

Fisiopatología de la Expresividad «Psicosomática» del Morbus Basedow y del de Addison

Doctores, J. Gurriá y Ch. de Nogales

El título de este trabajo pretende, además de consignar su objetivo, señalar una insuficiencia: la de la patología psicosomática, impregnada, desde su origen, por conceptos psicoanalíticos que han dado lugar a explicaciones demasiado subjetivistas y alejadas de las ideas fisiopatológicas no superadas, al menos clínicamente, por la moderna versión norteamericana de las antiguas y equilibradas doctrinas socráticas de integración.

Perseguimos en esta comunicación dos propósitos:

I.—Contrastrar las concepciones psicosomáticas y fisiopatológicas del Basedow y de la insuficiencia suprarrenal, en el intento de poner de manifiesto la insuficiencia del criterio psicosomático. (En lo que se refiere a la insuficiencia suprarrenal, utilizaremos para el contraste las formas leves, y lo haremos así por un cuádruple motivo: 1º Porque no hemos podido encontrar ninguna interpretación psicosomática de un Addison indudable. 2º Porque las formas leves, que podríamos llamar *hipoadrenismo mínimo*, cumplen perfectamente para nuestro propósito de no considerar al “mal bronceado” como una enfermedad que irrumpe sino como una afección que se desarrolla. 3º Porque consideramos que muchos de los casos etiquetados como psicastenia, neurastenia, astenia constitucional, psicópatas asténicos, etc, tienen dos importantes rasgos comunes: uno, endocrino: la insuficiencia suprarrenal, más o menos manifiesta; y otro, clínico: la astenia, evidente siempre. 4º Porque al ocuparnos en este trabajo del Addison, nos referiremos casi exclusivamente a la astenia).

II.—Estudiar la fisiopatología de los principales síntomas del Basedow y del Addison que se expresan por la doble vertiente somatopsíquica. Estos síntomas serán, en el hipertiroidismo, la hiperemoti-

vidad y, singularmente, la prisa; y en la insuficiencia suprarrenal, la astenia.

I. *Contraste entre las concepciones psicossomáticas y fisiopatológicas del Basedow y de la insuficiencia suprarrenal.*—Sin que pretendamos negar la importancia que la patología psicossomática haya podido tener y tenga en cuanto dirige la atención del médico hacia la vertiente psíquica de los enfermos, siempre tan desatendida, hemos de reconocer que ha desbordado su finalidad haciendo que se infravaloren conceptos básicos de la medicina para lanzarse en pos de más o menos acertadas interpretaciones subjetivas. Pero dejando aparte estas consideraciones generales, veamos, por ejemplo, cómo ha sido entendida la astenia neuropsíquica por la patología psicossomática y cómo lo ha sido por la fisiopatología.

Ya hemos dicho que no nos ha sido posible encontrar una interpretación psicossomática de un Addison indudable. Bien es verdad que tampoco se han realizado estudios de importancia de dicha enfermedad desde el punto de vista psiquiátrico. Apenas los tratados de psiquiatría dedican algunas líneas al "mal bronceado", a pesar de que la terapéutica suprarrenal se utilice en psiquiatría.* Sin embargo, los estudios sobre la neurastenia, que algunos autores (Marañón, Pender, Montassut) consideran como un estado ligado en muchas ocasiones, a la insuficiencia suprarrenal constitucional, han sido numerosísimos, no tanto por endocrinólogos como por psiquiatras. Asimismo, los psicossomatólogos abundan también en estudios sobre dicho síndrome, y parece que se está leyendo a los más ortodoxos psicoanalistas cuando se leen sus descripciones. He aquí algunos conceptos que entresacamos de la obra de Weiss y English: Para estos autores existiría en la neurastenia "poca energía disponible para alcanzar el éxito o poca habilidad para gozar de la vida". La niñez difícil, la orfandad afectiva,

* Conrad Loehner ha tratado a 11 enfermos mentales con extracto de suprarrenales. Uno, remitió; dos mejoraron muy intensamente, seis mejoraron ostensiblemente y en dos no hubo modificaciones. Los enfermos presentaban sus trastornos desde hacía tres años como promedio. Uno de los principios en que se fundamentaba el autor era el de que el agotamiento intenso predispone a la psicosis. Observamos también que muchos casos de demencia precoz ofrecen rasgos de la enfermedad de Addison. Trató casos de psiconeurosis la terapéutica suprarrenal la hizo innecesaria. (Endocrinology, New York, consignar que en ninguno de los enfermos hubo necesidad de sedación alguna, pues la terapéutica suprarrenal la hizo innecesaria. (Endocrinology, New York, consignar que en ninguno de los enfermos hubo necesidad de sedación alguna, Octubre 1938).

el fracaso en el desarrollo psicosexual, etc., originarían la fijación de la libido en los primeros estadios de su desarrollo, lo cual engendraría, entre otros trastornos, reacciones y actitudes asociadas al tracto gastrointestinal. De la hostilidad reprimida hacen surgir la expresividad somática y la psíquica, singularmente la irritabilidad y la depresión. El neurasténico se irrita —añaden estos autores— porque los demás no comprenden su malestar físico, y se debe orientar el tratamiento en el sentido de hacer comprender a estos enfermos que su irritabilidad proviene de la hostilidad reprimida. No creemos que haga falta insistir más para evidenciar la insuficiencia de esta concepción patogénica. Como contraste a lo anterior, vamos a exponer resumidamente, los conceptos fisopatológicos vertidos por un psiquiatra de la talla de Bumke y por otros autores, tales como Schneider, Marañón, Montassut y Hochrein.

Para Bumke y su escuela las molestias que aquejan estos enfermos se explican, en parte, por alteraciones metabólicas, principalmente del equilibrio acidobásico. El exceso de eliminación de anhídrido carbónico, originaría “una sensación de dificultad respiratoria”; las alteraciones del contenido de este mismo gas en sangre, motivarían, por vasolabilidad, cefaleas: la “acentuada desacidificación gástrica”, daría lugar a náuseas y, en ocasiones, a vómitos, etc. La citada escuela encuentra en estos enfermos hipoglucemia, aumento de eliminación de creatinina y otros trastornos metabólicos, los cuales relaciona con la sintomatología somato-psíquica.

Montassut concede una importancia extraordinaria a la base somática de la neurastenia, valorando, por un lado, un síndrome alcalótico y, por otro, un factor de insuficiencia suprarrenal*. Coincide con Bumke en gran parte de las alteraciones metabólicas que acompañan a estos enfermos. Habla de que en ellos existe una fatiga estática, y no olvidada, desde luego, que se trata de anomalías constitucionales, por lo que añade a la muy numerosa lista de sinónimos de la neurastenia, el de *deprcsión constitucional*.

Schneider, al estudiar los psicópatas asténicos los clasifica en varios grupos, según la prioridad etiocrónológica de la astenia psíquica o de la somática, o bien de la coincidencia de ambas astenias independientemente. Algunos de estos psicópatas los clasifica como *fisasté-*

* Parece ser que Montassut no encuentra contradicción en la existencia simultánea de alcalosis e insuficiencia suprarrenal. Creemos que este criterio es válido para las formas ligeras de insuficiencia suprarrenal; mientras que ya es sabido que en las formas graves hay constante tendencia a la acidosis.

nicos —somatópatas—, es decir, personalidades que reaccionan con astenia psíquica, a un trastorno somático. Al referirnos más adelante a la astenia, volveremos a comentar los conceptos de este autor.

Marañón considera a los neurasténicos, al menos en muchos de los casos, como insuficientes suprarrenales. Cita algunos, en los que el diagnóstico de neurastenia, encubría un estado preaddisoniano que abocó a un "mal bronceado" mortal. Este mismo criterio sustenta Pende, constituyendo con Marañón una posición poco frecuente dentro de la endocrinología. Y así, Loewenberg, Hoffmann, Wolf, etc., se esfuerzan en encontrar diferencias y no analogías al contrastar neurastenia y Addison. Es interesante observar que estos autores hallan el máximo argumento diferencial en el estudio de las constantes hemáticas. Soffer, en su reciente (1946) tratado monográfico "Diseases of the Adrenals", tras señalar analogías clínicas entre neurastenia y Addison, tales como "marcadas astenia y anorexia, hipotensión arterial, metabolismo basal bajo", niega rotundamente un nexo común entre ambas afecciones, y fundamenta el diagnóstico diferencial, al igual que los anteriores autores, en el estudio de las constantes hemáticas. Este argumento fisiopatológico poseería una gran fuerza de convicción si Hochrein no hubiese demostrado, en sus estudios sobre el sueño y la fatiga, que aunque las constantes sean numéricamente iguales en el individuo sometido a insomnio y en el sujeto en reposo, su significación es muy diferente, como se corrobora sometiéndolos a una prueba de esfuerzo: en el individuo insomne, las constantes hemáticas llegan rápidamente a valores de fatiga. Así, pues, las constantes serían normales desde un punto de vista numérico y estático, y a normales observándolas en su significación dinámica a través del esfuerzo.

Creemos que no hace falta insistir más para que se evidencie el que las ideas fisiopatológicas sobre la neurastenia tienen un rango biológico muy superior al de los conceptos psicósomáticos sobre la citada afección.

Si contrastamos ahora los conceptos psicósomáticos y fisiopatológicos sobre el hipertiroidismo, veremos que la insuficiencia de la interpretación psicósomática es más por incompletud en la valoración de lo somático y por exageración en la valoración de lo psíquico (encuentran en el 94 por 100 de los casos traumas psíquicos valorables) que por el propio enfoque del problema. Desarrollan exageradamente una parte de la verdad patogénica del hipertiroidismo, dándole, además, una interpretación de pura ortodoxia psicoanalítica. Y así creen

que en el desencadenamiento del hipertiroidismo, ocupa un lugar decisivo la anormalidad en la relación madre-hijo identificándose el sujeto con la madre o fijando la libido en ella. En las mujeres el miedo a la maternidad, no sólo en la significación fisiológica de este concepto, sino en cuanto significa carga, responsabilidad y protección a los hijos, constituiría una vivencia hipertiroidizante. En realidad, no se trata más que de una interpretación psicoanalítica de la verdad clínica frecuente de hipertiroidismos desencadenados psicógenamente. Por lo demás, queremos señalar que Conrad dice haber observado en los hipertiroides un enrojecimiento que aparece al ser tocados los complejos afectivos del enfermo y que abarca desde la parte superior del pecho hasta la mitad de las mejillas. Añade Conrad que tal signo tiene precisión semejante a la de los puntos dolorosos de un abdomen agudo. Nos ha sorprendido el que Mackenzie, independientemente de Conrad, y sin conexión alguna con las ideas psicósomáticas, describa este mismo signo de enrojecimiento, recordando la descripción de Darwin y Bell sobre la expresión del hombre en estado de terror.

No será necesario insistir ahora respecto a la evidente superioridad de las concepciones fisiopatológicas del hipertiroidismo. Ya la exagerada proporción que implica el encontrar en el 94 por 100 de los casos traumas psíquicos hipertiroidizantes, repugna a la experiencia clínica, pues no deja apenas lugar a los hipertiroidismos por conmociones endocrinas, infecciones agudas, croniósepsis, etc. Por otra parte, creemos que debe interpretarse el hipertiroidismo como un trastorno unitario de la personalidad somatopsíquica, considerando al tiroidees como una glándula inmersa en cuatro órbitas funcionales —psíquica, neurovegetativa, endocrinohumoral y metabólica— a las que integra y de las que puede recibir indistintamente influencia que la conduzcan a la descompensación. Y así: la psicoendocrinopatía tiroidea, el Basedow yódico, el hipertiroidismo de la castración o de la menopausia, etc., demuestran que existe para el hipertiroidismo una causalidad exógena diversa que conduce a una situación endógena idéntica, independientemente de su forma de desencadenarse. Si las manifestaciones clínicas, difieren, es debido a que utilizan distintos niveles de expresión, pero están identificados en su sentido.

El hipertiroidismo puede situarse en los límites de la normalidad; bien cuando tiene un sentido, una finalidad pragmática, constituyendo la reacción hipertiroidea, o bien cuando no es algo nuevo que incide sobre la vida del sujeto, sino sencillamente lo que lleva el acento —dentro de límites compatibles con la salud— de su fórmula constitucional en-

doctrina, dando lugar al hipertiroidismo constitucional. La reacción hipertiroidea forma parte integrante de las reacciones de alarma ante el frío, la emoción, la amenaza vital, la infección y, dado su sentido profundo, no sería adecuado considerarla como patológica, a no ser que surja sin motivo o que cobre autonomía desligada de la causa determinante. Por esta y otros razones, la normalidad o anormalidad del estado de hiperfunción tiroidea, debe ser juzgada desde el punto de vista de ser en el mundo.

Puede admitirse la posibilidad de que la apresurada vida moderna haya traído una mutación respecto a las causas desencadenantes de la reacción hipertiroidea, siendo posible el que, por ejemplo, el estímulo del frío y otros estímulos hayan sido desplazados, en parte, pero nunca en el 94 por 100 de los casos, por los intensos estímulos, emocionales que exige hoy la lucha por la vida. Por esto, de acuerdo con Crile, podría considerarse al hipertiroidismo como una enfermedad de la civilización y de la vida moderna. En el favor que merecen las drogas del tipo de la simpatina, bencedrina, profamina, etc., existe la misma razón oculta, máxime cuando tales drogas pueden no sólo simular la reacción hipertiroidea, sino desencadenar verdaderos hipertiroidismos.

Pero no podemos extendernos más: nuestro objetivo en esta primera parte, estaba limitado a señalar la insuficiencia del enfoque psicósomático sobre las afecciones que lo hemos proyectado.

II. Consideraciones fisiopatológicas sobre los principales síntomas psicósomáticos del Basedow y del Addison.

A. *Basedow*.—Los síntomas psicósomáticos del hipertiroidismo, o sea, los que se expresan simultáneamente a un nivel psíquico y a un nivel somático son principalmente dos: la prisa y la hiperemotividad. Nos ocuparemos de ellos con brevedad, pues recientemente lo hicimos in extenso y, por otra parte, el objetivo nuclear de esa comunicación es el estudio de la astenia en la insuficiencia suprarrenal.

Es sabido que uno de los síntomas bien definidos del hipertiroidismo es la taquipsiquia; pero bajo este término se ha estudiado casi exclusivamente la velocidad ideatoria, y nosotros, al hablar de la prisa, nos referimos a un estado somatopsíquico que crea al hipertiroideo —aunque también puede presentarse en otras afecciones— un conflicto en el tiempo, por lo que hemos aceptado la denominación sugerida por Tarrida de taquicronia. No se trata de la prisa con objetivo psicológicamente comprensible, sino de la prisa sin objetivo o absurda, de la prisa procesal, trófica o metabólica que no sería más que la mani-

festación hipertiroidea a nivel del psiquismo principalmente, a semejanza por ejemplo de la taquicardia o expresión hipertiroidea al nivel circulatorio. Se trata de la prisa que los enfermos racionalizan y expresan con frases bien gráficas y con bien demostrativas "vivencias del como si": "como si alguien me estuviera apremiando constantemente o como si me estuviera esperando una persona", "voy más de prisa que el tiempo", "me gustaría que del dicho al hecho no hubiera trecho", etc. La prisa es una discronia que se vivencia como un afán de "preterizar" el presente o de actualizar el futuro. La prisa tiende a disgregar al hipertiroideo de su circunstancia y cuando lo consigue —casos para los que reservamos el calificativo de esquizocronia— que no sería otra cosa sino la desarmonía entre el tiempo vital propio —no el tiempo especializado que se mide con el reloj, sino el tiempo vivo que se consume con la vida— y el tiempo vital de los demás o tiempo social

La prisa debe considerarse patológica más por su falta de teleología que por su intensidad. Digamos, por último, que la vivencia de apresuramiento puede ir acompañada de una conducta reposada a semejanza de libido intensa y castidad.

¿Cuál es la raíz fisiopatológica de la taquicronia? Hay poderosos argumentos para valorar el elemento trófico. Dice Novoa Santos que "el sentido temporal primario está condicionado en amplia escala por la rapidez de los procesos nutritivos del cuerpo". Se infiere de aquí que el ritmo temporal está condicionado por el ritmo trófico. Mach, coincidiendo en absoluto con Novoa Santos, dice "que el ritmo temporal deriva de la consunción de la substancia orgánica que se desgasta y restaura continuamente". Corrobora y completa los conceptos anteriores W. James cuando expone "que sentimos el transcurrir del tiempo porque nos sentimos cambiados de un momento a otro, pues somos un sistema permanente variable". El tiempo vital, por lo tanto, está en relación de dependencia con la conciencia de cambio.

Existe, como se ve, una íntima conexión, entre el concepto señalado por Novoa y Mach y el que subraya James, hasta el punto que deben considerarse unitariamente; pero, aún desglosándolos para su mejor análisis, podemos decir, de acuerdo con Novoa, que es evidente que el ritmo trófico del hipertiroideo es un ritmo rápido; es el carácter más típico de estas constituciones; es el aludido por Pende cuando habla de constitución taquitrófica, y es precisamente el rasgo que medimos cuando realizamos un metabolismo basal, pudiendo decirse, de acuerdo con James, que la taquitrofia está determinando el que el

hipertiroideo se sienta como normal. Sintetizando los conceptos de Novoa y James podemos decir: que la taquitrofia del hipertiroideo lo impregna, de una prisa orgánica que se vierte sobre el psiquismo y hace que el hipertiroideo entre en conflicto con el tiempo vital de los demás, agotándose en un mundo que vive un ritmo distinto del suyo.

Al referirnos ahora a la hiperemotividad como otro rasgo característico del psiquismo del hipertiroideo, incluso en sus formas iniciales y leves, hemos de partir del hecho, que se presenta como legitimamente adquirido, de que existen para el hombre dos posibilidades de emociones: mediante estímulos externos o psicógenos o mediante un trastorno endocrino conducente a la liberación excesiva de adrenalina o de tiroxina, para citar dos hormonas importantes en el mecanismo de la emoción. Claro está que hablamos de una manera esquemática, pues la esencia del mecanismo íntimo de la emoción está sin desentrañar.

La emoción desencadenada endógenamente corresponde a lo que ha definido Dupré como: "Cierta forma de desequilibrio del sistema nervioso, caracterizada por el eretismo difuso de la sensibilidad y la insuficiencia de la inhibición motriz refleja y voluntaria, en virtud de la cual el organismo presenta, ante los agentes exteriores que sollicitan su sensibilidad, reacciones anormales por su vivacidad, extensión y duración."

La emoción, es como es sabido, la reacción psíquica subjetiva, acompañada de conmoción visceral, ante los más diversos estímulos internos o externos. El que la conmoción visceral sea imprescindible para la emoción, como dice James y subraya, por ejemplo, Marañón, es verdad generalmente; pero existen muchos estados profundamente afectivos en los cuales más que conmoción visceral (conmover), que implica, desde luego, algo brusco, existe una inamoción (inamover) vegetativa. Y así: gran parte de los estados de éxtasis, beatitud y muchas fantasías y ensueños van acompañados de un silencio vegetativo o de una profunda afectividad. Pero no es éste el caso del hipertiroideo cuya hiperemotividad radica en la impregnación de tiroxina, hormona que sensibiliza al organismo para el estremecimiento emotivo. Esta emoción endógena es la que caracteriza a los hiperemotivos de Dupré, definidos, entre otros muchas facetas, por eretismo difuso de la sensibilidad, autocombustión con adelgazamiento, crisis sudorales, temblor, taquicardia, etc. Su semejanza con el hipertiroidismo es tal que no vacilamos en afirmar que lo que hasta ahora habían sido vidas clínicas paralelas, convergen unificándose: los hiperemotivos de Dupré son frecuentemente hipertiroideos. Posteriormente a la realización de

este trabajo, nos informamos de que a la misma conclusión llega Santenaise*.

Y pasemos ahora a estudiar la astenia en la insuficiencia suprarrenal.

B. Addison.—Creemos que la insuficiencia suprarrenal se manifiesta somatopsíquicamente a través fundamentalmente de la astenia. Lo que en el Basedow eran la taquicronia y la hiperemotividad, es la astenia en la insuficiencia suprarrenal. La astenia constituye a nuestro juicio el núcleo unitario de expresión somatopsíquica de la hipoadrenia y aunque se presenta ante nuestros ojos con muy diversos aspectos —metabólico, psíquico, personal— todos ellos existen, derivan y se comprenden en una concepción fisiopatológica de la astenia.

Entiende Marañón por astenia “una sensación de fatigabilidad* neuromuscular, general, muy parecida a la que fisiológicamente se produce después de un ejercicio excesivo”. Añade “que apenas hay enfermedad de cualquier sistema que sea, en la que no se presente; pero, generalmente, con un carácter fundamental en otra afección que en la insuficiencia suprarrenal”. A continuación cita numerosos estados en los que la astenia es síntoma de interés: astenia constitucional, mixe-dema, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia hipofisaria, insuficiencia genital, diabetes, neurosífilis, esclerosis en placas, neurastenia, miastenia seudoparalítica, anemia, infecciones, uremia, etc. To-

*Hemos leído en el libro de Marañón “La edad crítica” (Madrid 1925): “Los síntomas de la llamada constitución emotiva descrita principalmente por Dupré coinciden casi punto por punto con los síntomas del temperamento hipertiroideo”. Y el autor se extiende en señalar las analogías entre ambos estados. Citamos con satisfacción al gran endocrinólogo y pensador español, a quien no podía haber pasado inadvertido el hecho. Esta observación no se transcribió a las más recientes ediciones del libro aludido, motivo por el cual sólo a última hora hemos tenido conocimiento de su existencia.

*Podríamos definir elementalmente la fatiga como la llamada del organismo al descanso cuando el trabajo entra en lo excesivo. No ha de confundirse la fatiga con el sentimiento de estar fatigado, pues cabe estarlo sin sentir fatiga y viceversa. Sordos somos a la llamada al descanso cuando el trabajo o el juego discurren con entusiasmo. En la fatiga “normal” encontramos en cortejo sintomático somatopsíquico: aumento de temperatura; taquicardia; agudeza perceptiva, tal como por ejemplo, se pone de manifiesto, para el tacto, con el estesiómetro; disminución de la aptitud para hacerse cargo de la circunstancia; terquedad, irritabilidad; torpeza motórica en forma de tropiezos, lapsus en el lenguaje y en la escritura; etc. En estricto sentido mensurativo, la fatiga aparece con mucha mayor rapidez de lo que se valora, porque los errores en el trabajo, aunque de pronta aparición, van rectificándose y el déficit de rendimiento no tiene valoración social hasta que es muy manifiesto.

das estas astenias y aun las astenias psicógenas —por desánimo, por desesperanza, por falta de estímulos psicoafectivos, por renuncia ante obstáculos invencibles, etc.— se unifican en el déficit de rendimiento somato-psíquico que originan.

Nosotros nos vamos a referir casi exclusivamente a la astenia por insuficiencia suprarrenal, prototipo de las astenias neurometabólicas, incluyendo en ella a todos aquellos estados asténicos en los que pueda invocarse un factor hipoadrénico. Creemos, en concordancia con otros autores, tales como los ya citados Marañón, Pende y Montassut, que en el fondo de muchas astenias existe un estado de insuficiencia suprarrenal más lejos del Addison desde el punto de vista cuantitativo que cualitativo, habiendo demostrado la clínica que estos estados pueden abocar a graves insuficiencias suprarrenales. Este criterio, que ya lo hemos esbozado al principio de esta comunicación, lo consideramos de una importancia extraordinaria, pues puede permitir salir al encuentro de un Addison en sus comienzos o bien enfocar endocrinológicamente numerosos trastornos que se manifiestan principalmente por astenia y en cuya base existe una insuficiencia suprarrenal. Lo que acabamos de decir se puede fundamentar en dos órdenes de razones: unas de orden clínico y otros de orden biológico. Las primeras nos son dadas por la experiencia en forma de casos clínicos. Para Marañón, "la forma crónica de la insuficiencia suprarrenal es probablemente una enfermedad muy frecuente, si bien sólo en un corto número de casos alcanza los grados extremos que corresponden a la descripción del mal bronceado de Addison". Cita entre estas formas crónicas que en ocasiones están encascaradas por sintomatología psiquiátrica, el caso de un psicasténico que le fue enviado por Dejerine con la sospecha de una probable insuficiencia suprarrenal y que el propio Marañón rechazó, apareciendo, no obstante, al cabo de un cierto tiempo, un grave estado addisoniano que condujo al enfermo a la muerte. Aduce Marañón numerosas razones clínicas, perfectamente consecuentes con los hechos y el laboratorio, que le llevan, entre otros, a la siguiente conclusión: "Entre las formas no addisonianas de la insuficiencia suprarrenal hay que admitir dos grandes grupos: el formado por la fase de la enfermedad de Addison que precede a la aparición de la pigmentación; y el formado por los casos de insuficiencia sin pigmentación que no serán nunca addisonianos".

En cuanto a las razones biológicas, no haremos más que citar el concepto de Marañón y de otros endocrinólogos sobre la existencia de estados previos, de génesis constitucional, en las endocrinopatías.

Este criterio coincide en absoluto con la biotipología psiquiátrica, y ambos se comprenden en el propósito kretschmeriano de reducir la riqueza fenomenológica de la naturaleza a principios generales fácilmente comprensibles. Uno de éstos, de profunda valoración biológica, sería la afirmación de la existencia de estados previos en la enfermedad, considerando a ésta como el resultado de una evolución.

Pero nuestro propósito se reduce a estudiar evolutivamente la astenia hipoadrénica en su creciente desarrollo desde la constitución asténica, pasando por su variante atónica y por los estados de neurastenia y de psicopatía asténica, hasta llegar a la grave astenia Addisoniana.

Ya hemos visto anteriormente los esfuerzos de Bunke para hallar un tipo metabólico coincidente con los tipos somático y psíquico. Sus hallazgos, en cuanto se refiere a la constitución asténica han quedado consignados. En la variante atónica de esta constitución, que Marañón describe "como individuos de sistema muscular débil; sanos, pero que se quejan constantemente de fatigabilidad, después del menor esfuerzo físico o intelectual; hipotensos, visceropáticos, etc", existe probablemente una insuficiencia suprarrenal. El peso comparativo entre las suprarrenales de los asténicos y de los pícnicos, realizado por Marañón, es bien significativo: en los asténicos se obtiene un peso medio de 75 g., y en los pícnicos de 118 g. Pues bien, estos insuficientes, a poco que su trastorno se intensifique, se saben limitados y se sienten mal. No hace falta que hayan "sufrido" un diagnóstico para que sepan que sus capacidades ante la lucha por la vida y ante los esfuerzos musculares y sexuales son limitados. Entonces surge, como siempre que el contacto con la realidad en la forma deseada está dificultado, la reacción nerviosa. Se hacen nerviosos, irritables y emotivos, perdiendo la seguridad y la naturalidad del vivir, estableciéndose un círculo vicioso.

Decíamos que estos enfermos se saben limitados y añadíamos que se sienten mal. La vitalidad disminuida no es, pues, sólo pensada, sino también sentida. Este sentirse limitados es el informe cenestésico del incesante vivir vegetativo que trasciende calladamente al psiquismo. Tan precisamente les informa a estos enfermos la cenestesia de sus posibilidades de esfuerzo que podríamos considerarla como un dinamómetro interior. Esta capacidad mensurativa de la cenestesia es, a veces, maravillosamente exacta, y así los atletas saben, antes de realizar las pruebas deportivas, por la forma en que se encuentran, el resultado cronológico de las mismas, con diferencias de algunos segun-

dos. Si insistimos sobre este particular es porque estos informes cenestésicos de limitación de posibilidades hace vivir a muchos neurasténicos un sentimiento de perplejidad y de limitación.

En cuanto a los psicópatas asténicos, digamos que Schneider admite para algunos casos un origen somático y habla de astenia fisiogena o fisastenia; pero para los demás, sobrevalora a nuestro juicio lo psicógeno, cayendo, como suele suceder en los criterios universales, en frecuentes contradicciones, como cuando asegura, haciendo suyo el concepto de Koch, "que los psicópatas asténicos están con mucha frecuencia objetivamente enfermos". Sin duda, como sucede frecuentemente, la verdad y el equilibrio se hallan en el centro, y si para el funcionamiento normal del soma es necesario un cierto "turgor" psíquico, también lo es un cierto "turgor" somático para la normal vitalidad del psiquismo.

En lo que se refiere a la astenia addisoniana, diremos que es el síndrome más molesto y más precoz de la insuficiencia suprarrenal. Es, desde luego, una astenia somática de origen metabólico; pero, como influye sobre el psiquismo por el propio trastorno metabólico, y por las vivencias que origina, da lugar a una astenia somatopsíquica que, en definitiva, se expresa de una manera personal. Por ello dividiremos su estudio en astenia somática, astenia psíquica y astenia personal.

El trastorno metabólico que origina la astenia somática, caracterizada por fatiga rápida y recuperación tardía, trasciende al psiquismo por dos caminos *: uno a través de lo afectivo y otro a través de lo intelectual. Por el primero, ingresan en el psiquismo los sentimientos de perplejidad y malestar y el sentimiento elemental de inferioridad de génesis cenestésica. Estos sentimientos alimentarán la afectividad a las vivencias de limitación por experiencia y de minusvalía vital que por la vía intelectual habrán penetrado en la vida psíquica.

Del conjunto de sentimientos y vivencias de raíz metabólica y de la superestructura psicógena que ocasionan, se matiza y se impregna el psiquismo del enfermo que ofrecerá los rasgos peculiares de su personalidad y los rasgos generales del psiquismo de Addison que después estudiaremos. Sólo queremos consignar aquí dos extremos: 1º Que la astenia somatopsíquica originada influirá sobre toda la personalidad; más ésta y el mundo externo influirán sobre ella: será, como se comprende, muy distinta la astenia addisoniana de un obrero a la de un

*Sólo con una finalidad explicativa nos atrevemos a separar lo que es indisoluble en la vida del enfermo.

diplomático. Esto es principalmente lo que hemos querido dar a entender al hablar de astenia personal. 2º Que si hemos unido con el signo de las reacciones reversibles a las diversas modalidades de la astenia addisoniana y a los elementos que las constituyen, ha sido por considerar su mutua correlación, singularmente entre las características psicológicas, pues en la vida psíquica —como dice Haymans— no existe un solo fenómeno que no influya, esté influido o provoque otro. Por lo demás, si dicho signo está regresado en algunos sitios es porque consideramos también más intensa su interinfluencia.

Vamos a estudiar ahora las diversas astenias que hemos disgregado para su análisis; pero que se hallan indisolublemente unidas.

Astenia somática.—El trastorno metabólico del Addison, como se sabe, es extraordinariamente intenso. Enumeramos algunas de estas alteraciones y las disfunciones que acarrear:

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Aumenta

Excreción de sodio.	La hemoconcentración.
Excreción de cloro.	Los líquidos intracelulares.
El potasio en plasma.	El cociente respiratorio.
La urea en sangre.	La fatigabilidad muscular.
Las proteínas plasmáticas.	

Disminuye

Sodio en plasma.	El volumen del plasma.
Cloro en plasma.	La T. arterial.
La glucemia.	La velocidad circulatoria.
La colesterinemia.	El consumo de oxígeno y M. T.
La reserva alcalina.	La temperatura corporal.
Los líquidos extracelulares.	
El glucógeno hepático y muscular.	
La neoglucogénesis.	
La resistencia a la insulina.	
La resistencia a la temperatura baja.	
La resistencia al esfuerzo.	
La resistencia a la intoxicación.	
La resistencia a la infección.	
La capacidad a formar glucosa a expensas del ácido láctico.	
La absorción intestinal de los azúcares.	
Los procesos de fosforilización.	
La resistencia muscular.	

La sola enumeración de estas alteraciones ya hace comprender cómo del trastorno metabólico han de derivar la mayor parte de los síntomas tanto somáticos como psíquicos del Addison. No olvidemos,

sin embargo, que las suprarrenales no son más que el epicentro del mal bronceado y que es todo el sistema endocrinovegetativo el que experimenta y produce trastornos.

La astenia adisoniana se singulariza, según Marañón, por estas cuatro características: es intensa, es principalmente vespertina —a diferencia de la melancolía—, es muy influenciada por el ejercicio sexual y se alivia con la medicación suprarrenal o con el tratamiento salino.

Astenia psíquica.—Consignemos en primer lugar que así como al estudiar la hiperemotividad del hipertiroideo recaíamos que los hiperemotivos de Dupré eran ligeros hipertiroideos, al enfrentarnos con la astenia psíquica del insuficiente suprarrenal, debemos de evitar su analogía con los psicasténicos de Janet. Y esta actitud la justificamos porque en estos psicasténicos los episodios paroxísticos observativos cobran tal relieve que psicastenia ha pasado a ser sinónimo de neurosis obsesiva. Sin embargo, muchos de los rasgos psíquicos del psicasténico coinciden con la astenia psíquica del hipoadrénico y, por otra parte, las obsesiones son fenómenos extraordinariamente frecuentes y, muchas veces, celosamente escondidos por el que los padece. Motivos de otro orden, tales como la constitución frecuentemente atlética del obsesivo y nuestro particular criterio de que en ellos existe una raíz ictafín nos determinan a dejar en suspenso, por ahora, la decisión sobre un posible nexo común entre estos enfermos. Por lo demás, al addisoniano no se le puede encasillar psiquiátricamente. Puede hacerse un estudio psicológico, pero apenas estará justificado hacer un estudio psiquiátrico de estos enfermos, tan diversos en sus psiquismos como casos pueden observarse. Sin embargo, ofrecen algunos rasgos comunes, pero en manera alguna exclusivos del mal bronceado. Con decir que es muy distinto del psiquismo del addisoniano que sabe que lo es al del que lo ignora, se comprenderá la inespecificidad de sus características psicológicas. Si, a pesar de todo, nos hemos decidido a consignar unas peculiaridades psíquicas o incluso a disponerlas esquemáticamente, es porque se trata de enfermos con un biotipo común tanto en la estructura morfológica como en la estructura metabólicofuncional, y esta comunidad se refleja clínicamente en la astenia que abarca, sin duda, a lo somático y a lo psíquico. No podremos hablar de un psiquismo addisoniano, pero sí de un psiquismo asténico. Pero si es cierto que sólo utilizamos una parte de las energías cardíacas y respiratorias disponibles para cumplir las funciones respiratorias y de oxigenación, también lo es el que, a pesar de la indudable astenia de la voluntad y de la debilidad de la atención, puedan los addisonia-

nos ser voluntariosos e hiperproxésicos, aunque no constituye ciertamente la norma. Un trastorno, no obstante, deja raramente de presentarse: la debilidad irritable, que deriva sin duda de la astenia somatopsíquica. La irritabilidad es una reacción muy frecuente en psicopatología, pero es también la respuesta a todos los estados de astenia y de fatiga tanto fisiológica como patológica. En los grados muy intensos de astenia o de cansancio puede presentarse la somnolencia, como asimismo la somnolencia insomne. En estos casos o en sus proximidades principalmente es cuando el enfermo puede aparentar "una indiferencia oriental" utilizando la expresión de Marañón. Pero si el addisoniano parece indiferente, raramente lo es; lo que sucede, considerando esta indiferencia psicopatológicamente, es que la indiferencia es la posición más cómoda del psiquismo: es el clinoestatismo psíquico y por eso es la conducta afectiva que adoptan estos enfermos que en nada tienen menoscabada la afectividad, pues son más bien hiperemotivos; pero las emociones agotan y por eso las evitan cuidadosamente. No es falta de interés por las cosas y los sucesos; es falta de capacidad para satisfacerlo. Todo cuanto requiere desplazamiento y esfuerzo deja de ser interesante. El addisoniano es un inválido muscular y, en cierto sentido, su conducta se asemeja a la del parálítico. Su indiferencia no es, pues, más que el conocimiento de su limitación ante el esfuerzo.

Si el addisoniano a veces no es irritable es "por que no tiene fuerzas ni para irritarse; irritarse, cansa". Así se expresaba un enfermo. Por este camino también se puede llegar a considerar a los addisonianos como indiferentes, cuando en realidad no se trata más que de la careta o, mejor dicho, de la defensa contra su limitación vital ante el esfuerzo. La indiferencia es selectiva para todo lo que requiere esfuerzo. El interés se conserva vivo por ejemplo, por la lectura, así es muy frecuente que estos enfermos, que desde muy jóvenes han vivido apartados de los deportes, sean grandes lectores.

La debilidad irritable es, pues, uno de los rasgos más constantes del psiquismo addisoniano hasta el extremo de que estamos tentados de oponer al concepto de "indiferencia oriental" al de "irritabilidad occidental". A pesar de todo, no podemos negar que una actitud indiferente se transforme andando el tiempo, en un estado de indiferencia.

Es curioso contrastar en los addisonianos su calma con su irritabilidad: "Aprovecho los momentos de nervios para trabajar", nos decía una enferma. Estos "momentos de nervios y las soluciones de continuidad en la astenia, en relación, muchas veces, con acontecimientos

psíquicos y, a veces, sin relación ostensible con nada, permiten conjeturar que en la astenia sea valorable, además del factor metabólico, el factor vegetativo.

Hemos dicho anteriormente que el psiquismo de estos enfermos es distinto antes o después de saber su enfermedad. Antes, suelen vivir un penoso sentimiento de perplejidad: se sienten mal; pero no pueden racionalizar su malestar, siendo frecuente en este período el que sean considerados como vagos y hasta que ellos mismos se lo crean: "Hasta que supe mi enfermedad, creí que era un vago" nos decía un enfermo. Y una enferma se preguntaba: "Si me estaré volviendo perezosa?" Cuando los addisonianos saben que están enfermos en ocasiones descansan y se refugian en la enfermedad; el diagnóstico ha significado la justificación de muchas omisiones en el trabajo. . y sobre todo su abandono. Así como para el fímico, el reposo significa muchas veces un sacrificio que con frecuencia no soportan, para el addisoniano, fímico o no, el reposo representa un alivio que acepta con gusto. Estos enfermos "hacen de la evitación del esfuerzo el principio de su existencia", como dice Ortega y Gasset a un pueblo meridional.

Si la astenia somática se localiza principalmente en los músculos y se caracteriza por fatiga rápida y recuperación tardía, la astenia psíquica se fija principalmente en la voluntad y en la atención. A este déficit de la atención hay que atribuir, en gran parte, la amnesia de que se quejan estos enfermos.

No será necesario que nos esforcemos en explicar lo que queremos decir con vivencia de renunciamento y de parasitismo. Una enferma que formaba parte de una pequeña agrupación doméstica con dos o tres amigas, no pudiendo realizar el trabajo que en el equitativo reparto de quehaceres le había correspondido, y a pesar de que sus omisiones no fueron nunca censuradas, sino por el contrario disculpadas, creyendo que era una carga demasiado pesada para las demás, realizó un intento de suicidio. En otros casos son frecuentes las quejas de haber renunciado al amor, a la maternidad o a tantas cosas como la minusvalía addisoniana obliga a renunciar. No es por ello de extrañar que "la vitalidad y la energía de los demás les depriman y les irrite", como nos confesaba un enfermo. Si la vida es un quehacer constante con las cosas, como dice Ortega y Gasset, estos enfermos tienen que renunciar a muchos quehaceres y si este renunciamento es agradable en cuanto significa reposo, es amargo en cuanto implica impotencia y ayuda constante.

También conviene consignar que los addisonianos, como los melancólicos, son personalidades silenciosas: hablar es una manifestación de energía (en su grado máximo podríamos citar la logorrea del maniaco) y callar persistentemente significa, con frecuencia estar en déficit tanto somático como psíquico.

No termina aquí el estudio psicológico de estos enfermos. Además de la astenia, hemos de tener en cuenta las violentas crisis de descompensación con vómitos, diarrea y sentimiento de muerte inminente. También debemos consignar la vivencia de limitación estética que origina la melanodermia, sobre todo en el sexo femenino. Piel y psiquismo convergen en la afectividad, y la melanodermia, singularmente la facial, es vivenciada con profundo y permanente displacer. El sentimiento de inferioridad de algunas razas de color tiene una génesis semejante.

Podríamos, sin duda, completar todavía mucho más este estudio y referirnos a los estados de somnolencia, onirismo y delirio que se presentan en las fases finales; pero ello no ofrece ninguna especificidad y, por otra parte, nuestro objetivo no era propiamente estudiar el psiquismo addisoniano, sino ver cómo el trastorno metabólico que origina la astenia somática trasciende al psiquismo y da lugar a gran parte de los trastornos psíquicos de estos enfermos que "se sienten psíquicamente débiles", utilizando la expresión con la que califica Schneider a los psicópatas asténicos.

Astenia personal.—Dos palabras, para terminar, sobre la astenia personal. No es por una concesión a la patología personal, sino porque aunque todas las astenias traen consigo una disminución del rendimiento somatopsíquico, hay enfermos que la compensan con tal perfección, dosificando sus energías tan admirablemente, que consiguen un excelente resultado laboral. Por último, digamos que, en ocasiones, motivos sociales, éticos, religiosos, afectivos, etc., pueden superar la astenia psíquica y arrastrar al soma a actividades sorprendentes, a pesar de que "los órganos del dinamismo" —como denomina Marañón a las suprarrenales— estén profundamente menoscabados.