

TRASTORNOS PSIQUICOS
EN LAS ENFERMEDADES SOMATICAS.
LOS PSICOMAS (I)

CARLOS GUTIERREZ AGUILERA
NEUROPSIQUIATRA DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL
(SANATORIO DE «LOS PRADOS»)
JAEN

«Terra fere incógnita»
W. HELLPACH

Sorprende desagradablemente considerar como en una era científica colocada bajo el estandarte de «lo psicossomático» se haya interpretado éste de manera tan parcial. La concepción psicossomática ha venido a introducir algunas novedades de interés en la mente de nuestros médicos, pero llegó también sembrando errores que aun no han sido proclamados. La Medicina Psicossomática, tan necesaria para combatir la superespecialización americana, no lo era tanto a la medicina europea, pero, sin embargo, se dejó infiltrar en ella, como tantas otras cosas provistas del exótico y snobista marchamo americano.

La Medicina Psicossomática, tras una teoría atrayente en la que ha proclamado que debe considerarse al enfermo como una *unidad personal afectada*, se redujo en la práctica al estudio de las causas morbosas afectivo-impulsivas, dotando a sus enseñanzas de un sin fin de ejemplos en los que se evidencia tan solo el predominio o prevalencia en esa «unidad» de un factor: el psíquico causal.

Esta novedad ha sido captada rápidamente por multitud de científicos modernos, sin llegar a percibir que con esa concepción parcial hacen tambalear seriamente la «unidad» que con tan-

(1) Conferencias y coloquio mantenidos en el seno del Seminario Médico de la Sección VI del I. E. G. en los días 8 y 10 de Marzo de 1958.

ta energía promulgan. Son estos médicos los que buscan en el origen de las enfermedades somáticas de todos sus pacientes una motivación psíquica, son los que, ante cuadros somáticos oscuros, mandan sus enfermos al psiquiatra o psicoanalista, son los que creen —que también los hay— que la patología psicósomática es de incumbencia del psiquiatra, tanto en la exploración y diagnóstico como en el tratamiento.

A este extremo falso se une el de olvidar que, dentro de esta nueva y amplia orientación de la medicina, existe una faceta, de tanta importancia como la psicósomática, que es la somatopsíquica. Ambas facetas conforman la «unidad personal» que la primera propugna, olvidando o desconociendo la segunda. Si el ser humano está constituido por dos vertientes y hemos de considerarlo como un todo, estamos cometiendo un grave error de principio al dar importancia clave a una de ellas, despreciando a la otra.

Planteando las cosas así, el origen del error estriba, pues, en una mera cuestión lingüística y el defecto está en dotar de importancia prevalente al factor de la raíz que figure en primer lugar, psíquico o somático, según se le estudie desde el punto de vista *psico-somático* o desde el *sómatopsíquico*. Como es lógico pensar, el problema está muy por encima de estas meras consideraciones etimológicas y éste es, precisamente, otro de los defectos que, involuntaria e inconscientemente, se introduce en la mentalidad de los defensores de

esta nueva concepción de la medicina.

Es por ello que la expresión «medicina psicósomática» es el primer error de ella misma y debiera ser sustituida por la que preconiza la escuela alemana de «Medicina Antropológica».

Con las mismas directrices, con una más amplia concepción científico-personalista y con varios años de antelación, LUDOLF KREHL, durante la primera guerra mundial, empezó a entrever que el estudio de la enfermedad debía dejar paso al estudio del enfermo, de su personalidad, de su biografía. Las sugerencias de KREHL, tan poco conocidas por nuestros médicos, fueron seguidas en Alemania por alumnos de la categoría de SIEBECK y VON WEIZSACKER, constituyéndose la conocida «Escuela de Heidelberg» asentada en la «Ludolf-Krehl-Klinik» de aquella ciudad. Es interesante comentar cómo también estos pioneros de la Medicina Antropológica tendían igualmente a caer en el defecto de considerar primariamente el factor psíquico en cuanto a causalidad, sin preocuparse grandemente de las repercusiones anímicas que en el enfermo pudiese producir la enfermedad orgánica. Sin embargo, no creo que sea accidental el hecho de que W. HELLPACH, contemporáneo nuestro y también de Heidelberg —aunque no adscrito al parecer al grupo que comento— se haya preocupado por el problema de la afectación psíquica en la patología corporal en su libro «Klinische Psychologie».

Entiende HELLPACH por Psicología Clínica aquella rama

de la medicina que se ocupa de estudiar toda suerte de comportamientos psíquicos en las enfermedades somáticas. En contra de lo que el nombre puede dar a entender, no se trata aquí de enfermedades o desviaciones primordialmente psíquicas: psicosis, neurosis y psicopatías, sino de las repercusiones mentales que la enfermedad corporal presenta en el sujeto psíquicamente sano con antelación.

Esta es, pues, una faceta que interesa vivamente a todo médico, sea internista, cirujano o especialista de cualquier rama, que desee atender a sus pacientes más que tratar enfermedades.

Nuevamente aquí surge el confusionismo lingüístico, ya que el término o expresión de «Psicología Clínica» se usa en Psiquiatría para designar aquella rama de la Psicología Aplicada que se dedica al estudio de las funciones mentales alteradas, de las alteraciones psicopatológicas en la clínica psiquiátrica y que utiliza como instrumento de trabajo toda una serie de exploraciones, pruebas y tests.

Esta duplicidad conceptual es un elemento más en el caos que, en la actualidad, reina en la mente de muchos interesados en estas cuestiones. Yo propondría, para eludir la confusión, persistir en la denominación de Psicología Clínica para esta rama de la Psicología Aplicada y, en cambio, denominar «Psicología de la Clínica» a aquella disciplina que estudia las desviaciones psíquicas en los enfermos somáticos.

Llámesela Psicología de la Clínica o Medicina Somatopsíquica, es lo cierto que se trata de

un elemento de excepcional importancia dentro del amplio capítulo de la Medicina Antropológica o Antropopatológica.

Es principio fundamental de esta concepción de la medicina el estudio del enfermo como una unidad, como un todo, y al preconizar este extremo se hace especial hincapié en el aspecto psicológico del enfermo, elemento altamente importante por cuanto se trata de «hombre» afecto de enfermedad, «hombre» que la medicina científico-natural, con sus indagaciones fisiopatológicas, etiopatogénicas, metabólicas y organicistas, tenía sumamente olvidado. Pero nunca se insistirá bastante en que el aspecto psicológico que interesa considerar en el hombre-enfermo no es solo el puramente causal o de motivación, que ha propagado, hipertrofiándolo casi, la medicina psicosomática, sino también —y esto es más trascendente para el médico en el amplio sentido de la palabra— el consecutivo a la enfermedad. La enfermedad podrá tener un origen psíquico primario más o menos directo, más o menos claro, pero lo que siempre tiene de forma indefectible es una repercusión psíquica evidente, de mayor o menor consideración, que es de grave incumbencia del médico considerar, ponderar y tratar. Estimo este aspecto somatopsíquico más humano y científico que el primero. No niego que todo Médico le preste, en la práctica diaria, su consideración, pero sí afirmo que muchos lo hacen de manera inconsciente, sin darle su justo valor.

La necesidad, por tanto, del estudio detenido del paciente se nos aparece clara. El conocimiento de la enfermedad que aqueja al enfermo será siempre un conocimiento frío y ajeno a la realidad si no entrevemos qué dotación personal o humana interviene en esa dualidad «hombre-enfermo».

Importa mucho conocer su biografía, su personalidad, sus modos de reaccionar, qué acontecer psíquico puede haber influido en el desencadenamiento de su afección somática y cómo reaccionó su personalidad toda a esta incidencia patológica. Aun cuando la reacción psíquica sea normal, como ocurre en la mayoría de los casos, no debe el médico eludir su identificación y análisis, puesto que se trata de un elemento más en el complejo hombre-enfermedad.

Puede objetarse, sin duda, que una conjuntivitis puede ser tratada, una fractura de femur reducida o un absceso dilatado, sin que el que dirige el tratamiento tenga que preocuparse del estado psíquico del paciente. Esto es cierto solo a medias, pues que todo paciente, por muy concreta, objetiva, leve y delimitada que sea su enfermedad, no solo la padece sino que se siente a sí mismo enfermo. Y es frecuente que se «sienta» más enfermo de lo que en realidad lo «está». Mal podemos tachar de «enfermo» en un sentido de «totalidad» a un sujeto con una conjuntivitis banal, p. ej... Mas en cuanto éste se acerca al médico para que le ayude, da a entender de forma tácita que su

leve alteración le afecta psíquicamente lo suficiente como para buscar este auxilio. La misma expresión lingüística de «paciente» encierra en sí todo un significado metafísico de ser que sufre con paciencia (componente psíquico) una determinada enfermedad, dolencia o malestar.

En este sentido, WALSCH llegó a decir: «A pesar de nuestros adelantos en Medicina, no cabe duda de que es más importante conocer al enfermo que padece la enfermedad, que conocer la enfermedad que el enfermo padece».

Se impone, pues, establecer la diferencia conceptual que existe entre los términos «enfermedad» y «enfermar». AUMENTE comenta la «enfermedad» como abstracción conceptual de una realidad que, aunque no se quiera, permanece ligada a la idea de «especie morbosa» de SYDENHAM, en tanto que entiende el «enfermar» como modo de vivenciar, saber y hacer la propia alteración que padecemos. Y esto último ocurre siempre y solamente, en el hombre; el hombre enferma en tanto que en el animal sobrevienen enfermedades, diferencia esencial entre dos órdenes de patologías: la biológica y la antropológica. Nos interesa en este trabajo el cómo y de qué manera participa el yo como sujeto en su propio enfermar: es decir, el cómo vive su enfermedad.

En resumen, pues, ante todo paciente nos enfrentamos con dos elementos: hombre y enfermedad. No es válido por consiguiente en el actuar médico atender a una, aunque sea con extrema corrección científica, y

olvidar o menospreciar al otro. Es cierto que en múltiples ocasiones la afectación humana o personal es más la de *estar-enfermo* —fría, objetiva, indiferente— que la de *sentirse-enfermo* —hipocondríaca y desmesurada—, pero eso no autoriza a considerar «a priori» en un enfermo como carente de interés médico la repercusión psíquica y eludir por tanto su indagación, que, aunque solo sea por interés diagnóstico, debe ser realizada, puesto que además ello siempre encierra en sí un valor psicoterápico no despreciable, en cuanto que supone interés, comprensión y deseo de ayuda la mera pregunta «¿Cómo soporta Vd. su enfermedad?»

Nos proponemos estudiar cómo reacciona el hombre ante la enfermedad. En este punto hemos de revisar el concepto que de *reacción* se tiene en Psiquiatría.

Ante todo, existe una *reacción normal*. Entiende la Psiquiatría por *reacción normal* aquella respuesta de la personalidad que cursa por cauces comprensibles y que por una mera introspección, e incluso consideración estadística, es considerada como lógica y adecuada. Llamamos a esta reacción «psicológicamente comprensible» porque comprendemos que, si bien esa reacción hubiera podido no ser la nuestra, es adecuada y normal y no es lícito tacharla de anómala ni extraña. Nos valemos aquí, para el enjuiciamiento de la reacción, del método introspectivo.

En el terreno de lo patológico podemos distinguir con K. SCHNEIDER dos tipos distintos:

la reacción psicogenética y la reacción biológica.

Entiende por *reacción psicogenética* la desviación de un proceso psicológico de su cauce y desarrollo normales a consecuencia de la intervención de una vivencia, que lo mismo obra etiológicamente que influye en las manifestaciones clínicas del síndrome. JASPERS exige, en esta reacción, que existan relaciones de comprensión lógicas entre vivencia desencadenante y contenido de la reacción. Para que surja la reacción es preciso que la vivencia actúe con intensidad, durante excesivo tiempo o frente a una personalidad predispuesta a reaccionar en este sentido.

Por el contrario, comprende por *reacción biológica* la del cerebro a estímulos orgánicos (enfermedades, intoxicaciones, traumas). Existen dos formas diversas de reaccionar biológicamente:

a) La *reacción exógena*. BONHOEFFER describió esta reacción, entendiéndola por ella la constante presentación de ciertos síndromes psíquicos agudos como consecuencia de la actuación de determinados agentes patógenos externos, en especial toxígenos. Ya comentaré la patogenia de este reaccionar.

b) La *reacción endógena*. Esta noción se debe a BOSTROEM. Comprendemos por ella la puesta en marcha de psicosis arraigadas genotípicamente a la constitución, a consecuencia de la actuación de agentes patógenos externos. Estos movilizan la psicosis endógena, que luego cursa independientemente de la enfermedad desencadenante.

Pero entremos en el terreno práctico. Voy a intentar repasar los comportamientos, repercusiones o incidencias psíquicas más frecuentes en enfermedades orgánicas. La extensión de tal tema obliga a una clasificación quizás algo excesivamente esquemática, pero imprescindible si se

desea dar una visión de conjunto del problema.

De acuerdo con las formas de reacción arriba citadas estimo que, con fines expositivos, puede establecerse la siguiente *clasificación de alteraciones psíquicas en las enfermedades corporales*:

- 1.—Alteraciones psíquicas psicológicamente comprensibles
- 2.—Trastornos neuróticos o psicogenéticos
- 3.—Trastornos psicóticos exógenos

}	a.—Síndromes sintomáticos
}	b.—Psicomas
- 4.—Psicosis endógenas desencadenadas

En esta clasificación ha sido preciso excluir:

a) Un capítulo dedicado a los *trastornos psíquicos medicamentosos* que en el esquema originario de este trabajo había incluido. Me referiría en él con detenimiento a toda una serie de alteraciones mentales de interés que se presentan, o pueden presentarse, en el curso de tratamientos por medio de las hidrácidas, bencedrinas, atebrina, reserpina, cortisona, barbitúricos, morfina y algunos otros, sin hacer mención, naturalmente, a los medicamentos que suelen ser de exclusivo, o casi exclusivo empleo en Psiquiatría.

b) Debe excluirse también de aquí todo un amplio grupo de psicosis evidentes que tienen una raíz corporal. Me refiero a las denominadas por nosotros «*psicosis orgánicas*». Aunque somatógenas, la parálisis general, neurolues, episodios psicóticos, alcohólicos y morfínicos, psicosis arteriosclerosa, etc., por pre-

sentar una sintomatología casi exclusivamente psiquiátrica, una evolución hacia el embrutecimiento o desmoronamiento de la personalidad y un tratamiento específico dentro de la Psiquiatría Clínica, tampoco interesan en este trabajo.

Analicemos ahora los apartados de nuestra clasificación:

1.—Alteraciones psíquicas psicológicamente comprensibles.

Toda enfermedad adquiere siempre un sentido en la vida. Con LOPEZ IBOR hemos de admitir que la enfermedad es una limitación de la vida, como un traspunto de la muerte; es «una muerte pequeña». Es algo natural, una reacción psíquica adecuada, que puede ser objeto de introspección, que ante un dolor o enfermedad súbita que interrumpa el curso de nuestra vida se responda anímicamente de forma más o menos intensa.

El que sea *adecuado* un modo psíquico de reaccionar (es decir, psicológicamente comprensible) al hecho de estar enfermo, depende del modo de ser del paciente cuando estaba sano. Es sabido cuan diversamente reaccionan los hombres ante la enfermedad. Pero, sin embargo, existen ciertos modos generales de reacción, como refiere HELL-PACH.

a) Entre ellos se cuentan en primer lugar las *alteraciones sufridas en nuestra vida habitual* y que dependen del hecho de estar enfermo. Aquí la enfermedad es un impedimento, una contrariedad, un obstáculo. Frustración de nuestros planes de trabajo o esparcimiento, obligada inactividad durante semanas o meses. Todo ello trae consigo depresión, mal humor, tristeza. Afirma SCHWARTZ que «enfermar solo lo puede hacer el hombre porque solo él tiene fines que cumplir». Aquí podríamos hablar también del pentágono pático de VON WEIZSCHAEBCKER, esquema en el que se mueven enfermo y enfermedades y en el que juegan los términos *poder, querer, tener que, deber de y estar permitido*.

b) En segundo término figuran las graves *consecuencias* que, no por la enfermedad en sí, sino por las *especiales circunstancias del enfermo*, aquella puede originarle. Es comprensible la irritabilidad, sensación de impotencia e inquietud que puede sufrir aquel al que la enfermedad le impida realizar un determinado viaje, exámenes u otros asuntos de extrema importancia,

pérdida de ingresos económicos necesarios, etc.

c) Aun cuando las consecuencias no sean graves, en el estudio de la adecuación de la reacción deben tenerse en cuenta *toda suerte de circunstancias que rodeen al enfermo*, más que la consideración de la auténtica gravedad de la enfermedad. Es fácil comprender así la depresión, incluso angustia, que puede sentir una chica joven ante la aparición de placas de alopecia, o la de una señora pulcra al sentirse contagiada de una escabiasis.

d) Más esencial para nuestro estudio es el grupo de las *reacciones que aparecen en el enfermo consecutivamente a su sensación de enfermedad* y que surgen de la propia corporalidad afectada, alterada, debilitada o dolorida. Es conocida la pérdida de interés por cuanto nos rodea, la introversión, que aparecen en todo dolor. La alteración funcional acostumbra a desencadenar inquietud, ansiedad, mal humor, impaciencia, preocupación. Los sujetos que rara vez están enfermos se sienten irritados, protestan cuando les asalta cualquier dolencia, pues no llegan a comprender cómo, dada su habitual salud, puede sucederles algo análogo. El fastidio y el disgusto, en cambio, en las personas enfermas es más difícil de ver, adoptando éstas actitudes de resignado abandono frente a sus frecuentes enfermedades.

e) Son interesantes también, en algún tipo de enfermos, las alteraciones que presentan relativas a las *consecuencias de su enfermedad o traumatismo*

sufrido. En ellas es frecuente la preocupación, temor, angustia o aprensión de padecer alguna enfermedad incurable, de quedar inválidos, incapaces, de que la afección se transforme en crónica o «degenere» en alguna otra de mayor consideración.

f) Hemos de considerar asimismo las reacciones que suelen presentarse en *enfermedades largas o incurables*. Las enfermedades que duran meses convierten en costumbre el hecho de estar enfermo, de tal manera que la fe en curarse se socava, vacilando la propia voluntad de sanar. De todas formas, la depresión, tristeza o apatía suele ser lo frecuente, aunque no la regla. En los inválidos, especialmente en aquellos cuyo padecimiento crónico empezó en la infancia, suele apreciarse elevada necesidad de estimación, impulso a la hipercompensación y pronta rebeldía ante supuestas postergaciones, aunque también se ve en muchos casos un marcado aumento de la productividad espiritual. Los niños con enfermedades crónicas son casi siempre enfermos de una paciencia conmovedora.

g) También han de incluirse aquí un tipo de reacciones que aunque no totalmente adecuadas, y más difíciles de catalogar como «psicológicamente comprensibles», tampoco podemos considerar como anormales. Las definiremos como *reacciones psíquicas inesperadas* en enfermos somáticos. Muchas personas adoptan ante la enfermedad actitudes distintas del sufrimiento psíquico, es decir, actitudes que no se refieren solo a éste, que

aparecen como modalidades «específicas» del «sentirse enfermo» y que con frecuencia no corresponden a aquellas que serían de esperar teniendo en cuenta el temperamento habitual de dichas personas. Personas charlatanas en su vida normal pueden soportar su enfermedad sin quejarse ni darle importancia, en tanto que otros, poco comunicativos normalmente, charlan sin mesura en cuanto sufren cualquier indisposición, relatando a todos pormenores de la misma. Sujetos quisquillosos e irritables pueden tornarse sosegados y tranquilos ante una enfermedad y soportar con entereza graves intervenciones.

Pero todo ello, que desde el punto de vista general y objetivo puede aparecer como inadecuado, como asegura HELLPACH, es posible que resulte adecuado desde el punto de vista subjetivo, es decir, teniendo en cuenta la manera de ser del paciente. Por lo que a este particular respecta, la enfermedad nos permite frecuentemente sondear irregularidades y recovecos caracterológicos que apenas resultan apreciables bajo la tranquila superficie que el sujeto sano nos ofrece en su vida habitual.

En todos los casos antes citados corresponde a la misión profesional del médico restablecer la auténtica adecuación entre enfermo y enfermedad allí donde aquella falta o se ha trastornado. Es necesario para ello realizar una labor psicoterápica, nada especializada, pero que lleve a una mejor convivencia entre enfermedad y enfermo. En cada caso

la orientación psicoterápica será elegida por la intuición del médico: ora se tratará de conseguir una conformidad, ora apaciguar una impaciencia, ya tranquilizar unos temores, ya preparar el ánimo del enfermo a una futura invalidez o cronicidad. En este último caso es, a veces, necesaria una verdadera psicagogía preparadora de la personalidad y quizás, en lo que al médico le es permitido, dar a la psicoterapia una cierta orientación religiosa de acuerdo con las teorías de la Escuela Vienesa y de la moderna «Medicina de la Persona». En todo ello estriba una buena parte del éxito del tratamiento general y el secreto de la eficacia o simpatía de muchos excelentes colegas.

2.—Trastornos Neuróticos o Psicogenéticos

Hay que incluir en este grupo una serie de alteraciones neuróticas que aparecen o se inician en el curso de somatosis diversas. Es interesante en él hacer las siguientes salvedades.

En primer lugar, aun cuando los trastornos que aquí podemos estudiar sean claramente neuróticos no está clara su psicogenia, es decir, no es evidente que se trate de reacciones psicogenéticas a la vivencia de enfermedad. En el grupo de vivencias capaces de desencadenar episodios psiconeuróticos (emociones intensas, desesperación, angustia, cólera, espanto, etc., que describió KRAEPELIN) no aparece la *enfermedad*, de tal modo que ésta tiene que revestir especiales características

de gravedad o dolor, tiene que mostrarse durante un período prolongado o debe asentar en una personalidad predispuesta a este tipo de reacciones para que el trastorno haga aparición.

Por otra parte, las alteraciones neuróticas que pueden aparecer en el curso de enfermedades corporales, aunque neuróticas en lo sintomático, pueden reconocer una patogenia orgánica, que, si bien poco clara, parece abrirse lentamente camino en las últimas publicaciones. Tal es el caso de cuadros neurasteniformes en el curso o convalecencia de enfermedades corporales. La psicogenia y somatogenia en estos episodios aparecen imbricadas y es difícil la delimitación de campos.

Sea como quiera, somatógenas, o psicógenas, pero desde luego sintomatológicamente neuróticas, las alteraciones que pueden presentarse en enfermos corporales son raras. Cuando se establecen son de la incumbencia del psiquiatra, pues en su sintomatología no se diferencian de las otras neurosis que pueden verse en la práctica psiquiátrica. En este sentido, parece que nos enfrentamos con la movilización por la somatosis de características histeriformes o neuróticas asentadas en la personalidad del enfermo. Es decir, podrían ser consideradas como el último grupo de nuestra clasificación con las oportunas diferencias sintomáticas.

Existen para HELLPACH dos desviaciones de la responsabilidad acerca de la propia salud, que conocemos con los nombres

de *actitud histérica* y de *actitud hipocondríaca*, ante el hecho de estar corporalmente enfermo. El sentido de cada una de ellas es distinto y polarmente opuesto. En el *histérico* existe algo que no quiere estar sano, en tanto que por contra el *hipocondríaco* quiere estar demasiado sano. Este aferrarse a la idea de enfermedad como ocurre en ambas actitudes, aunque de polo opuesto, puede surgir en sujetos, psíquicamente normales con anterioridad, cuando padecen una enfermedad prolongada.

Los episodios neuróticos que, según todo esto, aparecen con más frecuencia son:

a) *Crisis histeriformes*.— Aunque poco frecuentes, la aparición de crisis histeriformes en el curso de somatosis es posible. Con frecuencia enturbian el cuadro clínico, induciendo a confusión al médico. Se trata en general de crisis que aparecen en el curso de intensos dolores de cualquier localización pero, particularmente, de cabeza. Es entonces cuando se ha de ser muy cautos a la hora del diagnóstico diferencial con crisis epileptiformes por hipertensiones craneales. Un análisis detenido de la morfología de los ataques, de las relaciones de causa a efecto en su presentación, de la exploración y la práctica de un EEG pueden únicamente establecer el diagnóstico. En mi práctica existen casos de cefaleas intensas jaquecoideas, meningíticas, neuralgias ciáticas y casos de carcinosis en las que han hecho aparición crisis de este tipo. Es interesante consignar, que no he podido ver otros sínto-

mas de la serie histeriforme más que los ataques. Suelen mejorar y desaparecer con la remisión de la sintomatología corporal.

b) *Neurastenia adquirida*. Que en el curso de enfermedades prolongadas y en la convalecencia de otras especialmente agotadoras pueden aparecer trastornos de este tipo, ya estudiados en el seno de este Seminario, es algo generalmente aceptado y unánimemente admitido. Remito al interesado en esta cuestión a la puesta al día de ARIAS PARRA referente a este extremo. Es más frecuente su aparición que las crisis anteriormente citadas y puede aparecer en múltiples somatosis. Es en especial frecuente en la sífilis, estados carcinomatosos, procesos intestinales crónicos y otras enfermedades consuntivas. Esto nos orienta ya en el sentido de que la somatogenia de la neurastenia tiene un importante papel aquí. El paralelismo entre somatosis y neurosis no es claro, a tal punto, que el cuadro psíquico puede aparecer mucho después de haber pasado el orgánico. Más adelante volvemos sobre este punto.

c) *Estados hipocondríacos*. El hipocondríaco y aprensivo teme continuamente estar enfermo, ser contagiado, por lo que se observa, controla el pulso, la temperatura. Su vida está dominada por una preocupación: la propia salud. Este cuadro que, por lo común reconoce un origen distinto de la enfermedad corporal, puede en ocasiones desencadenarse a raíz de un proceso somático cualquiera que sea. No son pocos los pacientes que tras haber padecido una afección febril

no saben desprenderse del termómetro, aún cuando la infección haya pasado totalmente. Se angustian ante la posible recaída, se rodean de un sinnúmero de precauciones y cuidados. Esta angustia les provoca un estado emocional con alteraciones de la frecuencia, e incluso del ritmo, del pulso que recogen en su frecuente observación del mismo, originándose una mayor angustia al comprobar su alteración. Pueden llegar por este camino a desencadenarse auténticas organoneurosis. En este punto, las fronteras o parentesco entre la neurosis hipocondríaca, la organoneurosis y la neurodisonía vegetativa son tan vagas e imprecisas que puede llegar a pensarse que se trata de un solo y único disturbo neurótico. Por supuesto que, en ello, la auténtica neurosis hipocondríaca no difiere en nada de los raros estados hipocondríacos desencadenados por una somatosis. Tan solo pueden diferenciarse en que el hipocondríaco del primer tipo elige y selecciona sus síntomas pudiéramos decir que caprichosamente (circulatorios, digestivos, urinarios, por ejemplo) y que el del segundo muestra una atención preferente a aquella alteración que fué más destacada durante la enfermedad orgánica. En este tipo de estados el paralelismo entre el curso, de ambos procesos o trastornos puede decirse que es escaso, nulo e incluso contrario, siendo más acusados los trastornos subjetivos cuanto menos ciertos aparecen los objetivos; esto es claro, pues que en otro caso no podríamos hablar de hipocondría.

Destaca aquí, por tanto, en esencia, una duración anormal de la convicción de estar enfermo. En la aparición de la misma puede tener un pernicioso papel la conducta del médico al recomendar una continuación demasiado prolongada de medidas diagnósticas (vigilancia de la temperatura, tensión arterial, análisis, deposiciones, etc.) o terapéuticas, en enfermos aprensivos o que en el curso de su enfermedad han mostrado especial preocupación o angustia por su estado. No debe olvidarse la existencia de muchos médicos pesimistas y aprensivos que con sus palabras conturban el ánimo de sus enfermos, pintándoles un futuro tenebroso si no hacen esto o lo otro. Por ello bien puede decirse que el peor psicoterapeuta del hipocondríaco es el hipocondríaco.

d) Aunque no constituye un cuadro patológico definido, estimo que deben incluirse en este capítulo las alteraciones psíquicas que aparecen en enfermos hospitalizados o tratados fuera del ambiente familiar durante un tiempo prolongado. Todas ellas se resumen bajo el nombre de «hospitalismo». Aunque comentadas y descritas vagamente por diversos autores he de convenir en que carezco de experiencia de las mismas. Posiblemente no constituyen en los adultos cuadros muy acusados ni definidos y se refieren todas ellas a un especial estado de desinterés o apatía por la curación, vacilando la voluntad de sanar.

Más frecuentes y ruidosas parecen ser las reacciones neuróticas en niños largamente hospi-

talizados por cualquier proceso orgánico y que se presentan en forma de variados trastornos de conducta al volver al hogar: terquedad, obstinación, insolencia, desobediencia, actos agresivos, crisis coléricas, dificultades educativas, marcada necesidad de cariño. Estos trastornos neuróticos han sido particularmente estudiados por WECHSELBERG y HEINEBERG en niños hospitalizados por meningitis tuberculosas en los que habían descartado toda sospecha de secuela encefalítica. Llegaron a la conclusión de que el alejamiento del hogar, la falta del cariño maternal con la ausencia de mimos y la especial sensación de perjuicio que con respecto al amor de los padres sentían frente a los hermanos, eran las causas íntimas de estos trastornos.

Sea ello totalmente cierto o no, es evidente que podemos afirmar que aquí, a la incidencia de la enfermedad en la vida de un sujeto, se suma la del apartamiento familiar y social por su hospitalización, lo que, sin duda, aumenta la repercusión psíquica, desencadenando trastornos en esta esfera.

En cuanto al *tratamiento* de todos estos cuadros, cuando están plenamente conformados, es casi de exclusiva competencia del psiquiatra. Sin embargo, consejos deben ser dados para el médico que se enfrenta con los mismos.

La relación de causa a afecto en las crisis histeriformes mencionadas hace que la medicación sintomática destinada a mejorar el episodio que las provoca conduzca fácilmente a la desaparición

de aquéllas. Es recomendable el empleo de sedantes del tipo de la clásica valeriana o passiflorina. Entre los modernos preparados el uso de las benactinas puede ser de utilidad.

La neurastenia sintomática es más difícil de dominar, sin embargo las medidas higiénico-dietéticas, el uso de tónicos nerviosos, complejos vitamínicos y la de-hidro-iso-androsterona asociados a una correcta psicoterapia consiguen buenas recuperaciones.

La intuición del médico debe prever la aparición de un posible cuadro hipocondríaco si conoce la personalidad de su enfermo. En ese caso, el mejor tratamiento es el profiláctico, evitando desencadenarlo al excederse en las advertencias de posibles peligros. Una vez establecido, se impone una psicoterapia adecuada, asociada a una terapéutica con sedantes neurovegetativos, 17-cetosteroides, antidepresivos y sedantes centrales del tipo de la clorpromacina, atarax, etc.

Las consideraciones relativas al hospitalismo persiguen hacer conocer a los médicos los peligros de un encamamiento excesivamente prolongado.

3.—Trastornos Psicóticos Exógenos

Ya CLAUDIO BERNARD decía «el pensamiento libre, para manifestarse, exige la reunión armónica en el cerebro de condiciones orgánicas, físicas y químicas». En este sentido REMY COLLIN tuvo razón al señalar la feliz ambigüedad del viejo término «humor» que significa a la vez líquidos fisioló-

gicos y comportamientos psicológicos.

Toca hablar, ahora, del apartado más importante y extenso de este trabajo. Se incluyen en él a toda suerte de alteraciones psíquicas que hacen incidencia en el curso de somatosis diversas, como respuesta biológico-exógena en el sentido de SCHNEIDER-BONHOEFFER antes citado.

Como ya mencioné, se trata aquí de la reacción cerebral a una variada serie de estímulos orgánicos que originan la preferente presentación de un delimitado tipo de síndromes psíquicos agudos, que hacen su aparición como algo totalmente nuevo, especial y ajeno a la persona, interrumpiendo, más o menos largamente, su curva vital.

Este reaccionar psíquico puede ser *específico respecto al enfermo*, es decir, de índole constitucional, o *específico respecto a la enfermedad* y por tanto de índole etiológica. Esta diferencia nos da pie para considerar dos tipos diversos de trastornos que deben ser estudiados en este lugar. Me refiero a las *psicosis sintomáticas o exógenas* y a los *psicomas*.

Con aquellas queremos hablar de una limitada serie de alteraciones mentales o síndromes psíquicos que se presentan en las enfermedades somáticas — tóxicas, infecciosas o metabólicas — sin que sean específicos de cada una de ellas, en tanto que parece deberse a una especial estructuración constitucional del cerebro el responder psíquicamente o no y el reaccionar de una u otra forma, que siempre surge en ese su-

jeto ante cualquiera de las enfermedades del tipo anteriormente citado.

Por el contrario, los segundos o psicomas tienen una más estrecha relación con la enfermedad o somatosis de que se trate.

En la constitución de los psicomas influirían, pues, preferentemente factores patogenéticos, en tanto que en las psicosis sintomáticas lo esencial para su desencadenamiento y conformación serían los componentes patoplásticos. Ha de reconocerse, sin embargo, que esta distinción conceptual es una pura abstracción cuya realidad está pendiente de ser demostrada, estableciéndola aquí solamente con fines expositivos y didácticos. Como fácilmente se comprenderá la delimitación de los tipos de reacción y el reconocimiento de cuales son atribuibles a la constitución de sujeto y cuales a los elementos patogénicos de la somatosis es casi siempre imposible, porque en la generalidad de los casos psicosis sintomáticas y psicomas se halla en la práctica confundidos y entremezclados hasta hacerse indiferenciables.

a) Psicosis sintomáticas

En ellas se engloban una serie de episodios psicopatológicos casi de la exclusiva incumbencia del psiquiatra pero, sin embargo, deben ser conocidos por todo facultativo ajeno a esta especialidad, pues por su particularidad de surgir en somatosis hacen que sean los médicos generales los primeros en enfrentarse con este problema.

Entendemos por psicosis sin-

tomáticas un grupo de afecciones psíquicas originadas por toxinas procedentes del interior del organismo, generalmente producto de los trastornos metabólicos que se presentan en el curso de las infecciones generales, endocrinopatías, avitaminosis, etc. De acuerdo con el principio de inespecificidad etiológica en Psiquiatría, variadas causas pueden originar el mismo síndrome exógeno y viceversa.

Estos síndromes exógenos se encuadran en una limitada serie de *tipos predilectos de reacción* de los que, clásicamente, se consideran los siguientes:

- Confusión mental simple
- Delirio febril agudo
- Amencia
- Crisis crepusculares exógenas
- Alucinosis aguda
- Síndrome amnésico postinfeccioso
- Síndrome hiperestésico emotivo

Los síndromes de predilección exógena surgen indistintamente en variadas afecciones somáticas generales, sin que cada una de estas se caracterice por un síndrome psíquico específico, si bien en cada una de ellas puede presentarse determinado síndrome de preferencia a los demás, como ocurre con el delirio en la fiebre tifoidea, no siendo posible distinguir en lo psicopatológico este delirio del urémico, alcohólico o postraumático cerebral.

Por ello la *etiopatogenia* de estos cuadros permanece aun en el terreno de la hipótesis, habiéndose emitido diversas teorías cuya exacta comprobación está aun

pendiente de alcanzarse. No podemos entrar con detenimiento en ellas, pero, aparte de la de HOCHÉ que estima que los síntomas predilectos de reacción exógena se hallarían preformados en el cerebro y saldrían de su estado de latencia a causa de la actuación de agentes externos, la más corrientemente aceptada es la de BONHOEFFER quien hace intervenir en la patogenia de estos cuadros una toxina — «eslabón intermedio» — producida por la alteración del metabolismo general que las toxinas metabólicas — o «metatoxinas» de KRAEPELIN — de la infección, intoxicación, avitaminosis o trauma originan. Este eslabón intermedio no tendría relación alguna con la noxa o germen introducido en el organismo ni con las toxinas metabólicas, de tal forma que la naturaleza química del eslabón intermedio y su selectividad cerebral serían totalmente independientes de la categoría vegetal, mineral o bacteriana de la toxina atacante.

Sin embargo, dado que solo en un reducido número de sujetos afectos de las citadas somatosis surgen psicosis sintomáticas, hemos de apelar a la intervención de una «predisposición individual» a padecerlas, predisposición generalmente constitucional a la que KLEIST llamó «labilidad sintomática».

Revisemos ahora someramente la *sintomatología* de cada uno de estos síndromes de predilección exógena. Ha de anticiparse que la diferenciación y delimitación entre ellos, particularmente entre los cinco primeros, es casi siempre difícil porque las

transiciones de uno a otro síndrome, las mezclas con síndromes endógenos y los numerosos casos mixtos enturbian la realidad en la inmensa mayoría de los casos. Por ello, esta revisión de las características sintomatológicas de cada uno de los síndromes debe ser considerada casi como ficticia a fuerza de esquemmatizada con fines expositivos.

En principio ha de decirse que estos síndromes sintomáticos, y en especial los cuatro primeros, nos ofrecen un denominador común sintomatológico: se trata del *trastorno orgánico de la conciencia*.

Para BUMKE la conciencia puede afectarse en estos procesos de tres formas diferentes:

1 Entorpeciéndose y evolucionando hacia el sopor (obnubilación).

2 Dejándose invadir por vivencias que presentan analogías con los sueños (delirium).

3 Disminuyendo su poder de abarcar varios contenidos a la vez (estrechamiento del campo de la conciencia).

Confusión mental simple. Es un síntoma común a la mayoría de las psicosis sintomáticas y entendemos por él un enturbiamiento difuso, más o menos intenso, de la conciencia (obnubilación —somnolencia— coma) sin que se presenten síntomas cualitativos. Se caracteriza este enturbiamiento por fatigabilidad de la atención, percepción e identificación lentas e imprecisas, comprensión perezosa, tardía y hasta imposible, asociación de ideas lenta y torpe, escasa pro-

ductividad psíquica, disminución de la iniciativa y espontaneidad y entorpecimiento y lentificación en el desarrollo de todos los procesos mentales.

Delirio febril agudo.—Lo conocemos también con el término latino de «delirium». Por su frecuencia en las enfermedades infecciosas constituye el síndrome exógeno más importante. Se trata, en esencia, de un estado de confusión mental interrumpido por la aparición de componentes alucinatorios y agitación. Las pseudopercepciones son, en parte, ilusorias (interpretándose erróneamente las figuras de la colcha o las manchas de la pared) aunque a veces también alucinatorias, especialmente del campo visual, con elementos análogos al desfile de imágenes que se ofrece en los sueños (delirio onírico de REGIS). La realidad ambiental es percibida ilusoriamente, a veces con tal vivacidad que empuja al enfermo a la acción desordenada. Se desconocen entonces situaciones, objetos y personas y, en casos graves, puede llegarse a peligroso y difícil estado de agitación psicomotora, en que el paciente se tira de la cama, corre, se arroja por la ventana creyéndola puerta, presa de la angustia, terror o éxtasis que le sugieran sus alucinaciones.

Amencia.—Se tiene comúnmente un erróneo concepto de la amencia, tendiéndose a etiquetar así cuadros muy dispares. Según KRAEPELIN se entiende por «amencia» la presentación de una *confusión mental alucinatoria aguda complicada con agitación psicomotriz*. Es por ello difícil o

imposible a veces el diagnóstico diferencial con el delirium antes descrito, sin embargo, el síntoma central o patognomónico aquí no es el confusional ni el delirante sino el trastorno ideativo que lleva a la *incoherencia de las ideas*, con leve disgregación y fuga de ideas hasta el caos asociativo. No obstante, son también elementos importantes de este cuadro la obnubilación de la conciencia, percepción deformada e imperfecta del mundo externo (lo que acarrea la típica perplejidad, también patognomónica), alucinaciones escénicas preferentemente visuales, labilidad afectiva y actividad inadecuada. Existe una amencia agudísima con éxitus en menos de una semana.

Estados crepusculares exógenos.— Los estados crepusculares toxiinfecciosos suelen presentarse bruscamente y se manifiestan por terrible agitación ansiosa o colérica, originada por representaciones mentales fantásticas, conducentes a veces a salvajes impulsos agresivos. El cuadro de conjunto se asemeja a los equivalentes epilépticos de este tipo y más que con una verdadera obnubilación de la conciencia nos enfrentamos aquí con una perturbación de la misma, del tipo del *estrechamiento* anteriormente citado. Existe desorientación, la palabra es premiosa, torpe, con perseveración; el episodio dura de minutos a días.

Alucinosis toxi-infecciosa.— Se caracteriza por la presentación de alucinaciones auditivas acompañadas de ideas delirantes y angustia. Como se conserva la lucidez del sensorio y la orienta-

ción, y el paralelismo con la somatosis es pequeño, se discute la pertenencia de este síndrome al grupo que estudiamos.

Síndrome amnésico post-infeccioso.— También llamado de KORSAKOW, está caracterizado por la debilitación de la memoria de fijación con desorientación amnésica en tiempo y tendencia a la fabulación. Más que acompañando a la infección suele aparecer el síndrome consecutivamente a ella, desapareciendo tras algunas semanas.

Síndrome hiperestésico-emotivo postinfeccioso.— Con cierto aire neurasteniforme suelen presentarse en la convalecencia de enfermedades infecciosas, sensaciones subjetivas de astenia y malestar, parestesias, susceptibilidad al ruido y a la luz, sobresaltos fáciles, indecisión, dificultad en concentrar la atención, labilidad afectiva, sentimentalismo, mal humor.

Ante todo trastorno mental aparecido en el curso de una enfermedad somática surge pronto la pregunta de si entre ambos existe alguna relación y si aquel puede ser catalogado de psicosis sintomática a la somatosis. Para realizar un correcto *enjuiciamiento diagnóstico* en este sentido es aconsejable dejarse guiar por los criterios que recomienda K. SCHNEIDER y que son los siguientes:

1.º Que junto al trastorno psíquico se encuentren importantes alteraciones corporales.

2.º Que exista evidente dependencia o relación en tiempo entre ambas alteraciones, somática y psíquica.

3.º Que se evidencie un cierto paralelismo en el curso de ambos procesos.

4.º Que los cuadros psíquicos hallados —en el mismo enfermo o en la misma enfermedad— sean análogos.

En cuanto al *pronóstico* de todos estos síndromes está lógicamente supeditado al de la enfermedad somática causal. Si bien la terminación por curación es la más frecuente, no ha de olvidarse que la psicosis exógena *complica* siempre la somatosis, hasta el extremo de que la presentación de síntomas psíquicos acusados en una enfermedad somática grave implica un pronóstico mortal por lo común. Es frecuente ver en la práctica manicomial una influencia mutua perniciosa entre ambos procesos hasta llegar a constituir un auténtico «círculo vicioso» de tal forma que la agitación psicomotora exógena del enfermo acarrea intensa deshidratación, debilitación circulatoria y disminución de las defensas, que implican una agravación del proceso somático, la cual lleva consigo el empeoramiento de la psicosis, cerrándose el círculo citado. Estos episodios son el terror de los establecimientos psiquiátricos por la facilidad con que el exitus letal se produce.

El *tratamiento* de las psicosis sintomáticas ha sufrido radical transformación en los últimos años. Hoy en día, ante toda psicosis sintomática deben atenderse terapéuticamente los siguientes extremos:

1.º Tratar la enfermedad causal y evitar sus posibles com-

plicaciones. Sobre este extremo no me extenderé.

2.º Cubrir una serie de normas generales relacionadas con la asistencia del enfermo. Entre ellas hemos de considerar el riguroso aislamiento del paciente, llegando incluso a su internamiento en clínica psiquiátrica. De no ser así, se le procurará una habitación aislada, bien ventilada, en penumbra, donde el enfermo sea asistido por el menor número de personas posible, sin visitas, diálogos ni preguntas inoportunas. Reposo en cama. Alimentación subordinada a la somatosis, de preferencia rica en líquidos azucarados. Debe vigilarse el estado cardiocirculatorio y la hidratación del enfermo, recurriéndose al empleo de analépticos y sueros si es necesario.

3.º Debe evitarse la instauración del círculo vicioso citado y una vez aparecido interrumpirlo lo más precozmente posible. En este punto tres medidas terapéuticas juegan un papel decisivo.

a) El Largactil impide y retarda la presentación de trastornos mentales aparatosos e inconvenientes. Por su acción sedante y desconectadora o gangliopléjica evita la agitación psicomotora. No obstante, una vez surgida ésta se precisan dosis lo suficientemente elevadas como para no ser aconsejables en determinado tipo de pacientes con labilidad circulatoria y propensión al colapso vascular.

b) La transfusión de plasma. Del derrumbamiento de las defensas orgánicas, de la existencia del citado círculo vicioso y de que en la patogenia de estas

psicosis existe un factor dismetabólico o tóxico habla bien claramente la teatral mejoría en la confusión, agitación y elementos alucinatorios que se sigue a la transfusión de 250 - 300 cc. de plasma. Es por hoy quizás, en mi experiencia personal, la intervención terapéutica más aparatosa y eficaz en este tipo de pacientes. Ya a las pocas horas de la aplicación el enfermo inabordable, agitado, deshidratado e incoherente se nos ofrece tranquilo, correcto, asequible a nuestras preguntas, lúcido y dócil. Bien que por pocas horas o días, esta mejoría es manifiesta. A las 48 horas por lo común vuelve el paciente a presentar su anterior sintomatología, precisándose repetir la aplicación de plasma. En evitación de esta recaída es recomendable, según nuestra práctica, la perfusión gota a gota de 300 cc. de plasma humano en días alternos, repetida tantas veces como sea necesario.

c) Electroschock. Aunque ortodoxamente el ES está contraindicado en las psicosis sintomáticas infecciosas o tóxicas, su empleo, en mi experiencia, con no afectar orgánicamente al enfermo, puede yugular el episodio de agitación que se inicia. Pero es esencial que su empleo sea precoz, no dando tiempo a que los trastornos mentales coloquen al paciente en lastimoso estado somático, en cuyo momento el uso de ES sería perjudicial. Usando una frase de MARAÑÓN, se diría que ocurre aquí algo parecido a algunas intervenciones quirúrgicas que aunque deben ser consideradas como la última medida

a emplear no deben ser el recurso de última hora.

En casos graves en los que la psicosis es intensa y agrava seriamente la somatosis, perturbando e imposibilitando a veces el tratamiento de ésta, apreciándose ya en el enfermo mal estado general, el tratamiento ideal está constituido por la instauración de fuertes dosis de Largactil asociadas a transfusiones de plasma y demás tratamiento general, hasta recuperar el estado somático, circulatorio y de hidratación, en cuyo momento se puede proceder a la aplicación de «electros» con suma cautela y precedidos, y seguidos, de la aplicación de los oportunos «cocktails» analépticos.

El baño caliente prolongado, el absceso de fijación, la sábana fría y otras medidas, que aun pueden tener aplicación en el ambiente familiar y en casos especiales, han pasado ya a pertenecer a la historia de la Psiquiatría.

b) Psicomas

El término «psicoma», tan afortunado a mi parecer como poco difundido, fue propuesto por HELLPACH, queriendo con él dar a entender el conjunto fenomenológico de la *estructura psíquica que acompaña en general al estado físico y en particular a los enfermos somáticos*. HELLPACH pretende así buscar desde la enfermedad — y no desde el enfermo — las alteraciones mentales que surgen en diversas somatosis. El psicoma sería, pues, un apartado o apéndice de la sintomatología de cada uno de los procesos corporales.

Es por ello que este capítulo es -- como fácilmente se comprenderá -- amplísimo y podemos tocar aquí tan solo los aspectos más destacados. La frase de «terra fere incógnita», que me sirve de lema, es una expresión viva y actual de que en este terreno queda mucho por hacer e investigar.

El estudio de la personalidad normal, y alterada por la enfermedad, de los más diversos grupos de pacientes somáticos homogeneizados por un diagnóstico, es un campo fertilísimo, casi apenas cultivado, y que día a día va proporcionando curiosas sorpresas científicas. Ahí están si no los estudios psicológicos realizados en asmáticos, jaquecosos, traumatizados, ulcerosos, entre otros, que son brillantes ejemplos de este aserto.

Sin embargo, así como van obteniéndose importantes adquisiciones relativas a la personalidad previa de determinadas somatosis, como las anteriormente comentadas, el estudio inverso, es decir, el intentar obtener cuadros psíquicos específicos de cada enfermedad somática está dando, como ahora veremos, decepcionantes resultados, como ya viene preconizando la Psiquiatría con su principio de inespecificidad etiológica. Por ello, desgraciadamente el concepto «psicoma» no ha dejado de ser aun más que un ensayo, frustrado en parte, de buscar una exacta correspondencia entre alteraciones somáticas y psíquicas. Hecha esta salvedad pasemos una somera revista a nuestros actuales conocimientos en este sentido.

Podemos decir con HELLPACH que el *psicoma* se diferencia principalmente de la *psicosis* en que ésta supone siempre un proceso psíquico bien destacado, mientras que aquél, por el contrario, es un epifenómeno que la mayoría de las veces es fugaz y que en todo caso no sigue jamás un curso independiente del proceso físico y constituye una manifestación concomitante a éste. Naturalmente, los límites no se hallan en ocasiones bien definidos, no solo con la psicosis propiamente dicha, sino también con aquellas variantes normales del carácter o modo de ser; una enfermedad prolongada puede dar origen a neoformaciones del modo de ser que luego siguen su propio camino, obedeciendo a una causalidad psíquica, incluso cuando ya ha transcurrido la enfermedad que la originó.

Psicomas de las enfermedades infecciosas. -- Casi todas las enfermedades infecciosas pueden provocar alteraciones mentales. Y es curioso que a esta regla solo constituyan excepción dos infecciones, tétanos y difteria, infecciones cuyo neurotropismo es conocido y destacado. Otras por el contrario, las tíficas, v. g., se caracterizan por su tendencia a perturbaciones en la vida psíquica.

Puede hablarse de un *psicoma infeccioso general*. Como ya hemos visto en él pueden aparecer dos órdenes de síntomas:

a) la forma somnolienta-obnubilada (indiferente y apática como en la tifoidea o depresiva y quejumbrosa como en la gripe).

b) la forma delirante - agitada (con alteraciones principalmente motoras o especialmente sensoriales).

c) existe una tercera forma antes no mencionada que está constituida por alteraciones psíquicas de colorido eufórico, que pueden no acompañarse de obnubilación ni delirio, tratándose tan solo de un buen humor inmotivado.

En cuanto al *psicoma febril* podemos decir que le son propios dos órdenes de síntomas polarmente contrapuestos:

a) el delirio febril con fantasías sensoriales, y

b) el apagamiento vital con aumento de la sensación de enfermedad, paralización de actividad y desgana.

Por término general el grado de elevación de la temperatura no guarda una clara dependencia con la intensidad de las perturbaciones psíquicas.

En el grupo de los psicomas infecciosos, el más destacado es el *psicoma tífico*, que varía en realidad según el estadio evolutivo de la infección. Al comienzo predomina el conocido estado tífico constituido en especial por obnubilación del sensorio, alucinaciones cenestésicas, pérdida de la orientación y posible euforia con fuga de ideas. Un delirio complicado con síntomas motores o una auténtica amencia pueden sustituir al cuadro anterior en el período de estado de la somatosis. El delirio adinámico es propio de los episodios finales y premortales de la enfermedad. En la convalecencia de la misma es

posible observar ideas delirantes residuales, cuadros hiperestésico-emotivos (para STERZ del 60-70 %) y en ocasiones síndromes amnésicos. Es de mencionar que a partir de los tratamientos antibióticos todos estos cuadros, se ven con mucha mayor rareza.

En la *erisipela* puede observarse cualquiera de los síndromes exógenos anteriormente citados, soliendo aparecer el elegido alrededor del 4.º día, cuando es muy alta la temperatura. Parece, sin embargo, haberse observado una cierta preferencia por la presentación de ideas delirantes megalomaniacas de tipo paralítico.

El *psicoma de la gripe* es también relativamente frecuente. Parece estar caracterizado por un colorido depresivo del ánimo que a veces puede llegar a cuadros ansioso-estuporosos.

En lo que se refiere a la *septicemia* puede decirse que las infecciones generales leves mantenidas por focos sépticos originan con frecuencia neurosis ansiosas y síndromes hipocondríacos. En las septicemias graves puede aparecer cualquiera de los síndromes exógenos referidos, aunque el habitual sea el delirante alucinatorio con constante obnubilación del sensorio, hasta el extremo de que si ésta falta asegura LANGE que puede excluirse la sepsis. Es muy frecuente que los enfermos no tengan conciencia de la gravedad de su estado. Graves síndromes amnésicos tipo KORSKOW pueden surgir en la convalecencia.

El *reumatismo articular agudo* puede acompañarse tam-

bién de perturbaciones psíquicas hasta alcanzar a veces el síndrome conocido por «reumatismo cerebral» en el que predomina la aparatosa agitación psicomotriz. Otros cuadros reumáticos se acompañan de persistente obnubilación sensorial, con cierto estupor disfórico y representaciones delirantes, que pueden sustituirse en la convalecencia por leves estados eufóricos.

Existe un *psicoma coreico* en el que lo esencial y característico son los trastornos de la afectividad con incontinencia emotiva, impresionabilidad y reacciones afectivas intensas. Otras veces destaca tan solo embotamiento asociado a falta de iniciativa y espontaneidad.

En la *neumonía* pueden observarse cuadros de delirio particularmente en alcohólicos; parece ser que las localizaciones en lóbulo superior propenden más a la presentación de alteraciones mentales.

RABINOWITSCH ha estudiado con detenimiento el *psicoma del tifus exantemático*, ordenando los síntomas de este tipo en una serie de fases en relación con la evolución de esta enfermedad. La fase inicial se acompaña de cefaleas, irritabilidad, neuralgia e insomnio. La segunda es una fase delirante de agitación psicomotriz con alucinaciones y que da paso a una tercera etapa de inhibición, amimia y lentificación sensorio-perceptiva. Se sigue de una fase narcoléptica. En esta somatosis las alteraciones psíquicas son casi constantes, destacando en especial los delirios febriles con alucinaciones profesionales

o relativas a viajes en automóvil y avión en las que ocurren catástrofes. Se ha descrito un curioso delirio de duplicación del cuerpo.

La *encefalitis epidémica* tiene — como se comprenderá — una vertiente psíquica en lo sintomatológico, en la que las alucinaciones oníricas, agitación psicomotriz, irritabilidad y delirio ocupacional son los más destacados componentes.

No existe un *psicoma palúdico* definido, pudiendo aparecer en los casos graves psicosis agitadas o comatosas y en los crónicos estados depresivos con apatía e indiferencia. La atebriña, en ocasiones, puede intervenir conformando psicosis confusionales.

LANGE describe en la *rabia* inquietud y agitaciones angustiosas con tendencia a la fuga y a agarrarse con gritos sin sentido. La fiebre oscurece la conciencia, surgiendo estados delirantes que tras de agitación se acompañan de parálisis.

El *psicoma de la tuberculosis* ha sido muy comentado, estudiado por KLOOS y NAESER y literariamente analizado por T. MANN en su «Montaña Mágica». Recientemente se tiende a distinguir las perturbaciones psíquicas de origen tóxico de las que reconocen una motivación psicológica. Ha llegado ya la lógica reacción contra la pretendida euforia de los tuberculosos. Si bien puede observarse en algunos estadios finales sin duda su frecuencia ha sido exagerada. Tampoco son tan comunes al parecer las depresiones con incontinencia emocional y rasgos amnésicos. En lo que no cabe duda es en la

relativa frecuencia de trastornos psíquicos reactivos, que lógicamente se comprenden. Las relaciones entre psicosis endógenas (sobre todo esquizofrenia) y tuberculosis han sido muy investigadas. Más que un parentesco entre ambos cuadros, las asociaciones de ellos parecen deberse a que ambos procesos suelen asentarse preferentemente en personas de tipo constitucional asténico. No creo que la tuberculosis, como tal, sea un terreno especialmente propicio para la esquizofrenia, en tanto que la premisa contraria puede estimarse como aceptable, en particular en los esquizofrénicos defectuales y crónicos.

Muchos autores se preguntan si existe un auténtico *psicoma sifilítico*. Es algo que debiera ser objeto de un detenido estudio. Aquí, como en el apartado anterior, habría que separar las alteraciones psíquicas de origen tóxico de aquellas producidas psicógenamente. Hemos de desentendernos, como fuera de los límites de este trabajo, de la P. G. P. y de la neurolues. Se trata aquí de saber si el sifilítico habitual presenta perturbaciones psíquicas y cuales sean éstas. Se habla de una neurastenia sifilítica que aparecería en períodos muy precoces de la P. G. con quejas vagas y subjetivas por parte del paciente; la intervención orgánica y tóxica parece aquí evidente. No ocurre así en muchas reacciones hipocondríacas, ora de temor a padecer la sífilis tras un contacto venéreo —que constituyen la conocida «sifilofobia»— ora en los sifilíticos de temor a sufrir com-

plicaciones graves, empeoramiento o malestar que les empuja a practicarse análisis más allá de lo que le son aconsejados. Que esto ocurre es cierto, pero estas reacciones tienen una más estrecha relación con la personalidad insegura y preocupadiza del paciente que con la auténtica toxicidad de su padecimiento.

En cuanto a la *lepra* existe la creencia de que no hay una auténtica «locura leprosa». El estado mental del leproso presenta tan solo características que son atribuibles a su situación psicológica y a las medidas tomadas por la sociedad respecto a él. Si bien puede verse en ocasiones una psicosis toxémica leprosa caracterizada por amnesia de evocación, debilitación intelectual del tipo de la apatía e indiferencia, y delirio de persecución a partir de alucinaciones, es incontestable, dice AUBIN, que son los factores sociales los que condicionan el estado mental del leproso, según éste previamente haya sido un sensitivo o un combativo. El primero suele reaccionar a aquéllos con depresión, en tanto que los segundos son fáciles asiento de reacciones agresivas en forma de violencias diversas: revueltas, fugas, reclamaciones, atentados sexuales e incluso ciertos impulsos a favorecer el contagio y la extensión de su padecimiento. Por el contrario, el suicidio parece excepcional. Tan solo una humanización de la asistencia puede luchar con éxito en este tipo de reacciones.

Psicomás de las enfermedades generales y de los órganos internos.—También en este

grupo he de reducirme a las somatosis que perturban más destacadamente el equilibrio psíquico.

Las *enfermedades gastrointestinales* presentan aúndudosas relaciones con las psicosis exógenas. Para LANGE las enteritis agudas parecen ser las más propensas a presentar trastornos del tipo de astenia, abatimiento, tendencia al sueño, defectuosa concentración e intensa disforia, es decir, un síndrome neurasteni-forme que, por otra parte, es propio de muchas afecciones gastro-intestinales. La ictericia origina con frecuencia el psicoma colémico con mal humor, irritabilidad, testarudez. Cuando en el curso de una ictericia aparecen convulsiones o cuadros confusio-nales puede sospecharse la existencia de una atrofia amarilla aguda de hígado.

En el grupo de las *enferme-dades cardiocirculatorias* hemos de descartar de nuestra revisión las psicosis arteriosclerosas porque pertenecen casi a la exclusiva competencia del psiquiatra. Sin embargo, las arteriosclerosis incipientes con sus cefaleas, mareos y trastornos de memoria pueden presentarse al médico de cabecera.

Los cardiópatas son frecuen-temente egocéntricos, asustadi-zos, irritables y caprichosos, observándose a veces en ellos cierta inquietud angustiosa y sueños ansiosos. El síntoma primor-dial en estos enfermos es la ansiedad de forma que si surgen alteraciones psicóticas éstas sue-len ir coloreadas de un matiz an-sioso marcado. No es raro que

tras una rápida reabsorción de edemas aparezcan cuadros delirantes ansiosos o amenciales de cierta duración.

En la *uremia y pseudoure-mia* es frecuente también obser-var trastornos mentales, más acusados en la segunda que en la primera. Los que aparecen en la *uremia* casi se circunscriben a estados de apatía y embotamien-to progresivos acompañados a veces de ligeras manifestaciones motoras e irritativas y leves delirios. En la *pseudouremia* los tras-tornos mentales son más bien de tipo delirante y amencial; la apa-rición de crisis epileptiformes y estados crepusculares es frecuen-te en la pseudouremia aguda.

Puede hablarse también de un *psicoma canceroso* tan ines-pecífico como todos los anterio-res. De una parte, en él nos en-frentamos con la reacción psíquica del paciente al saberse afecto de este proceso. Esta es por lo común variable y, casi siempre, psicológicamente comprensible, pero aquí se trata más bien de comentar las perturbaciones psí-quicas que surgen como respues-ta a los productos tóxicos de desintegración tumoral. Los car-cinomas que más pueden afectar la integridad psíquica son los de recto y, en general, los del tracto gastrointestinal. La pequeña to-xicosis antes citada, la inanición y la caquexia consecutivas a la carcinosis pueden dar lugar a delirios de escaso relieve o a excita-ciones crepusculares que irrumpen en ocasiones en pleno post-operatorio, si bien se requiere para ello una intervención quirúrgica sumamente grave y traumatizante

En el grupo de las *enfermedades hemáticas* nos enfrentamos en especial con la anemia perniciosa en la que las alteraciones psíquicas pueden hacer aparición constituyendo el síndrome que, junto al neuroanémico, se ha dado en llamar psicoanémico. En un principio pueden observarse psicosis o síndromes depresivos que dan paso, en períodos subfinales, a crisis de obnubilación con agitación, temple eufórico y cuadros paranoides ansiosos que tienden a la cronicidad y que a veces se asemejan a auténticas esquizofrenias paranoides. Un síndrome parecido he tenido oportunidad de ver en una enferma con anemia intensa aguda post-partum. Se ha discutido, sin embargo, la existencia de trastornos mentales en las hemorragias agudas, habiendo descrito LANGE algún caso con presentación de agitación ansiosa confusional.

Psicomas endocrinos.— Las relaciones psicoendocrinas están siendo objeto últimamente de una detenida investigación. Según se va aclarando la fisiopatología y anatomía del sistema hipofiso-hipotalámico y conforme se va avanzando más y más en el conocimiento de las relaciones intercerebrales, dinámica cerebral, tipología y avances en la hormonerapia se va abriendo más paso a la comprensión o a la suposición de una posible etiología o condicionamiento endocrino de distintos trastornos mentales. La Escuela de BLEULER en Zürich trabaja intensamente en este sentido como lo demuestra la reciente publicación de su

magnífica obra «Endokrinologische Psychiatrie».

Sin embargo, y a pesar de todo, puede decirse que seguimos en el terreno de la hipótesis y que un exacto conocimiento de esta presupuesta interdependencia mutua no ha sido aun definitivamente hallado.

Entretanto, es conocida de todos la sintomatología psíquica general de diversas endocrinopatías, siendo quizás los psicomas más destacados los tiroideos. En el *hipertiroidismo* predomina la ansiedad que se desencadena fácilmente y que puede transformarse en neurosis de angustia o en síndromes fóbicos, emparentados estrechamente con las denominadas neurosis basedowoides; emocionalmente estos enfermos son inquietos, lábiles, pasando rápidamente del júbilo a la apatía. En el *hipotiroidismo* se observan rasgos opuestos con bradipsiquía manifiesta tanto en el plano de la acción como en el del pensamiento y reacciones afectivas, llegando hasta la apatía y somnolencia.

En las enfermedades del *lóbulo anterior de la hipófisis* VON HOCHWART ha descrito un temple hipofisario con alegría serena asociada a resignada apatía e indolencia bonachona, lo que suele observarse en la distrofia adiposogenital. Los acromegálicos suelen ser lentos y reservados, aunque irritables.

La *enfermedad de Adisson* se caracteriza en lo psíquico por la depresión del estado de ánimo e hiperestesia frente a estímulos sensoriales que a veces sirven de fondo a raras psicosis exógenas con cierto sello delirante.

Lo más destacado en la *tetania* es la aparición de crisis convulsivas. En las formas graves de enfermedad se observan dos tipos de psicosis exógenas: estados de obnubilación mental simple y progresiva con reacciones bruscas defensivas a cualquier estímulo, y cuadros amenciales de matiz maniaco incoherente.

Psicomas metabólicos. Nos enfrentamos en primer lugar con la *diabetes* en la que solo es posible hablar de psicoma diabético en aquellos casos en que la aparición de perturbaciones psíquicas coincide con fases de agravación de la somatosis, acompañando a ésta en su mejoría. Es decir, se precisa un neto paralelismo entre ambas sintomatologías para poder afirmar la existencia de tal psicoma que, por cierto, es totalmente inespecífico, siendo posible observar toda suerte de síndromes exógenos así como síntomas psíquicos de origen orgánico (por la arteriosclerosis acompañante) y las reacciones psicógenas propias de enfermos crónicos sometidos a tratamientos prolongados. La inquietud delirante ansiosa es frecuente en el inicio de un coma diabético.

La sintomatología psíquica de la *pelagra* ha sido muy bien estudiada por LLOPIS quien, junto a la sintomatología neurológica de alteraciones subjetivas de las diversas sensibilidades, ha descrito también las perturbaciones mentales clasificándolas en cuatro grupos: neurasténicos, adinámicoapáticos, delirantes alucinatorios y estuporosos, en orden de gravedad creciente.

En la *gota* es frecuente observar como los accesos se preceden de un período depresivo.

La *obesidad* puede acompañarse de trastornos neurasténicos.

La *inanición* tiene también su cortejo psíquico caracterizado por síndromes exógenos del tipo de delirio, estupor, amencias o alucinosis. Es fácil comprender como el hambre, junto a los síntomas psíquicos que puede presentar, ofrezca otros de tipo avitaminósico o pelagroso, por lo que el cuadro es complejo, asociándose a él superestructuras psicógenas propias del sujeto en estas condiciones.

Fases de la generación y trastornos ginecológicos.—Aquí cabe comentar solamente el psicoma eclámptico y el puerperal, únicos representantes puros de la patología obstétrica que estudiamos. La menstruación, el embarazo, el parto, la lactancia y la menopausia, aunque pueden coincidir con trastornos psíquicos, el condicionamiento de éstos es más endógeno y psicógeno, y su estudio no corresponde exactamente a este trabajo.

La *eclampsia* como toxicosis y la *fiebre puerperal* como infección, son, como es lógico pensar, fáciles asiento de síndromes exógenos, cada día más excepcionales al serlo así igualmente los cuadros patológicos causantes.

En cuanto a la *eclampsia* las perturbaciones psíquicas suelen surgir tras el período de convulsiones y se asemejan a los episodios crepusculares epilépticos. Personalmente he tenido oportu-

nidad de observar dos casos con neto predominio delirante-alucinatorio-confusional y delirio profesional típico. Estos episodios suelen ser breves, de buen pronóstico y cada día más raros.

En las *infecciones puerperales*, igualmente excepcionales, eran típicas las confusiones amenciales alucinatorias. Aparte de la faceta infecciosa, el puerperio sigue siendo un buen punto de partida de diversas psicosis endógenas.

Resta hablar en este apartado de algunas *ginecopatías* en las que VALLEJO NAGERA ha encontrado alteraciones psíquicas o síndromes de ansiedad, caracterizados por opresión precordial, nerviosismo, trastornos neurovegetativos, alteraciones del sueño, crisis de llanto, en una palabra, neurosis de ansiedad. Son, para este autor, quistes ováricos, lesiones inflamatorias anexiales, úlceras cervicales y desviaciones uterinas las ginecopatías que con más frecuencia originan y mantienen la neurosis de ansiedad que desaparece tras el tratamiento ginecológico adecuado.

Intoxicaciones profesionales.—En reciente trabajo PELAZ ha descrito el psicoma de las intoxicaciones crónicas profesionales. En todas ellas, si la sintomatología somática puede depender del tóxico, la psíquica suele ser afín o común a todas, adoptando un curso progresivo si no se suprime la acción del mismo. El citado autor describe este síndrome progresivo como constituido por tres etapas de transición gradual.

En un *principio*, el intoxicado empieza a presentar los sínto-

mas propios de la neurastenia que va conformándose según la invasión de la noxa es más intensa. La astenia física y psíquica, depresión, mal humor, reacciones sentimentaloides, hiperestesia, déficit de atención, torpeza mnésica y quejas subjetivas varias constituyen el síndrome neurastenoide de la primera etapa.

Son propios de la *segunda* dos tipos de síndromes diversos que pueden depender del tipo de tóxico y de la constitución del sujeto, siendo frecuente encontrar cuadros mixtos entre ambos síndromes. En un caso se trata del *síndrome psíco-orgánico* cuando la afectación es preferentemente cortical, destacando en él especialmente la disminución de la memoria, lentificación y pobreza ideativas, depresión y labilidad afectivas, insomnio, vértigos e intolerancia al alcohol. En el otro nos enfrentamos con el *síndrome tronco-encefálico* en el que junto a alteraciones neurológicas similares al parkinsonismo (manganeso y sulfuro de carbono) o parecidas a la esclerosis múltiple (mercurio, cloruro de etilo, metano), observamos perturbaciones psíquicas con enturbiamiento de la conciencia, somnolencia, cambio de la personalidad, impulsividad (actos impulsivos, agresiones, fugas, atentados sexuales), con alteraciones de la vida instintiva caracterizadas ora por exaltación, ora por inhibición, ya por una mezcla de ambas (como ocurre con el apetito sexual en la intoxicación por el mercurio y sulfuro de carbono).

La *tercera etapa* es más difi-

cil de observar ahora pues las medidas profilácticas evitan que el paciente llegue a ella. Esta etapa está caracterizada por el *síndrome amnésico de KORSAKOW*, ya descrito anteriormente que aboca, al fin, a la *demencia irreversible*.

Organos sensoriales.— No han sido descritos psicomas de las enfermedades de los órganos de los sentidos. Sin embargo, es fácil comprender cómo alteraciones de la visión y audición, especialmente, pueden afectar a la vida psíquica.

En la V Asamblea de Otorrinolaringólogos Andaluces presenté una comunicación relativa a las relaciones entre trastornos mentales y de la audición. Me referiré aquí solo a un punto o extremo de aquella comunicación que es, precisamente, el de la particular conformación y coloración de la personalidad del sordo hacia aspectos delirantes, por lo común de perjuicio o persecución o, cuando menos, de autorreferencia.

El fracaso de un sentido de tan alto valor social como es la audición hace perder a toda personalidad el relieve y realidad de situaciones, dando pie a estados inquietantes al alcance, por lo demás, de cualquier persona. Es significativa la particular sensación de malestar o desazón que muchas personas sanas sienten ante dos interlocutores que cambian, en su presencia, algunas impresiones en voz baja, en especial, si este hecho se acompaña de sonrisa o gesto cualquiera. El sordo vive de continuo esa sensación de inquietud, de ser

objeto del comentario más o menos desfavorable de los que se hallan en su presencia. Se torna por ello receloso, irritable, retraído, teme la burla, la alusión en cualquier gesto nimio, carencia de verdadero valor, desconfianza del medio. Esta reacción puede entrar en el grupo de las psicológicamente comprensibles y es parecida a la vivencia, descrita por KRETSCHMER, del que se sitúa en un medio extranjero de lengua desconocida.

Este hecho es tan cierto que, en ocasiones —hemos de hacer intervenir aquí la constitución predispuesta— esta reacción degenera en angustiosos, exagerados y auténticos delirios de persecución que ya describió KRAEPELIN.

Esto, que es aceptado por todos los psiquiatras, puede servirnos de base a considerar una psicodinamia semejante en el caso de acusados defectos de visión hasta la ceguera. Es curioso que en ella no ocurre exactamente así. El ciego no abre, por lo común, las puertas al recelo o la sospecha, pero es indudable que el hecho de quedar ciego debe conllevar una repercusión psíquica aun no descrita. Tan solo en mi experiencia personal puedo citar el caso de una enferma afectada de cataratas que, conforme su visión fue haciéndose más turbia, empezó a presentar ansiedad cada vez más intensa junto a quejas delirantes de perjuicio. Este hecho es, sin embargo, excepcional y, aunque parezca sorprendente, el oído parece tener mucho más valor para la vida psíquica que la vista.

Cirugía y Traumatología.

Tras intervenciones quirúrgicas, fracturas graves con escayolamiento prolongado, traumas diversos, conmociones cerebrales y fisuras de cráneo, después de semanas e incluso meses, suele presentarse en el sujeto una reacción tardía del organismo, alteraciones psíquicas vagas, claramente neurasténiformes, y que HELLPACH titula como neurasténias postoperatorias. Decaimiento, astenia, insomnio, inapetencia, debilidad sexual, sensación de disminución en el rendimiento profesional y mal humor pertenecen a ellas. Estas reacciones deprimen y angustian al sujeto por lo que tienen de inesperadas. En evitación de las mismas el citado autor recomienda una profilaxis «metadrómica» por la cual, el sujeto, al ser dado de alta, es informado de que estos trastornos pueden hacer aparición, debiendo considerarlos como reactivos al trauma o intervención, pasajeros e inofensivos, porque lo más desagradable de ellas no son las molestias mismas sino la desalentadora impresión de «recaída» o de haber quedado con una debilidad, tara o defecto persistentes, estado anímico que muchas veces intensifica el cuadro neurasténiforme.

Tratamiento de los psicomas.—Salvo el carácter profiláctico que debe imponerse o considerarse en el último apartado, con respecto a los psicomas citados anteriormente, está en el ánimo de todos que tres directrices terapéuticas es conveniente cubrir:

Cuando el psicoma está interpretado por un auténtico sín-

drome de reacción exógena se impondrá la colaboración del psiquiatra y la puesta en práctica de las normas terapéuticas antes mencionadas.

Si la perturbación psíquica no supone una profunda afectación cerebral pero los síntomas existentes son atribuibles a las particulares condiciones de alteración orgánica general debida a la somatosis se impone el correcto tratamiento de ésta.

En el caso de que la reacción de la enfermedad sea puramente psicológica, es decir, reflejo de una inadaptación entre sujeto - enfermedad, por muy específico que el psicoma sea, la tarea deberá ser primordialmente psicoterápica.

Esta esquematización es desde luego una pura abstracción pues en casi todos los psicomas aparecen alteraciones de los tres tipos y la actitud del terapeuta debe, en casi todos los casos, abarcar los tres extremos: tratar la afectación cerebral reactiva, cuidar minuciosamente la somatosis y reforzar la personalidad del paciente frente a su padecer. Al buen criterio del médico ha de dejarse siempre la individuación de cada caso y la determinación de qué aspecto terapéutico debe ser primordialmente implantado, realizado y vigilado.

4.—**Psicosis Endógenas Desencadenadas**

Que cualquier enfermedad somática puede servir de factor desencadenante para la aparición de una auténtica psicosis endógena, aunque improbable, puede

considerarse como admirable. Es preciso contar con la debida predisposición a la enfermedad mental en la constitución del sujeto. Tropezamos así con las ideas de LUXEMBURGER sobre el juego entre factores externos e internos para el florecimiento de procesos mentales. Sin duda, a mayor predisposición constitucional a la psicosis es menor el estímulo externo necesario para que ésta brote.

No es este el lugar apropiado para tocar estos extremos. Porque, además, el problema, si la psicosis endógena surge, es de incumbencia del especialista. Mencionaré tan solo, a título de comentario y justificación a este cuarto apartado del trabajo, que tras determinadas somatosis o en el curso de ellas pueden iniciarse trastornos mentales, constituyendo una efectiva psicosis endógena desencadenada por la enfermedad pero que no tienen con ésta relación etiológica (en el estricto sentido de la palabra), patogénica ni evolutiva alguna. Una vez instaurada la psicosis, su curso es independiente del de la somatosis, su sintomatología no se relaciona con aquella ni con los típicos síndromes de reacción y el tratamiento obligado ha de ser exclusivamente psiquiátrico. La no afectación de la conciencia es un dato de gran valor para el diagnóstico diferencial entre psicosis endógena y exógena, aunque es de tener en cuenta que muchas psicosis endógenas no brotan espontáneamente de la somatosis sino de un síndrome de reacción exógena típico que, al ceder, va dejando como secuela el trastorno psíquico constitu-

cional, al que en un comienzo sirvió de máscara.

Las somatosis que en la experiencia psiquiátrica poseen más intenso poder desencadenante de psicosis endógenas (exquizofrenias y depresiones principalmente) son la gripe, fiebre tifoidea y puerperio o parto.

* * *

Y es tiempo ya de dar por acabado este bosquejo, aunque por extenso que aparezca, totalmente panorámico y esquemático. He pretendido con él tan solo llamar la atención de los colegas todos, no psiquiatras, sobre el elemento psíquico de sus pacientes, tantas y tantas veces menospreciado o considerado superficialmente. La decadencia del antiguo «médico de cabecera» ha dado un duro golpe a esta plena relación enfermo-médico. Las nuevas corrientes de la medicina, psicosomática, antropológica, existencialista, de la persona pretenden reinstaurar algo que desapareció con el ocaso de aquel tipo de médico.

Todas ellas, con mayor o menor atuendo científico, filosófico o metafísico, preconizan una misma norma: la de considerar al *enfermo* como un *hombre* afecto de *enfermedad*, y no es válido, ni tan siquiera científico, tratar a la segunda, olvidando o menospreciando al primero. Es por-ello por lo que el enfermo no precisa solamente de cuidados físicos, sino también psíquicos. Estos últimos corresponden también al tratamiento y deben ser tenidos en cuenta tanto por el

médico, como por el practicante, la enfermera, los parientes y los amigos.

En similares términos se expresó ALEXIS CARREL al escribir: «La falta de éxito del médico viene de que vive en un mundo imaginario. En lugar de ver a sus en-

fermos vé las enfermedades descritas en los tratados. No se da cuenta de que el individuo es un conjunto, de que las funciones de adaptación se extienden a todos los sistemas orgánicos y de que las divisiones anatómicas son artificiales».

BIBLIOGRAFIA

- ARIAS PARRA, G.—La Neurastenia; concepto actual.—Conferencia pronunciada en «Seminario Médico» de Jaén, el 20 de Noviembre de 1957.
- AUMENTE, J.—Algunas notas sobre el problema del enfermar.—Actas luso-españolas de Neurol. y Psiqu.—Vol. XI, n° 2, mayo 52, pag. 172.
- BLEULER, M.—Endokrinologische Psychiatrie. Edit. Georg Thieme. Stuttgart, 1954.
- DELAY, J.—Methodes biologiques en Clinique Psychiatrique.—Edit. Masson & Cía. París, 1950.
- EY, H. y Col.—Diversos Capítulos de la «Encyclopedie Médico-Chirurgicale» tomos de Psiquiatria, en esp. tomo II.
- GUIJA, E.—Psicosis palúdicas y atebánicas. Edit. Massó.—Barcelona 1947.
- GUTIERREZ AGUILERA, C.—Trastornos de la audición y enfermedades mentales.—Comunicación a la Asamblea de Otorrinolaringólogos Andaluces celebrada en Jaén. Septbre. 1954.
- HELLPACH, W.—Psicología Clínica.—Edit. Morata.—Madrid, 1955.
- LAIN ENTRALGO, P.—La Historia Clínica.—Consejo Superior de Investigaciones Científicas.—Madrid, 1950.
- LANGE, J.—Psiquiatria.—Edit. Miguel Servet. Madrid, 1942.
- LLOPIS, B.—La psicosis pelagrosa.—Edit. Científico-Médica.—Barcelona 1946.
- LOPEZ IBOR, J. J.—Conferencia pronunciada en el Ateneo de Madrid, 10 Octubre 1957.
- MARAÑÓN, G.—Ref. pers.
- MARAÑÓN, G. y RICHET, CH.—Estudios de fisiopatología hipofisaria.—Edit. Sudamericana.—Buenos Aires, 1940.
- MARTIN SANTOS, L.—La Medicina de la Persona.—Actas luso-españolas de Neur. y Psiquiatria.—Vol XI, n° 2, mayo 52, pag. 180.
- PELAZ, E.—Síndromes generales psíquicos de las intoxicaciones crónicas profesionales. Medicamenta.—Año XV, Dicbre. 57, n° 316, pag. 409.
- SARRO, R.—Capítulo de Enfermedades Mentales en la «Patología y Clínica Médicas» de Pedro y Pons.—Edit. Salvat.—Barcelona, 1952.
- SCHNEIDER, K.—Klinische Psychopathologie.—Edit. Georg Thieme.—Stuttgart, 1950.
- TORRES LOPEZ, A.—El hombre como persona en la evolución del pensamiento médico.—Actualidad Médica.—Vol. 33, Dicbre. 1957, n° 396.
- VALLEJO NAJERA, A.—Tratado de Psiquiatria.—Edit. Salvat.—Barcelona, 1944.
- WECHSELBERG y HEINEBER.—El test escénico como medio de investigación de los trastornos de conducta en niños con meningitis tuberculosa clinicamente curada. Monats. f. Kinderheilkunde.—Vol. 101.—Marzo 1953, n° 3 pag. 187.

**en las afecciones
del estómago**

3

**PRODUCTOS
DE
GRAN
UTILIDAD
CLINICA**

ALUGELIBYS

Gel de hidróxido aluminico

El ALUGELIBYS está indicado en los casos de hiperclorhidria, úlcera gástrica, gastritis

y en las litiasis fosfáticas urinarias, por dar lugar a la formación en el intestino de un fosfato de aluminio insoluble, que se elimina por las heces, reduciendo así la excreción urinaria de fosfatos.

ALUGELIBYS

MAGNESIADO

**Gel de hidróxidos aluminico
y magnésico**

El ALUGELIBYS MAGNESIADO está indicado en los mismos casos, pero, preferentemente en enfermos con tendencia al estreñimiento.

FOSFOALUGEL

Gel del fosfato aluminico

Indicado especialmente por no alterar el equilibrio ácido-básico ni dificultar la absorción de fósforo.

En Geriatria

Gerobión

Asociación vitamínico-hormonal-lipotrópica

Tubo con 30 grageas

IGODA, S. A.

Concesionaria de

E. MERCK AG - DARMSTADT

BARCELONA

Apdo. 724

MADRID

Apdo. 1243