

TENDENCIA PSICOSOMÁTICA EN CIRUGÍA (Contribución clínica)

Prof. LELIO ZENO

Académico C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona

MIENTRAS se esclarezcan los problemas científicos que plantea la concepción de totalidad biológica en la que se inspira el principio de unidad somapsíquica, cuerpo-alma, es oportuna la contribución casuística con la cual se brindan preciosos documentos para la especulación teórica. Es con tal espíritu que hacemos algunas consideraciones sobre dos enfermos, convencidos de que el progreso de la medicina se debe particularmente a la observación clínica y que este medio de conocimiento, que Hipócrates creara como método específicamente médico, resulta de paso, una fuente fecunda para la comprensión del alma humana.

PRIMER CASO

Genu valgum recurvatum funcional

Se trata de un niño de 5 años, hijo de médico, quien lo envía a la consulta, traído por la madre y la abuela, porque viene acusando una actitud viciosa de la rodilla y del pie desde hace un mes, sin causa aparente, sin antecedentes inflamatorios ni traumáticos y sin trastornos del estado general, que es muy bueno. El examen semiológico de la extremidad afecta no descubre lesiones osteoarticulares de la rodilla ni de cadera, cuyos movimientos son amplios e indoloros. No hay contractura muscular, y su masa está conservada y con buen tono. Lo mismo resulta negativo el examen del pie, que la madre suponía afecto de «algo» en la planta, desde que el niño solía decirle que le dolía, en cuya circunstancia descargaba el apoyo de su cuerpo sobre el borde externo del pie.

En la primera entrevista podía descartarse — para un ortopedista experto. se comprende — que el síndrome fuera originado por un proceso orgánico. Por eso, sin esperar informes de laboratorio ni radiológicos, inquirimos directamente datos sobre el aspecto psicológico del niño, cuya conducta, en efecto, nos hace presumir un origen psicógeno del síndrome. Su vicio funcional se establece pocos días después del nacimiento de un hermanito y aunque siempre se ha llevado bien con una hermana, dos años mayor que nuestro paciente, éste no parecía experimentar la misma complacencia frente al «intruso». Del interrogatorio de los familiares, resultaba que toda vez que la madre se ocupaba demasiado del recién nacido, nuestro chico iniciaba su cuadro de renguera que lo agravaba acusando dolor. Es fácil aceptar un factor subjetivo, psicógeno en la etiología del cuadro, sintiéndonos por tal motivo autorizados a aconsejar que se alejase al niño del teatro de sus conflictos afectivos, con lo que desapareció la renguera y la posición viciosa de la extremidad.

SEGUNDO CASO

Sinistrosis secundaria a un trauma mínimo del antepié

Jornalero, argentino, de 43 años de edad, que trabaja en el frigorífico Swift

desde hace 5 años, enviado a nuestra clínica con la sospecha de que se trata de una sinistrosis de compensación. Un colega, impresionado por el cuadro y por aquella insinuación diagnóstica, estaba dispuesto a practicar un narcosanálisis, mediante el cual esperaba aclarar un supuesto complejo psicológico que explicase el síndrome clínico. En ese momento levantamos una historia cuyos elementos esenciales y positivos pasamos a relatar: de humilde origen rural, tuvo una educación muy elemental, pero tiene una expresión intelectual clara. Fué siempre activo y trabajador desde los 15 años, y era buen compañero, formando equipo de fútbol con los de su pueblo. Fué empleado, camionero, cosechero, cambiando de actividad de acuerdo con las circunstancias. Desde hace 5 años está en el frigorífico Swift. Hace 3 años tuvo un accidente del pie izquierdo originado, al parecer, por el descuido de un compañero de trabajo. Tuvo que guardar unos días de cama pero curó bien. En noviembre de 1945 se desliza una barra de hielo de una pila que dió sobre el mismo lugar del pie izquierdo, produciéndose una fractura transversal del 4.º metatarsiano, sin desplazamiento. Se le enyesa. Al mes se reincorpora al trabajo, aunque no estaba restablecido, pues sentía dolor y su pie se le hinchaba. Anduvo así «mal, mal y mal», según su expresión, y a pesar de que le hacían ambulatoriamente algunas curas locales, en el dispensario del mismo establecimiento, su pie se hinchaba mucho. Caminaba con dificultad y de cuando en cuando, el médico le decía que se curaría, «pero el pie seguía hinchado», dice el enfermo, quien estaba cada vez más preocupado por su suerte. Tenía insomnio y entonces pensaba que le vendría una parálisis. Como se sentía peor y tropezaba en su marcha, quería dejar el trabajo; pero su jefe, el señor Isla, que lo estima como obrero, le obligó moralmente a que se tratara por cuenta de la empresa y que se internase en nuestro instituto, haciéndolo en abril de 1946. Le dijeron que sería operado. El enfermo no sabía qué operación debía soportar. Estaba preocupado por el tiempo que significaba ese internado y dudaba de su suerte. Estaba preocupado, además, porque él tenía obligaciones con su hogar, pues mientras se hallaba en asistencia sólo recibía medio sueldo. (Durante todo este interrogatorio nos dió la impresión de que el enfermo estaba resentido por la atención facultativa que se le prestó hasta entonces y que se hallaba ofendido, como persona, por no habersele dado la satisfacción que como tal merece.)

En lo que respecta a la lesión en sí, comprobamos los datos que levantó el doctor Didier y que transcribimos: «Pie izquierdo en actitud de flexión plantar de los dedos y contractura del pie en discreta pronación y valgusismo. Esta contractura cede a la sollicitación manual del médico que examina, pero se pone rápidamente de manifiesto al indicar al enfermo la ejecución de cualquier movimiento. Es una contractura que no tiene relación con ningún tipo de lesión determinada y que alcanza a los músculos flexores de los dedos, tibial anterior y peroneos. El cuádriceps también participa de ella. En la marcha, el pie se coloca en pronación y a consecuencia de la flexión o garra plantar de los dedos, hay una exageración de la bóveda transversa del pie.»

Una radiografía tomada en esos momentos revelaba la persistencia de una interlínea fracturaria, la cual, no obstante el tiempo transcurrido, no había consolidado. En estas circunstancias estuvimos de acuerdo con los doctores Maróttoli y Didier, en que no se trataba de una sinistrosis aparecida en una personalidad neurótica, ni de una simulación deliberada. Lo que existía era un «cuadro autoplástico» rico en síntomas y mantenido por la conducta médico-asistencial, frente al problema de este enfermo, portador de un proceso traumático evidente, cuya reparación se mantenía en jaque, a nuestro modo de ver, por una terapéutica inadecuada.

Lo primero que hicimos fué masar suavemente su pie al mismo tiempo que le hablábamos y le asegurábamos que se curaría, consiguiendo relajar la tensión de todo el sistema muscular contracturado. Con esa maniobra, actuábamos a su vez sobre el infiltrado crónico que rodeaba la zona de fractura, modificando

sensiblemente el trastorno trófico que se acompañaba por una sensación viscosa y ligeramente fría. Luego le vendamos el pie, prescribimos reposo en cama y aplicación de termóforo dos veces por día. Le renovamos diariamente la sesión de masaje y el vendaje elástico, y al tercer día le aconsejamos iniciar la marcha con un zapato más bien justo. Con el pretexto de enseñarle a la señora cómo debía masarle el pie, la citamos al instituto, teniendo oportunidad de comprobar fácilmente, por la conducta de la cónyuge en tales circunstancias, que la vida entre ellos era afectuosa. Al 5.º día le autorizamos que fuera a visitar su hogar. Al regresar tiene más facilidad en los movimientos y pocos días después se da de alta curado. Se incorpora a su actividad con indicaciones de iniciarla con trabajos livianos y desde entonces sigue en sus funciones.

En la convalecencia, establecido ya un vínculo afectivo manifiesto, por su confianza en nuestra capacidad y directiva médica, nos confesó que nadie, en el transcurso de su enfermedad, se había sentado a su vera a preguntar sobre su suerte; ni quién era; qué pensaba él de su mal, etc. Por eso, cuando fué interrogado sobre sus cosas y cuando se le examinó su pie, se le radiografió y se le masó suavemente vendándolo luego según arte, el enfermo nos manifiesta que experimentó algo así como que se le hubiese cambiado la circulación, como si «sus nervios paralizados ya se movieran», afirmando su fe en la curación.

Se desprende de estos dos ejemplos clínicos, que para el médico general no es siempre necesario realizar una investigación objetiva minuciosa del campo somático para orientar el diagnóstico. Tampoco resulta en la práctica indispensable el examen psicológico exhaustivo, especializado, pues basta, para el sentido médico común, tener una idea de la totalidad o globalidad psicológica. Tomemos al respecto el primer caso: si el niño nos dice que le duele y se le tuerce la rodilla y no admitimos la posibilidad de un factor subjetivo, examinaremos hasta el cansancio, con todos los recursos de observación científica que tiendan a la objetivación del elemento causal, sin llegar a dilucidar el problema etiopatogénico. Pero si tenemos en cuenta que nos puede engañar voluntaria o involuntariamente, estaremos obligados a buscar otras razones de la renquera que no sean las puramente fisiógenas. Lo que quiere decir, que «no debemos estudiar menos soma, sino más psiquis» (1).

La anamnesis psíquica que habitualmente seguimos, aclara con mucha frecuencia si en los problemas vitales de cada enfermo existen trastornos psíquicos (neurosis) que puedan influir en el pronóstico. Para dichos fines aconsejamos sujetar nuestra investigación semiológica al esquema que Adler llama de la Problemática Existencial: Problemática Social o de la Convivencia, Problemática (2).

En nuestro segundo caso por ejemplo, hemos visto que no hay complejos ni serios problemas en el orden del trabajo, así como del social y amoroso. Lo mismo sucede cuando levantamos los antecedentes hereditarios o familiares, averiguando la procedencia de los padres, religión, temperamento, carácter, cultura, estado económico, con lo cual tendremos una idea del primer ambiente social dentro del que ha vivido el paciente. Pueden revelarse entonces algunos conflictos afectivos que expliquen la conducta ulterior del enfermo, como ser: fallas del carácter, nerviosidad, emotividad exagerada, etc. Inmediatamente averiguaremos detalles sobre la vida escolar del paciente en su aspecto afectivo, intelectual, grado de cultura alcanzado, vocaciones profesionales frustradas, sea por razones económicas, por enfermedad, etc., factores que crean resentimientos que influyen sobre la conducta del individuo. Resulta desde luego, indispensable, indagar sobre la experiencia amorosa en todos sus matices: infan-

(1) Weiss: Disturbios gastrointestinales, Psychosomatic Medicine, Enero de 1944.

(2) Lelio Zeno y Emilio Pizarro Crespo: Clínica Psicosomática. Ed. El Ateneo, pág. 160 y sig., 1945, Buenos Aires

til, prenupcial, nupcial, y así vamos trazando el perfil de la personalidad: temperamento, inteligencia, carácter, componentes psíquicos que distinguen a toda persona.

En esta primera entrevista importa hacer el registro fiel de las repercusiones inmediatas que un trauma psíquico puede tener sobre el soma o el de una afección somática sobre el psiquismo, conjugación de fenómenos biológicos que se evidencian con más o menos intensidad, pero que siempre se hallarán presentes y que deberán figurar en toda historia clínica (cuadro autoplástico de Goldscheider).

Respecto a la actualización de estas investigaciones psicológicas está arraigado un prejuicio que inhibe el empeño de querer brindar a cada médico (a quien le suponemos desde luego, dotado para hacer un diagnóstico de afecciones orgánicas), del valioso concurso de levantar simultáneamente una anamnesis psíquica, lo que le permitiría llegar a un diagnóstico y formular una terapéutica integral gracias al examen clínico psicosomático. Se afirma por otra parte, y con mucha razón, que el psicólogo, como el artista o poeta, nace. Lo que no excluye para que utilizemos de la psicología teórica, todo que está al alcance de nuestras posibilidades intelectuales como utilizamos, por ejemplo, las enseñanzas técnicas del dibujo como elementos de expresión sin pretender hacer «un capo lavoro».

La medicina integral psicosomática, postula precisamente la necesidad de que todo médico adquiera nociones de psicología dinámica con la cual, aun no dedicándose a la psiquiatría, puede reconocer la existencia de un trastorno subjetivo y considerarlo como un elemento constelacional en la etiopatogenia del síndrome. Es lo que venimos haciendo con otras disciplinas científicas de cuyos elementos básicos nos servimos con provecho, para el diagnóstico y aun para el tratamiento, sin ser anatomistas, químicos, físicos, patólogos, etc., dejando para el caso excepcional, la consulta bibliográfica o al especialista. La medicina psicosomática no se propone crear una nueva especialidad diferenciada de las ya existentes. Por el contrario, busca que todos los médicos puedan valerse de las doctrinas psicológicas para aclarar los cuadros que presenta el grupo de enfermos como los referidos, que siendo de muy frecuente hallazgo en la práctica profesional, los médicos no los encontramos descritos en los textos de psicología médica. Los tratados de patología médica o quirúrgica tienen sus capítulos donde se describen las heridas o fracturas, las hernias o bocios, las deformidades congénitas o adquiridas, pero siempre, como afecciones orgánicas, sin ocuparse de la personalidad del que lleva tales procesos, cuyos complejos emotivos al no investigárselos, pasan inadvertidos por el médico con gran perjuicio para el éxito de sus planes terapéuticos.

Veamos por ejemplo, qué pasa con el prolapso genital. Tenemos una limitada experiencia en nuestra práctica de cirugía plástica respecto de pacientes con prolapso genital. Una de ellas se presentó a la consulta manifestando sin ambages que la practicáramos una operación tendiente a restablecer el tono muscular vulvo-perineal con el que pretendía reconquistar para su gineceo a su infiel esposo. La plástica, como tal, fué de resultado satisfactorio, pero no así para los fines que perseguía nuestra enferma.

Por lo común las enfermas que concurren al médico por la misma lesión no son portadoras de grandes prolapso sino de pequeños cistocelos. Se trata de mujeres reservadas, un poco ansiosas, de 35 a 40 años, que si bien intuyen que la infidelidad es un hecho muy común en los matrimonios y que esa conducta, causante de conflictos afectivos, no responde tan sólo a tales factores morfológicos como puede constituirlo un pequeño cistocelo, bastante común en los múltiparas, no dejan de cultivar en secreto y como una posibilidad, la idea de que una pequeña vulva, podría tener la magia de renovar una luna de miel.

¡Cuántas enfermas que concurren a nuestro gabinete de cirugía plástica a

consultarnos por pequeños defectos fisonómicos o por pliegues faciales — no arrugas, sino surcos de melancolía y de tristeza que desaparecen tan pronto se les hace sonreír — llevan en el alma un recóndito e inconfesado anhelo de poder atraer el perdido cariño de un esposo, sin preguntarse si la falta de calor amoroso de su cónyuge es por infidelidad, por ausencia natural de deseos sexuales o lo que es peor, por una indiferencia espiritual y afectiva!

No hay pues, otra solución práctica para poder tratar al paciente que vemos a diario y cuyos problemas no los resolveríamos leyendo tratados especializados, sino adueñarnos de los elementos técnicos para el examen subjetivo elemental de nuestros pacientes. No sería, en efecto, a un neuropsiquiatra a quien iría a consultar la madre, preocupada por la renguera de la criatura mencionada; o el enfermo referido en el segundo caso.

Cada vez se va menos al médico, desde que la medicina mecanicista nos ha ido obligando, por exigencias técnicas, a especializarnos. En efecto, ya no hay médicos sino oftalmólogos, endocrinólogos, fisiólogos, diabetólogos, coprólogos, especialistas en aparato urinario, etc. Esta diferenciación del trabajo, con ser una imperiosa necesidad para el progreso científico y cultural, no debe llevarse jamás al extremo, por lo menos en medicina, que nos haga perder la noción de la totalidad.

La tendencia psicósomática en medicina (1) realiza en nuestros días ese acto de revisión, de síntesis, en el proceso dialéctico de tesis y antítesis dentro del cual gira el espíritu humano en su camino hacia la sabiduría.

Ella nos recuerda, pues, a todos, internistas y cirujanos — y también a los psiquiatras — que no debemos perder de vista que somos, antes que nada, médicos, al cuidado del enfermo, y no de enfermedades somáticas y psíquicas o psicósomáticas.

Para terminar, dos palabras sobre psicogénesis mórbida.

Es concebible que si un sujeto, particularmente en su periodo de inmadurez somática (Caso I), adopta una actitud viciosa prolongada, puede dejar definitivamente una secuela, como ser un genu valugum con la alteración morfológica del esqueleto. Es éste el mecanismo de las llamadas órgano-neurosis psiconeurosis, que trata de explicar también las serias y a veces irreversibles lesiones estructurales y funcionales, como por ejemplo las contracturas, sea por conversión histérica, por simulación deliberada o por un resentimiento ante la asistencia médica, como ocurrió en nuestro segundo caso.

Las lesiones somáticas sobre el esqueleto y articulaciones, como ser: deformidades articulares, decalcificación, osteoporosis, así como los trastornos circulatorios funcionales que se expresan por fenómenos tróficos: rémora circulatoria, congestión pasiva, edema, viscosidad cutánea, etc., son de observación clínica en procesos de origen inflamatorio, tóxico, infeccioso, traumático, tanto como en los de origen funcional o psíquicos.

Psicogénesis mórbida no quiere decir que los procesos patológicos originados por traumas emotivos se hagan por mecanismos biológicos distintos a los procesos mórbidos de origen fisiógeno (2). La fisiopatología y la psicopatología nos demuestran que muchos síndromes psicósomáticos (órgano-neurosis o psiconeurosis) así como cualquier afección orgánica, tienen origen en el mismo sistema fisiológico.

La fisiología experimental registra la hipertensión sanguínea de causa psíquica — cólera, ira, etc. — demostrando el mecanismo por el cual se eleva la presión sanguínea, lo que confirma ciertos hechos de observación clínica.

Esto quiere decir, de acuerdo con el concepto de totalidad biológica, que

(1) C. A. Seguí; *Introducción a la Medicina Psicósomática*. Ed. J. M. Barca, Lima, 1947.

(2) F. Alexander; *Conceptos fundamentales de investigación psicósomática* Psicogénesis, conversión, especificidad. *Psychosomatic Medicine*, Julio 1943.

un fenómeno psíquico no se produce sin una acción, que tiene como asiento el organismo. Vale decir que cuando estamos alegres, tristes, coléricos, irritados, ofrecemos a la observación objetiva el cuadro orgánico correspondiente, que la psicofisiología reproduce en los animales de experimentación (1).

El vómito, como manifestación biológica, puede ser fisiológicamente «explicado» como efecto de una serie combinada de movimientos musculares del diafragma, estómago, esófago, pared abdominal, y éstos a su vez, efectos de una excitación nerviosa provocada por un estímulo psíquico, químico o microbiano, como un sentimiento de asco, una gastritis tóxica o una peritonitis; pero aun en los tres casos (2), puede ser biológicamente *comprendido* como un intento «expelente-defensivo» del organismo, realizado con la finalidad de «echar afuera» o alejar algo que molesta o perjudica al Yo (sea corporal o psíquico).

Como dijimos al comienzo, mientras no se dilucidan científicamente los problemas teóricos referentes a los procesos biológicos psicosomáticos, es bueno conformarnos con la posición de Dilthey (3): «A la naturaleza la explicamos, a la vida anímica la comprendemos».

SOBRE SINISTROSIS

Este término tiene un valor psicológico y medicolegal distinto según el caso. Decimos que nuestro segundo enfermo tiene una sinistrosis secundaria para diferenciar el cuadro de aquellas sinistrosis que aparecen de inmediato al accidente en sujetos psicolábiles — neurasténicos, neurosis de angustia, etc. — así como la que se observa en individuos con complejos reivindicativos o en otros que utilizan el accidente magnificándolo con el fin de obtener una compensación desmedida, etc.

En cambio, el enfermo descrito en el segundo caso, con un pasado psíquico bastante equilibrado, fué haciendo su neurosis, su sinistrosis, a consecuencias del curso desfavorable de su accidente y ante la perspectiva sombría de una invalidez que podría llegar a ser, según el cuadro autoplástico que se iba creando al mismo enfermo, una parálisis de su extremidad. No es desestimable, como factor etiológico para explicar el cuadro psíquico secundario, un resentimiento manifiesto por la atención médicoasistencial, que el enfermo consideró técnica y humanamente indebida.

Prescindiendo de las repercusiones mórbidas de un accidentado (sinistrosis), en principio, toda persona, como unidad psicosomática, aun la más equilibrada, cuando es víctima de un siniestro, presenta un cuadro psíquico, como respuesta instintiva, de sorpresa, de emoción y de defensa ante una noxa que vulnera su integridad biológica. Porque, como dice Castañeda (4), «Los traumatismos quieren eludir el enfoque biológico porque son cosa accidental y fortuita, de causa y origen extracorpóreo, pero a todo lo que le sigue responde el organismo que se siente perturbado y reacciona, porque el accidente obró en un punto, pero el traumatizado fué el individuo».

La sinistrosis, en cambio, sería una forma anormal de esa respuesta biológica instintiva emocional ante un accidente.

Como se ve, tres factores principales entran en la constelación de todo cuadro psíquico concomitante al accidente: 1) un factor instintivo, común a todo lesionado, que es de carácter *Inconsciente*; 2) a este factor común, se agrega, en ciertos casos, un elemento agravante, de naturaleza *Subconsciente*, que transforma la reacción instintiva en un cuadro neurótico que llamamos sinistrosis; 3) existe un grupo de lesionados que presentan un cuadro psíquico que no se

(1) W. B. Cannon: La sabiduría del cuerpo. Ed. Séneca, México.

(2) Emilio Pizarro Crespo: Personalidad y Enfermedad. La Semana Médica, N.º 29, 1942.

(3) G. Dilthey: Introducción a las Ciencias del Espíritu. Espasa Calpe Argentina, 1948.

(4) G. Castañeda: El Concepto Biológico en Clínica. El Día Médico, t. XIII, pág. 298, 1942.

explica tan sólo por una reacción instintiva, inconsciente, ni por un estado psicolábil, del cual el enfermo es habitualmente subconsciente, sino por una actitud *Consciente* aunque no expresada por el enfermo, deliberadamente dirigida hacia una finalidad de lucro o como medio para eludir situaciones o deberes desagradables: la inminencia de una batalla, de un examen para el que no está preparado, de un casamiento por el cual no está decidido, y mil otras razones psíquicas.

ELIXIR CALLOL

GLICEROFOSFATOS KOLA - PEPSINA

Poderoso tónico-reconstituyente - Eficaz eupéptico y digestivo

**CONVALECENCIAS-FATIGA INTELLECTUAL - AGOTAMIENTO FISICO
ANOREXIAS Y DISPEPSIAS**

PARA MUESTRAS:

Apartado 520

LABORATORIO CALLOL

BARCELONA