

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Vol XVIII

Bogotá, Agosto de 1949

Número 2

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Luis Enrique Castro

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

\*

## Consideraciones Clínicas Sobre el Problema de la Psicogénesis del Hipertiroidismo

Por Ch. DE NOGALES Q., Director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Cátedra de Patología General. Prof Dr. L. Girones.

Comunicación presentada a las sesiones Científicas del Instituto de Patología Médica. Director Prof. Marañón. Madrid 17. Enero 1948.

Profesor Marañón. Señores:

Entre los trabajos que tenemos actualmente en curso de realización en Barcelona figura el estudio de centenar y medio de observaciones de enfermos hipertiroides tratados en nuestro Dispensario. Ante estos enfermos y desde el principio de la anamnesis nuestro intento había sido comprenderlos. No queríamos "interpretarlos" ni tampoco "catalogarlos" inmovilizándolos por tanto nosológica y nosográficamente. El diagnóstico sólo nos servía para centrar nuestra atención sobre ulteriores investigaciones, pero nuestro propósito ante ellos era, más ambicioso, pues pretendía hasta donde ello fuera posible, hacerlos etiopatogénicamente comprensibles, fisiopatológicamente comprensibles y también porqué no decirlo, en la mayoría de los casos, psicológicamente comprensibles. *Queríamos comprender su devenir patológico a partir del estilo reactivo que arrancaba de su constitución*

y, como a seres que viven en un medio con el cual forman sistema y se integran, queríamos comprenderlos en la contingencia temporal especial y social de su vida. Intentaremos por lo tanto despistar de donde arrancaba el error biológico que los precipitaba en la disimetría que es la enfermedad.

En síntesis y para abreviar buscaremos ante nuestros pacientes lograr lo que parodiando a Weizsaecker podíamos definir como la vivencia satisfactoria que se experimenta cuando es posible ver con claridad el sentido hasta entonces oculto de la vida de los enfermos, de su enfermedad y de sus síntomas.

Y es por eso que aunque el objeto del estudio analítico de esas 150 historias fuera otro y más amplio, esas observaciones han servido para que sobre su recuerdo improvisase ya en Madrid, estas líneas que os leo. Porque estas serán mi primera consideración, *sólo historias de enfermos hipertiroides realizadas con un espíritu que pretende mucho más de un diagnóstico acertado, pueden ser útiles desde el punto de vista de la valoración del trauma psíquico.*

Debe disculparme de la incompletud de datos, de la falta de porcentajes y de todas las imperfecciones de esta comunicación. Más adelante sin duda será publicado un trabajo más perfecto y completo.

### *Trauma Psíquico.*

Muchísimos autores admiten el trauma psíquico en la etiología como sabéis de Basedow llegando Bram a mencionarlo entre el 90 y 94 por ciento de sus casos. Pero otros incriminan el foco séptico p, ej. Noguer More entre nosotros en la inmensa mayoría de sus observaciones.

Hemos señalado en otra ocasión *nuestro criterio de que en el hipertiroidismo hay una causalidad exógena interminable que conduce a una situación endógena idéntica o sí misma, independientemente de la causa que la provocó. Por lo tanto el hecho de que nos ocupemos del trauma psíquico no quiere decir que lo sobrevaloremos o lo consideremos algo así como causa específica de la hiperfunción tiroidea.* La segunda consideración que tenemos que hacer al abordar el tema, se refiere al propio planteamiento del problema de la psicogénesis del hipertiroidismo, que a nuestro juicio se ha realizado de modo excesivamente superficial. Dejando aparte las recientes interpretaciones subjetivistas de los tratadistas de la psicología Weiss y Spurgeon que pretenden ver en el hipertiroidismo el resultado de un antiguo problema de las relaciones hija-madre con una inadaptación ulterior a la

misión biológica femenina, creemos que no merecen el esfuerzo de una crítica; pero al lado de estas explicaciones freudianas demasiado complicadas y artificiosas no faltan las interpretaciones excesivamente sencillas de los hechos, las hipótesis verdaderamente simplistas. *Bram no se libra de caer en este error cuando plantea el problema sobre la base del ingenuo raciocinio "después de eso, luego por eso". Es decir, que creemos que el problema no queda resuelto porque por anamnesis evidenciamos un trauma psíquico y el enfermo nos informa que desde entonces no se siente bien y todo ello coincide con la eclosión de síntomas hipertiroideos.*

Realmente el estudio del problema del desencadenamiento psicógeno de una organoneurosis de secreción tiroidea no es sencilla. Se impone estudiar la constitución psicofísica del sujeto en el sentido del repertorio de sus modalidades reactivas y predisposiciones del psiquismo previas al supuesto choque emocional, para no caer en la ingenuidad de un autor argentino que recoge veinticinco casos de hipertiroidismo desencadenados por trauma psíquico y cita, como tales supuestos traumas, entre otros la sifilofobia. Se hace evidente que es preciso averiguar hasta qué punto el sujeto era normal y hasta qué punto no lo era, en cuanto a su psiquismo; antes del choque emotivo. Es necesario reconocer que trauma psíquico no es un concepto que tenga una valoración absoluta ni universal por sí mismo sino que sólo la tiene en función de quien lo sufre. Pero tampoco puede prescindirse de valorar otros factores completamente distintos tales como la situación metabólica de sujeto en el momento de la incidencia del insulto psíquico. Recordamos que estudios de hace ya bastantes años señalaron la mayor susceptibilidad al yodo y en el sentido de mayores riesgos de desarrollo de un Basedow-iódico en los neuróticos y en las climatéricas: sin duda en ambos casos es más fácil que en el normal la existencia de estos emocionales de vivencias que actúan como factores hipertiroidizantes y tendríamos así la confluencia de un hecho psíquico, y otro metabólico (el mayor aporte del halógeno) favoreciendo la eclosión de la discrinia demostrándose una vez más la necesidad de no pretender dividir al hombre en artificiosos comportamientos.

Muchas veces en Medicina es útil invertir los términos de un problema dado. Continuando por el camino que acabamos de señalar podríamos llegar en efecto a darle la vuelta a nuestro problema que entonces quedaría planteado en éstos términos: hasta qué punto el hecho de ser hipertiróideo predispone a sufrir traumas psíquicos?

La cuestión puede, desde luego, ser matizada en la forma que vdes. quieran: por ejemplo hasta qué punto el hecho de tener una constitución hipertiróidea aun cuando esté compensada es un factor predisponente para vivenciar emocionalmente como traumas psíquicos experiencias vitales que otro sujeto sería capaz de soportar perfectamente sin caer en el desequilibrio?

Nuestra experiencia clínica va en favor de la respuesta afirmativa. El exceso de emotividad y la tendencia a las hiperrespuestas de toda índole, la disimetría reactiva de algunos objetos, de la variante erética de la constitución asténica que Marañón individualiza, y de los hiperemotivos de Dupre que casi siempre pertenecen a esa constitución como también Marañón había señalado hace tiempo, pueden a nuestro juicio situarlos en situaciones traumáticas que ellos mismos provocaron; o bien y es una segunda posibilidad, circunstancias de poca significación patógena para individuos constitucionalmente distintos pueden ser vivenciadas por los aludidos como traumatizantes, determinando en ellos, una tormenta emocional nosógena. En estos casos hay que huir de caer en el espejismo de pensar que allí surgió una enfermedad como algo nuevo y exógeno. Allí continuó desempeñándose simplemente un modo de ser constitucional. En nuestro trabajo sobre "la base morfológica y reactiva de la personalidad humana" insistimos en que fisiología y salud no son conceptos semejantes y consideramos a las enfermedades con base endógena como la caricatura de la manera de estar sano privativa de aquel ser. Esto es particularmente cierto en los casos a que estamos aludiendo, casos en que realmente no se trata de psicogenesis de una enfermedad, sino psicogenesis de la descompensación de un modo de ser constitucional. Recordamos los siguientes ejemplos clínicos: Un muchacho de 24 años es amigdalectomizado, después de la intervención el cirujano le dice que toda ha ido muy bien en la operación, pero que ahora es misión de él, tener precaución pues puede surgir una hemorragia secundaria y éstas en algún caso, han sido mortales. Añade que una vez pasadas las primeras cuarenta y ocho horas puede estar tranquilo. El operado yace en cama durante dos días sin comer, sin beber, sin hablar, con un reloj de forma que le puede ver sin moverse y contando los segundos. "Hubiera deseado poder prescindir hasta de respirar", dice. Cuando se levanta está extenuado, con debilidad y temblor y nerviosismo; pronto se evidencia un síndrome de hiperfunción tiroídea. Naturalmente la hipótesis de hipertiroidismo por emoción de foco séptico no la desprecia-

mos, pero no tenía a su favor ningún dato humoral ni clínico. En cambio se hizo evidente que el sujeto asténico erético siempre había sido un hiperemotivo. El diagnóstico después de detenido estudio fue: constitución hipertiróidea descompensada psicógenamente en sujeto hiperemotivo. La descompensación fue gastrógena.

Desde luego estos casos son más frecuentes en el sexo femenino. Recordamos lo siguiente: muchacha contrariada por sus padres en su deseo de ser cantante de ópera, muchacha católica que sufría la presión de toda su familia para convertirse al protestantismo, mujer casada obligada a convivir en la misma casa con personas extrañas y por lo tanto privada de un hogar. Y otras más que no citamos. Muchas de las cuales ofrecían con los anteriores el rasgo común de no tratarse de graves traumatismos o situaciones traumatizantes considerando como tales las que circunden sobre la esfera de intereses de los instintos sexuales, maternal y de conservación.

Nos parece significativo a este respecto el caso de una muchacha andaluza de 19 años, cuya constitución hipertiróidea fue descompensada por la perspectiva feliz de una próxima boda intensamente deseada. Aquí no existía ningún trauma psíquico; sino una situación de espera que aun cuando fuera de contenido agradable por ser intensamente emocionante resultó lesiva para el precario equilibrio psicofísico de esta muchacha.

Este caso nos lleva a decir que realmente para que el trauma psíquico sea nosógeno es preciso que la vivencia determinada por el acontecimiento exógeno determine un estado emocional intenso. Entonces, por así decirlo, la vivencia se humoraliza transformándose de un fenómeno psíquico a un hecho endocrino. O mejor, de un fenómeno que se expresa a un nivel cortical a un fenómeno que se expresa también a un nivel de la personalidad profunda, vegetativa.

Estudiando a nuestros enfermos desde el punto de vista psíquico, y endocrino hemos podido observar los siguientes casos: a) el trauma psíquico, con la situación traumatizante da lugar al desencadenamiento de una neurosis o a la puesta en marcha de mecanismos psicógenos, etc. etc. Estamos entonces en el terreno de la patología mental pura; b) constantemente y a partir del mismo insulto se evidencia sintomatografía psíquica y humoral. Estamos entonces enfrente a la patología mental y discrínica asociadas; c) no quedaron huellas en el psiquismo de la tormenta emocional y la endocrinopatía una vez puesta en marcha cobra vida autónoma; estamos en este caso en el terreno de la patología endocrina pura.

Todas estas posibilidades se dan en la práctica y aún podemos decir que son frecuentes. Los dos últimos señalan un factor a que nosotros damos, aun cuando hoy por hoy se trate de un concepto vago, una cierta importancia, nos referimos al concepto de la inestabilidad de las integraciones. Creemos que existe esta inestabilidad en los hipertiróideos constitucionales y en los hiperemotivos, siendo mucho más acusada en el sexo femenino y en este en la época climática; en virtud de este trastorno se desempeña en lo somático provocando trastornos algo que ha debido ser mantenido y resuelto a un nivel psíquico.

Después de lo que llevamos dicho hasta ahora debemos caer en la conclusión de que es siempre obligada una cierta predisposición para que se desencadene una hiperfunción tiroidea por causas psíquicas? No podemos contestar de modo categórico a este interrogante pero estamos muy inclinados a admitir que lo que hemos denominado Reacción Configurada Hipertiróidea, es decir biológicamente preformada, puede ponerse en marcha en individuos desprovistos de la constitución de graves y no afectos de la psiconeurosis de Dupre. Vamos a aducir un argumento clínico en favor de esta idea. En otra ocasión con Gurria hemos sostenido la oposición entre la constitución hipertiróidea y la llamada constitución enequética de Mauz constitución ictafin, propia como sabéis de los comiciales esenciales manifiestos o latentes. La finura de rasgos, la depurada diferenciación de las estructuras de los hipertiróideos contrastan con la forma maciza, tosca y amorfa de los enequéticos. Graciales con excesos de desarrollo de los sistemas óseo y muscular, expresivos, ricos en mímica, de ideación rápida hasta la fuga de ideas los hipertiróideos constitucionales; macizos, toscos, poco diferenciados de los amorfos en su expresión, lentos, detallistas y perseverantes" gliscroides" los enequéticos. Gurria estudia actualmente el aspecto psicológico de este antagonismo biológico entre las dos constituciones. No podemos detenernos insistiendo sobre este punto. Todos recordarán que si la asociación de hipertiroidismo y crisis psicógenas es relativamente frecuente la coincidencia en cambio en epilepsia e hiperfunción tiroidea es de la máxima rareza. Nosotros hemos tenido ocasión también de comprobar la gran tolerancia o la tiroxina de los comiciales. Sin embargo, pudimos realizar la siguiente observación: enferma L. R. 52 años, casada. Es hija de un epiléptico, tiene un hermano y una hija con crisis epilépticas, epilépticas absolutamente típicas. La tara genética comicial de esta enferma se reveló hacia los 30 años. Crisis con

pérdida de conocimiento y caída brusca al suelo, clavándose las horquillas que dejó de usar; espuma por la boca, fase tónico-clónica de pocos minutos de duración y perfectamente recortada, relajación de ..... Durante 18 años de su vida desde los 30 a los 49, es una epiléptica con crisis y ausencias absolutamente caracterizadas. Hace un año, y medio al regresar a su casa encuentra un ladrón que la amordaza y amenaza de muerte. Inmediatamente pierde el conocimiento, es dudosísimo que esta vez tuviere convulsiones, la primera persona que la vio la juzgó muerta cuando remite la crisis que parece fue de tipo de reflejo de inmovilización psicógeno de Kretschmer, dejó paso a un estado crepuscular durante el cual se comportó como si aún se encontrase ante su agresor. Desde entonces desencadena un Basedow intensísimo: adelgazando 14 kilos el primer mes, con diarrea, temblor generalizado, gran taquicardia, hiperemotividad rayando en la agitación. La pérdida de peso continuó de 76 kilos que pesaba antes del trauma, hasta 46 cuando fue vista por nosotros.

Este caso demuestra la eclosión de un Basedow por trauma psíquico en una persona en modo alguno predispuesta constitucionalmente. Sólo podemos citar sin comentarlo el hecho interesantísimo de que su hipertiroidismo pareció ser totalmente incompatible con su epilepsia hasta el punto de la desaparición total de crisis y ausencias antes frecuentísimas.

Sin duda este caso se hace más comprensible si hacemos constar que el trauma psíquico incidió sobre la enferma en el momento central, menopausico, de su crisis climatérica. Marañón ha señalado el climaterio como momento favorable al desencadenamiento del hipertiroidismo. La disposición condicional, ligada a este momento endocrino, unida al insulto emotivo, fue suficiente, es esta enferma, para, en su ausencia de verdadera predisposición constitucional, desencadenar el trastorno hiperfuncional tiroideo. Esta observación tiene el interés de que contrastado con otros anteriores, los de los hiperemotivos por ejemplo nos enseña cuán cautos debemos ser para no valorar los hechos en un solo sentido y cómo debemos huir de tener una mentalidad con tendencia a que los estímulos intelectuales invadiesen por una cadena de asociaciones de dirección única que en este caso sería prejuzgar que todos aquellos enfermos que evidencian un hipertiroidismo después de un trauma psíquico, eran desde antes hipertiróideos larvados.

## VALORACION OBJETIVA DEL TRAUMA PSIQUICO

Nos sale ahora al paso el problema de la valoración objetiva del trauma psíquico. Es evidente que, la relación de dependencia entre el trastorno hipertiroidico y el trauma psíquico, no puede ser observada en todos los casos con la misma claridad que el último citado, y además, ya decíamos al principio que el criterio de simple secuencia cronológica no debería satisfacerlos. Tampoco debemos aplicar tendenciosamente los conceptos de predisposición constitucional ni admitir sin espíritu de crítica lo que los enfermos dicen porque si unimos a la impresión que nos da la morfología y el gesto del sujeto el dato anamnético frecuente de alguna situación emocionante en su vida que el enfermo recordará y narrará gustoso, podemos ser víctimas hasta de una acción sugestiva que el enfermo realice sobre nosotros y valorar como traumas episodios de la vida del paciente que no trascendieron en su patología.

Es evidente que no poseemos tampoco un aparato de precisión que nos informe sobre las consecuencias del trauma y es muy dudoso que esto fuera deseable.

¿Qué criterio seguir entonces? Una vez más una anamnesis cuidadosa que profundice en el enfermo, "amnesia abisal" se releva como muy útil. Hace un momento decíamos que lo patógeno no es el trauma por sí mismo, sino la resonancia que contiene en el paciente. Esto ya nos obliga a estudiar con todo cuidado la tormenta emocional que siguió al incidente sufrido por el enfermo. En seguida comprendemos en ese terreno lo erróneo de los criterios de especialización estricta, (con razón ironiza Mayo cuando dice que especializarse consiste en ir sabiendo cada vez más sobre cada vez menos). Si queremos comprender bien estos enfermos debemos realizar un interrogatorio con criterio psiquiátrico tanto como crítico endocrino.

Debemos empezar por hacer constar que el hecho que vimos en el último caso citado, es decir la producción de un estado psicógeno que se sitúa inmediatamente después del trauma y procede a la exteriorización clínica del hipertiroidismo que no es de modo alguno excepcional. Podemos recordar los siguientes casos: mujer en la cuarta década de su vida cuyo hijo presenta trismus después de haberse herido en la calle, se diagnostica tétanos, la madre sufre una crisis histérica y en seguida se evidencia una enfermedad de Basedow. Una mujer de 40 años va a asistir a su madre y a la Institución donde la había dejado hospitalizada por suponerla grave.



La madre había fallecido, logra verla en el depósito de cadáveres y reacciona con una crisis psicógena de tempestad de movimientos. En seguida se pone en marcha un síndrome de hiperfunción tiroídea. En otro caso la secuencia conmoción emocional, crisis psicógena, hipertiroidismo fue determinada por infidelidad conyugal.

No hay duda que estas crisis reveladas por la anamnesis del enfermo o de los familiares, deben ser interpretados en el sentido de que allí hubo una tormenta emocional intensa y constituye un dato a favor de la valoración del trauma como agente nosógeno. Este argumento tiene aún más fuerza cuando, y esto fue la regla en nuestros casos, no se trataba de sujetos que estuviesen entrenados en reaccionar de este modo, ante las experiencias desagradables o tristes de la vida, sino que aquella crisis fue la primera en presentarse.

Mucho más frecuente que las aludidas crisis psicógenas fue el establecimiento de un cuadro de "depresión reactiva" condicionado por el trauma y psicológicamente comprensible en conexión con aquél. Recordemos varios casos de este tipo en los que la endocrinopatía y el síndrome depresivo se pusieron en marcha respectiva a partir de las circunstancias que citamos: "muerte de un hijo único, meses después de que la enferma hubiese sido (nunca sabremos por qué) castrada. Encarcelamiento del marido. Muerte de un hermano querido maternalmente por una muchacha soltera muchos años mayor que aquél. Ruptura de un noviazgo por delito grave del novio. Pérdida de un embarazo largamente anhelado en una mujer próxima al límite de su fecundidad. Muerte de hijo único que se estranguló jugando con la correa de la persiana. Hemos visto casos de este tipo en que evolucionaba paralelamente el síndrome psíquico depresivo y el discrinico, hipertiroidismo, desarróllanse en relación con las consecuencias de la guerra civil y también refugiados de la última Gran Guerra.

En casos de este tipo la tristeza, el estrechamiento del círculo de los intereses vitales, la asociación pesimista de las ideas con prospección de nuevos acontecimientos penosos, el trastorno de la síntesis mental, la fisastenia por falta de turgor psíquico por desánimo, que se asocian con los clásicos síntomas hipertiróideos, con el M. B. elevado, taquicardia, el temblor, el adelgazamiento, y los fenómenos vasomotores, etc. etc.

Son casos en que es frecuente que la enferma al narrar la circunstancia que desencadenó sus trastornos se muestre emocionada y no rara vez esta emoción es expresada con llanto.

Vamos a ocuparnos ahora de un tercer hecho que puede ser recogido por anamnesias y debe ser clínicamente valorado.

Como todos sabéis los psiquiatras describen como algo muy característico y de gran valor diagnóstico la sensación de cambio, la perplejidad y extrañeza de sí mismos que invade a los enfermos mentales al inicio de la psicosis especialmente del grupo de la esquizofrenia. Nos ha parecido observar que los hipertiróideos también experimentan su sensación de cambio que no es necesario decirlo es de otra índole que la de los psicóticos. Esta sensación afecta profundamente a la esfera temperamento. No es privativa en modo alguno de los hipertiróideos desencadenados psicogénicamente; recordamos que era intensísima en un muchacho, en el que el hipertiroidismo según toda verosimilitud clínica había sido desencadenado por un reumatismo poliarticular agudo. Pero cuando esta situación de cambio surge a raíz del insulto emocional sirve para subrayar el papel etiotagénico del mismo. No podemos insistir profundizando este punto, sólo queremos añadir primero que esta sensación de cambio corresponde a un hecho real, pues el hipertiroidismo modifica la reactividad de base temperamental del sujeto, y por lo mismo su cenestesia interna objeto de su introspección y segundo que los casos en que coetáneamente con la endocrinopatía evoluciona un trastorno psíquico no es ningún problema insoluble valorar la participación de lo uno y de lo otro en cuanto a la transformación del enfermo percibida por el mismo y los demás.

Nosotros, después de haber interrogado al enfermo sobre sus síntomas psíquicos y nerviosos, solemos hacerlos (y a veces también a los que han convivido con ellos y los conocen bien) una pregunta que matizándola según el juicio que nos hacemos sobre su inteligencia es más o menos ésta. Desearíamos saber si todo esto que nos ha explicado usted que le sucede lo considera usted como algo nuevo y distinto que ha surgido en su persona a partir de un momento determinado y en ese caso nos explicará usted cómo y cuando empezó o bien por el contrario si se trata simplemente de la exageración de su manera de ser habitual, de siempre.

Esta pregunta es muy bien comprendida por todos los enfermos y contestada inmediatamente con vehemencia como siempre que se toca algo impregnado de afectividad. Y pocas cosas tan llenas de afectividad como la manera en que se siente ser un enfermo.

Muchas veces esta pregunta sirve para desenmascarar el trauma psíquico sobre el cual es preferible, si es posible, no hacer preguntas

directas para evitar sugerencias y por que sí realmente tuvo un valor nosógeno el enfermo suele narrarlo si no en la primera, en la segunda, o tercera visita. Es preferible ganarse la intimidad de los enfermos que exigir que nos la entreguen.

Es frecuentísimo que el enfermo nos cuente que ha cambiado su manera de ser a raíz de un episodio determinado, que deja bien definido un intenso cambio temperamental que surge a raíz de aquel incidente y evoluciona paralelamente a su hipertiroidismo puesto que éste es el que lo condiciona. Pero casi siempre este cambio temperamental corresponde a la primera fase a la más puramente funcional del síndrome de hiperfunción tiroidea, es frecuente que la conexión cronológica sea muy clara, de recordarlo en esto a aquellos casos que empezaron con un síndrome psicógeno o una depresión reactiva.

Pero tampoco es excepcional que los enfermos nos digan: "Yo siempre he sido igual nervioso, emotivo, inestable, impresionable, demasiado vehemente y precipitado en mis actos, que muchas veces a posteriori hubiera deseado haber pensado mejor, etc, etc. Ahora estoy simplemente peor que antes". Esto equivale a decir que esta pregunta tiene al lado de su valor de ponernos en la pista de un posible trauma psíquico el no menor interés de juzgada la respuesta en constelación con otros datos fisiopatogénicos y clínicos hacernos comprender hasta qué punto en el enfermo que tenemos ante nosotros se trata de la descompensación psicógena de una constitución hipertiroidica o bien debemos buscar otra etiopatogenia distinta por ejemplo infecciosa. Lo que quiere decir que la investigación del trauma psíquico nos pone en el camino de comprender mejor a los enfermos en toda la inmensa trascendencia que esto tiene en todos los sentidos de la actuación yátrica, pero además por añadidura resulta que es útil hasta para en ciertos casos incitarnos a buscar un foco séptico oculto, un trastorno endocrino primario de otra índole, un trastorno vegetativo, o metabólico, etc.

Ahora voy a terminar porque estoy en el límite del tiempo habitual. Apenas quiero señalar que el estudio del trauma psíquico como factor etiológico del hipertiroidismo ha sido de interés investigarlo en nuestros casos en el interesante capítulo de las hipertiroidizaciones de bocios hipo o infuncionales. Que hemos recogido curiosas observaciones biográficas de enfermos en que a lo largo de la vida, y separados por sus años de intervalos múltiples, traumas psíquicos han desencadenado otros tantos brotes de hipertiroidismo, que estamos estudiando con Gurria el estado de la función tiroidea en ciertas al-

teraciones mentales, por ejemplo la neurosis de ansiedad, habiendo encontrado ya en varios casos signos evidentes de la hiperfunción tiroídea. Actualmente la doctora Pertejo es acreedora de nuestra gratitud al contribuir con el psicodiagnóstico de Rorschach al estudio psíquico de los enfermos hipertiroides del dispensario.

*En resumen,*

*Consideramos que:* 1º El desencadenamiento psicógeno de los estados de hiperfunción tiroídea es un hecho de observación clínica frecuente, pero sería un grave error considerar al trauma psíquico como la causa específica del hipertiroidismo.

2º Es erróneo limitar, como suele observarse en la literatura la etiopatogenia psicógena a las formas basedowianas del hipertiroidismo. La tormenta emocional que sigue al trauma psíquico provoca la reacción hipertiroidéa y ésta se transforma en estado de hipertiroidismo más o menos intenso.

3º El trauma psíquico no es agente etiológico ni obligado ni específico del hipertiroidismo, ni siquiera tiene importancia por su gravedad sino en relación con la tormenta emocional que provoca en el sujeto que lo sufre.

4º Desde el momento que no es la exterocepción, sino la resonancia que tiene en la persona que la sufre, lo que realmente tiene importancia, el concepto del trauma psíquico se empequeñece como agente etiológico y gana en cambio trascendencia como factor patógeno personal. Es por ello que nosotros rompiendo la tradición no hablamos "del trauma en la etiología del Basedow" sino "en la etiopatogenia del hipertiroidismo".

5º El primer hecho patológico que debemos considerar cuando surge un hipertiroidismo psicógeno consiste, a nuestro juicio, en que un problema, el determinado por el insulto afectivo, que debería haber sido resuelto a un nivel cortical haya trascendido a la patología somática. Es para explicarnos este fenómeno que recurrimos a la hipótesis del trastorno o inestabilidad de las integraciones. Si admitimos este concepto debemos reconocer que el hipertiroidismo pasa a ser una segunda enfermedad. El individuo que desencadena un hipertiroidismo psicógeno estaba enfermo, no sólo antes de su hipertiroidismo sino incluso antes del trauma. Su enfermedad se denuncia por el error biológico que supone responder a vivencias con un estado de hiperfunción glandular.

6º Por este camino queda ratificada la aproximación que ha-

cíamos con Gurria entre constitución hiperemotiva de Dupre e hipertiroidismo. Los hechos demuestran que la constitución más predispuesta al hipertiroidismo de génesis psicógena es la hiperemotiva que con frecuencia coincide con la asténica en su variedad crítica y que se caracteriza por la resonancia intensificada al contenido efectivo de todas las vivencias. Por ello la constitución hiperemotiva predispone al hipertiroidismo indirectamente, es decir, a través de la tormenta emocional o diencefálica.

7º Evidentemente existe una predisposición constitucional al hipertiroidismo, pero un problema muy distinto es admitir una predisposición a sufrir el hipertiroidismo por un camino etiológico determinado. Cuando se trata de agresiones psíquicas hemos visto que la especificidad llegaba hasta la vivencia, pero la tormenta diencefálica posiblemente ya no tiene especificidad, puede ser puesta en marcha por distintos caminos y también engendrar distintos trastornos que el hipertiroidismo. Las relaciones etiopatogénicas entre hipertiroidismo y psiquis son indirectas.

8º Todo esto nos explica y ratifica nuestro concepto sobre el hipertiroidismo de causalidad exógena intercambiable que conduce a una situación endógena idéntica a sí misma. La "alucinación de la función tiroidea" por así decirlo puede tener lugar tanto por el trauma psíquico como por la infección, o la conmoción endocrina climática.

*La hipertiroidia* será idéntica en todos los casos aún cuando el *hipertiroidismo* sea distinto desde el punto de vista personal.

9º Nos ha parecido que las constituciones más afines al hipertiroidismo eran las que daban más contingentes de enfermos hipertiróideos, pero no en sus formas más graves. Cuanto más hipertiróideo *era* un sujeto menos *sufría* de su hipertiroidismo. (Cuando decimos *era* no nos referimos al trastorno en cuanto a su intensidad sino en cuanto a su incorporación a la personalidad biológica del sujeto). Ha llegado el momento de estudiar separadamente "la patología que se sufre", "la patología que se elabora" y "los modos de ser patológicos".

10º Las formas más graves de nuestra experiencia correspondieron a enfermas climatéricas o castradas (4 caras) que habían sufrido traumas psíquicos de auténtica importancia. Muchas de ellas eran picnicas. Posiblemente a la fragilidad psíquica especial de esta edad se unía el hecho hormonal de la provación de la acción hipofisaria y aún de la foliculina.

11º No hay hipertiroidismo que haya sido desencadenado psíquicamente en el cual no pueda recogerse el antecedente de una tor-

menta emocional de mayor o menor duración e intensidad. El caso de un individuo que haya encajado impasiblemente el trauma después presenta un Basedow es inconcebible. Esto equivale a decir que por lo menos en un momento de la evolución de un hipertiroidismo psicógeno ha habido sintomatología psíquica (aún cuando luego haya desaparecido sin dejar huella que en la gran mayoría de los casos puede recoger una anamnesis bien hecha.

12º No es excepcional que el trauma psíquico ponga en marcha al lado de la reacción tiroidea un cuadro de patología mental. La asociación de reactividad histérica e hipertiroidismo, síndrome depresivo exógeno e hipertiroidismo, neurosis de ansiedad e hipertiroidismo no es rara. Estas asociaciones mayores están siendo estudiadas por los servicios de endocrinología la inestabilidad de integración no se limita a ser factor patogénico en la patología endocrina, sin duda se extiende a toda la patología orgánica y aún a la psíquica.

13º Aún podríamos hacer muchas más consideraciones pero queremos terminar planteando un problema, el problema que es el siguiente: Hasta qué punto es más frecuente el hipertiroidismo en la mujer porque el sexo femenino está más predispuesto a sufrir traumas emocionales? Hasta qué punto lo es, porque las integraciones femeninas sean más labiles y estén más expuestas a acciones nosógenas. Mientras el hombre se integra a sí mismo en su misión social la mujer espera ser integrada alrededor de su misión biológica. Detrás de muchas hipertiroidias se proyectase bien definida la sombra de un psicópata. El hombre fue con mucha frecuencia el agente etiológico del hipertiroidismo femenino. Un psicólogo tan fino como Spranger dice: "Si el hombre no cumple la misión que de él espera la mujer, para ella el mundo entero puede quedar reducido a escombros. Las mujeres comprenden el mundo solamente a través de la persona que aman".

Quizás todo lo dicho no tiene ningún valor por sí mismo sino en cuanto pretende situarse dentro del espíritu de la medicina actual que es a nuestro juicio algo muy distinto de lo que busca una psicopatología que nace caduca. Sobrepasada ya la medicina funcional, el sentido trascendente de las integraciones humanas y la misión terapéutica del médico debe llegar hasta enmendar la trayectoria de una vida cuando ésta repercute duramente sobre la salud.

No sólo la salud sino hasta el destino del hombre debe ser objeto de actuación yátrica. Es posible que el médico del futuro cure e incluso prevenga las enfermedades enseñando a vivir.