales y religiosas, padece también de astenia, delgadez constitucional y crisis abdominales de cierta gravedad. Los hijos, ya desde la primera infancia, son sensibles, fatigables, con anorexia, gastralgias y dispepsias.

En otros casos prevalece el colorido *psicopático*. Carácteres duros, inflexibles, tenaces, en sucesivas generaciones, con *inhibiciones* intensas, conduciendo a síntomas somáticos (gástricos, hepáticos, cardíacos) en padres e hijos.

En otros árboles familiares de *emotivos*, sensibles, inestables, lábiles de humor, con labilidad circulatoria, se repiten de padres a hijos las reacciones de la pubertad y de la menopausia con acentuados síntomas psicosomáticos (arritmias, perturbaciones vasomotoras, urticarias, asma, colitis, cólicos del ovario, etc.) y se repiten de los padres a los hijos las crisis de ansiedad cardíaca, los colapsos emocionales y las crisis de astenia y emotividad.

Ciertas familias pertenecen a *círculos morbosos* bien definidos. Este es el caso de los ciclotípicos, en cuya ascendencia y colaterales hay frecuentes casos de depresiones, de "agotamiento", de "neurastenia" e incluso de melancolías típicas. Otros podrán pertenecer al ámbito, más lato aún, del círculo timopático (BUMCKE, LÓPEZ IBOR) y tienen en la familia distintos miembros con neurosis ansiosas, fóbicos y casos psicosomáticos con tendencia a la *evolución periódica*, en fases más o menos bien definidas, sustituyéndose o alternándose con estados ansiosos, estados de astenia y síntomas somáticos (eczemas, pruritos, colitis, discinesias biliares).

Menos conocida es la intersección con el *círculo epiléptico* y el círculo de la *jaqueca*. Tenemos observados muchos casos con distintos síntomas psicosomáticos (incluso ginecológicos) emparentados con individuos epilépticos bien caracterizados (epilepsia esencial) o psicópatas afines (distínicos, explosivos, etcétera). En casi todos ellos observamos labilidad emocional e impulsividad, en ocasiones reprimidas por la represión social, y con frecuencia se encuentra una variación del humor, a pesar de la fijación y tenacidad de algunos síntomas (cólicos del ovario, colitis, cefalalgias, vértigos, etc.). En los individuos con jaquecas y en sus familias aparecen estados disfóricos acompañados de síntomas de tipo "psicosomático" (no sólo vértigos, algias faciales, depresiones e inhibición ideativa y fatigabilidad mental, sino también síntomas de otros territorios orgánicos, gás-

tricos, colíticos, ováricos y aun respiratorios y circulatorios).

Aunque menos frecuentemente, se observan casos de esta especie en el círculo constitucional *esquizotípico*, tanto en el tipo obsesivo crónico como en el esquizoide, sin hablar de la posible evolución de ciertas esquizofrenias procesales, en el decurso de largos meses, bajo la forma de quejas somáticas mal definidas, que sólo más tarde se manifiestan como síntomas hipocondriacos delirantes, que revelan claramente su naturaleza psicótica.

La *interacción de la herencia y del ambiente* se revela con claridad en el desenvolvimiento de los caracteres y de la personalidad del individuo. Por lo que se refiere a nuestro problema, tenemos que resaltar que los efectos sobre la salud del hombre que tienen los esfuerzos a los cuales se ve obligado, desde su infancia, para mantener la vida, para alcanzar el cariño y el amor y para obtener, en suma, la satisfacción de sus deseos, no son semejantes en todos los individuos. Dependen de las circunstancias externas, de la alimentación, bienestar y aseo del ambiente, de los cuidados y cariños de la madre y demás familiares, de las relaciones con los maestros, jefes y compañeros en la casa, en la escuela, en el aprendizaje de oficios, en los locales de trabajo, en la vida social en general y, además y muy especialmente, de la *textura de su misma personalidad*, del modo de ser propio e individual, tanto en el ámbito del carácter y del temperamento como en el de la constitución morfológica y tendencias de respuesta biológica.

Al leer las obras actuales de "psicosomática" no es frecuente encontrar referencias sobre este importante punto de vista. Como si la educación severa de una madre "castradora" (usando el lenguaje freudiano), las restricciones, la falta de afectos en el ambiente no condujesen a fines totalmente distintos en individuos de tendencia evolutiva (genético-constitucional) *picnemorfo-ciclotípico* o *esquizomorfo-esquizotípico*.

Solamente en unos cuantos autores (KRESTCHMER y sus colaboradores) encontramos esta *sensata conjugación del dinamismo psicológico y social* con el realce de los factores constitucionales. Así, en el decurso de la vida, un ciclotípico se adapta a las más diferentes circunstancias, al paso que un esquizotípico se queda prisionero para siempre ante el primer desaire en su competición vital. Hay quien aguanta las más variadas vicisitudes sin crear "complejos" y hay quien presenta ya desde la cuna toda una gama de graves "complejos" que continuamente va alimentando en el decurso de su vivir. El modo de ser de cada uno indica su *interpretación personal a los sucesos del vivir social* y los elabora dentro de un tipo específico de *vivencia personal*. El propio modo de ser individual lleva a las distintas personas a buscar ambientes, a seleccionar los individuos con que trate, a elegir el medio para alcanzar los fines que se proponen. El *Mundo cósmico*, la diversidad de los climas y de los países, de las civilizaciones y de las culturas ofrece a cada cual el *ambiente posible*, los *estímulos* e instrumentos utilizables para la vida personal de cada individuo en relación con los otros y dentro del conglomerado social. De nuevo vemos así cerrado el *círculo de interacción individuo-ambiente*, herencia-ambiente que, ya repetidas veces, hemos acentuado. La valoración exclusiva y tendenciosa de uno solo de estos factores, por la que abogan los doctrinarios,

como ya hemos comprobado en nuestra vida, en dos décadas de experiencia personal (hemos asistido al cambio brusco del racismo para el freudismo de la postguerra y de éste para el pavlovismo y el existencialismo, con todos sus excesos apasionados y fuera de crítica), expresa la imperfección de ciertas formas del pensamiento científico o la incapacidad de aprensión mental de los médicos e higienistas para reunir, en una función más compleja, factores distintos, como es lo usual en la fisica actual.

En un esfuerzo "convergente" para superar estos vicios del pensar doctrinal (de tan nefastas consecuencias en la práctica terapéutica) propusimos primero para las reacciones neuróticas, después para las afecciones psicosomáticas, la discriminación esquemática de cuatro "dimensiones" o "coordenadas" principales de *referencia*, en las cuales se inscriben la mayoría de las situaciones clínicas.

Las cuatro dimensiones fundamentales de las reacciones morbosas humanas son las siguientes:

- 1) Constitución evolutiva.
- 2) Vitalidad.
- 3) Organicidad.
- 4) Dinamismo psicológico y social.

Después de lo dicho no es necesario concretar en detalle cada una de estas coordenadas o dimensiones. Los ejemplos antes citados, aunque no hagan una discriminación analítica, resumen datos relativos a los cuatro grupos de factores. En la *constitución evolutiva* se comprende la herencia y los caracteres de personalidad psico-física en el curso de la evolución, desde la vida embrionaria a la infancia, madurez y senilidad. Su carácter evolutivo le quita aquella rigidez que, erróneamente, se le atribuía a la personalidad y a la constitución. En el curso de tal evolución se evidencia también lo que se designa como *vitalidad*, o sea, las variaciones del tono vital del individuo, el estado afectivo vital (humor), el *élan* instintivo, el potencial de la actividad, la tensión de la conciencia; estas funciones psicológicas básicas están intimamente relacionadas con las funciones somáticas globales (sueño, vigilia, apetitos alimenticios, hídrico y sexual) y a los procesos vegetativos generales (nutrición, metabolismo de los prótidos, lípidos, glúcidos y del agua).

Bajo la rúbrica de la *organicidad* se inscriben los factores patogénicos clásicos de carácter "orgánico", más o menos localizados en órganos o sistemas y concretizados o no en alteraciones estructurales de los tejidos (son los factores físicos, químicos, infecciosos, tóxicos, etc.).

En relación a la práctica clínica, no podemos todavía, sin previo análisis, reducir a datos más generales, como el "stress", en sus muchas acepciones. El progreso de la "psicosomática" consiste en no considerar tales factores de una manera aislada, sino en su *relatividad* en relación con el conjunto de las otras noxas. En cualquier problema de la física (espacio, tiempo, velocidad, aceleración, etc.) no existen datos absolutos; deben estar siempre integrados en su respectiva función. Pero en biología y en la clínica humana estamos todavía muy lejos de la aproximación de la relatividad al modo de Einstein. Así, una influenza, por ejemplo, puede poner en marcha (lo cual no significa "causar" directamente) una reacción psicosomática, como tantas veces se observa en la práctica. Esto sucederá tanto más fácilmente cuanto mayor predisposición tenga el sujeto, si está en una fase biológica de labilidad vital (crisis pre-menstrual, fase ciclotípica depresiva, et-

cétera), si está vitalmente "agotado" (falta de sueño, exceso de trabajo, estímulos repetidos de distintas especies), o si está, por otra parte y al mismo tiempo, con preocupaciones, aterrorizado por las consecuencias de sus actos, humillado, si piensa que va quedar sin el aprecio de los demás y de sí mismo, si se siente fracasado, abandonado por los amigos, incomprendido o temeroso de que piensen mal de él.

Y así encontramos el cuarto grupo de coordenadas, que incluiremos en el *dynamismo psicológico y social*.

Sería necesario un breve curso de Psicología Médica para explicar este tema, esencial a la psicosomática. Esperamos que una nueva reforma de los estudios médicos de nuestro país no deje esa grave laguna en la preparación del futuro médico. Los ejemplos que hemos mencionado sobresalen, por su frecuencia e interés, las situaciones emocionantes de la vida en todos sus aspectos, tanto en la más oculta intimidad del ser (los escrúpulos, los problemas de conciencia) como en el palco de la vida social (el prestigio, las relaciones con los demás), tanto en las bases económicas del vivir (la lucha por el pan diario, por las dificultades, competiciones, represiones y límites de toda especie) como en el conflicto de las concepciones ideológicas y de los valores que nos guían en nuestro vivir de civilizados (el asentimiento o el repudio a ésta o a aquella concepción política o religiosa, las actitudes que implican la apreciación ética de los propios actos o de los ajenos en cuanto a las normas de la cultura que, con sinceridad y convicción, adherimos y comprendemos o repudiamos y criticamos). En una palabra: *la limitación de la propia existencia en el juego angustioso de las posibilidades y propósitos personales ante las limitaciones del Mundo*.

Sobre las conclusiones terapéuticas de nuestro punto de vista diremos, para terminar, lo siguiente:

*La actitud psicosomática* propugnada de ningún modo implica la "psicoterapia universal" de todas las enfermedades. Aconsejar sin más a un enfermo de úlcera de estómago un tratamiento psicoanalítico es una falta de buen sentido, tan grave como recomendarle, en las mismas condiciones de pensar simplista, una gastrectomía o una operación de vagotomía.

Así como determinamos para las terapéuticas psiquiátricas, también para la medicina en general se pueden ordenar y conjugar con utilidad, desde este nuevo ángulo "psicosomático", *los tratamientos quirúrgicos, farmacológicos, biológicos, psicológicos y sociales*.

Así, trataremos los factores vitales con terapéuticas biológicas (de choque, hormonas, ganglioplájicos, etc.), los factores orgánicos con las terapéuticas clínicas (antibióticos, cirugía, etc.), los factores psicológicos por la psicoterapia y los sociales por medidas económicas de auxilio familiar y otras. Lo esencial es que no se pierda de vista el conjunto que tiene por centro al individuo. Esto es: *toda acción terapéutica se refiere a la persona enferma y no busca apenas combatir la enfermedad*.

El modo como cada cual siente una operación quirúrgica, o cualquier otro tratamiento, tiene por sí mismo una *significación psicoterápica*, y puede por las resistencias personales ofrecidas, o por la sugerión favorable, destruir en un caso, o facilitar en otro, el efecto terapéutico que se pretende.

Así, en un hipertenso, podremos combinar el efecto de nuestros medicamentos neuroplájicos y otros hipotensores con la psicoterapia, desde la sencilla terapéutica por la "relajación" hasta la acción personal, fundamentada en bases analíticas o de reorientación de las actitudes y de la forma de vida del enfermo. De todos es un hecho bien conocido que la prescripción de dietas y curas de reposo forzadas sin una adhesión personal del enfermo, conduce a un aumento de la tensión penosa o de la inquietud en que el enfermo vive. La acción farmacológica de los remedios puede ser reforzada por el apoyo del médico y por el consentimiento del enfermo, como también las opiniones tendenciosas y dogmáticas sobre éste o aquél tratamiento modifiquen su aceptación y resultado.

Si algo de nuevo nos trae la "psicosomática" es una actitud más justa del médico en presencia del enfermo y la valorización de las inter-relaciones emocionales reciprocas. De este modo se otorgan unas bases más sólidas a las nociones tradicionales (honor de nuestra profesión) del apoyo afectivo y comprensión simpática del enfermo hacia el médico que le cuida, integrando en esa *actitud humana* todos los adelantos de la *técnica científica*.

La nueva actitud consiste, esencialmente, en conjugar, sin contradicción dialéctica interna, la *apreciación clínica y laboratorial* y todas las *terapéuticas* (quirúrgicas, biológicas, farmacológicas, fisioterápicas, etc.) con la *apreciación psicológica y espiritual* y los tratamientos respectivos. Cuidar los enfermos como manda el progreso científico, dentro de la comprensión global de su Persona como Hombre enfermo.