

La oftalmología y la medicina psicosomática

Dres. Angel y Ramón Sánchez-Palencia Relaño

Jáin

El concepto de Medicina Psicosomática es relativamente moderno y se debe a DEUTSCH, que implantó dicho concepto en la segunda década del presente siglo. Sin embargo, su aparición es una consecuencia natural del estudio y conocimiento de la personalidad del hombre.

Al hombre se le puede considerar constituido por tres capas o estratos: la capa somática, o soma; la capa anímica, o alma, y la capa espiritual, o espíritu. Esta concepción tripartita de la personalidad era ya conocida por los griegos, que admitían: el soma, el psique y el nus, o espíritu.

La capa somática, o soma, es el estrato profundo sobre el que asientan los otros dos. Es el cuerpo humano.

La capa anímica, o alma, constituye la sede de los instintos, afectos y

sentimientos. Y, finalmente, la capa espiritual, o espíritu, constituye la sede de la razón y de la voluntad. Las dos últimas capas forman el "psiquis", y, en definitiva, en el hombre hay que distinguir el soma y el psiquis como una unidad indivisible y sobre los que ejerce influjo el mundo circundante.

Considerado así el hombre como un conjunto de cuerpo y alma (psiquis), es lógico comprender que, ante un insulto del medio exterior al soma, será el cuerpo el que responda al mismo y nula o muy escasa la respuesta del psiquis; esto es lo que ocurre, por ejemplo, ante un trauma que determina fractura de un determinado hueso; se producen respuestas somáticas (síntomas de la fractura) y escasos síntomas psíquicos; pero no siempre ocurre así, a veces la respuesta psíquica es ma-

yor, tal ocurre en las psicosis sintomáticas; otras, lo psíquico influye en la evolución del proceso somático, tal ocurre, por ejemplo, ante una fractura de costilla diagnosticada de simple contusión: evoluciona en dos o tres semanas; en cambio, basta decirle al paciente que tiene fractura para que evolucione en un doble espacio de tiempo. Esto también explicaría el porqué las heridas de los toreros suelen curar en tan rápido espacio de tiempo: por el anhelo de su pronta curación, porque así lo requieren sus intereses e igualmente el porqué se retardan a veces tanto y de una forma inexplicable los accidentes de trabajo en época de paro obrero, aun en ausencia de simulación y de maniobras criminales.

Vemos, pues, cómo el médico, para ser buen clínico ante un enfermo, no puede limitarse al estudio de los síntomas somáticos y al tratamiento de la enfermedad que corresponde a los mismos; actuando de esta forma, otros muchos fracasará y de una forma inexplicable para él, ya que será ante cuadros exactamente iguales a otros por él tratados y de los que salió airoso.

Después de todo lo dicho, puede deducirse la íntima relación existente entre lo psíquico y lo somático y la necesidad de efectuar un análisis estructural ante cualquier enfermedad, a fin de establecer la proporción en que han intervenido estos factores y actuar en consecuencia. De esta forma nace de

una manera insensible la Medicina Psicosomática; si bien es verdad que mucho antes de aparecer este concepto ya se ejercía de una forma empírica y sin darse cuenta de ello, por los cada vez menos frecuentes médicos de cabecera. Se trataba de personas que conocían a fondo a todos y cada uno de los miembros de la familia conocían sus problemas y eran, además de médicos, amigos y consejeros espirituales. Ellos, ante el enfermo, eran, aun siendo de tendencias somatológicas, sin darse cuenta, psicomatólogos.

Tal vez ha sido la Oftalmología la especialidad que más reacia ha sido en admitir y adoptar la Medicina Psicosomática, y se explica que esto haya sido así por varios motivos: en primer lugar, el carácter francamente objetivo de esta especialidad; es rara la enfermedad ocular que no tenga una base orgánica por pequeña que sea y que ésta no se pueda poner de manifiesto, gracias a los magníficos medios de exploración de que disponemos: retinoscopia, retinografía, biomicroscopia, gonoscopia, etc., con todos los cuales difícilmente puede quedar una superficie de un milímetro cuadrado del globo sin que se pueda ver con un aumento muchas veces mayor de lo normal. En segundo lugar, el carácter físico y matemático de nuestra especialidad, nuestras fórmulas ópticas, son vistas a distancia, verdaderas ecuaciones matemáticas y, fi-

nalmente, el carácter quirúrgico de la Oftalmología, ya que podemos decir, sin pecar de exagerados, que el 60 por 100 de las enfermedades oculares son tributarias del tratamiento quirúrgico. A pesar de todo, la Medicina Psicossomática ha ido entrando en la Oftalmología y está plenamente demostrado y comprobado que lo psíquico puede influir sobre el aparato ocular y sus anexos. Veamos de qué forma.

Párpados.—En los párpados se pueden presentar verrugas, y de todos es conocida la influencia que el psiquismo ejerce en la aparición y desaparición de estas neoformaciones cutáneas, hasta el punto que hay autores, como BLOCH, que dicen que, en realidad, con cualquier medicamento o untura se puede conseguir curar verrugas, pues su acción beneficiosa no se debería a la sustancia en sí, sino a la psicoterapia que su empleo lleva consigo.

Por sugestión se han conseguido provocar eczemas, rebeldes, por otra parte, a todo tratamiento que no fuese el psicoterápico. También se describen urticarias y pruritos palpebrales de origen marcadamente psicógeno.

Las blefaritis tienen todas una causa orgánica, pero, junto a ella pueden actuar factores psíquicos como desencadenantes o mantenedores de las mismas.

La poliosis puede tener una causa psíquica. Así parece demostrarlo el

siguiente caso en una enferma nuestra: Una señora de cincuenta años que habíamos visto para corregir su presbicia y que a los dos años vuelve porque las pestañas del párpado inferior (ojo derecho), se le habían quedado blancas. Todas las exploraciones fueron negativas, y por el interrogatorio averiguamos que esta decoloración se había presentado dos meses después de sobrevenir la menopausia. ¿Hay relación entre una cosa y otra? El cese de la actividad menstrual en la mujer es un signo de vejez, al igual que la aparición de canas, y no tendría nada de extraño que "las canas de las pestañas" fuesen consecuencia del choque psíquico provocado por la menopausia. Que existe la canicie emocional es de todos admitida. María Antonieta, en las horas que precedieron a su subida al caldoso, vió transformarse todo su cabello en canas. Igual cabe admitir la poliosis emocional o psíquica.

El blefaroespasma y el tic palpebral, muchas veces son consecuencia de una causa orgánica que actúa de espina irritativa, pero otras muchas no es posible poner de manifiesto ninguna alteración somática, y en estos casos se admite el origen psíquico, ocurriendo esto con más frecuencia en los niños que en el adulto.

Aparato lagrimal.—La secreción de lágrima está regulada por el S.N.V., y a partir de reflejos cuyo punto de origen puede estar en el polo ante-

rior del ojo, principalmente la córnea. En realidad, las terminaciones nerviosas de las tres ramas del trigémino: oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior, son todas zonas lagrimógenas, y la excitación de cualquiera de ellas es capaz de provocar por vía refleja una abundante epífora, cosa que conviene tener presente ante todo lagrimeo, ya que la causa puede no estar en los ojos. Aparte de esto, existe un centro psíquico de producción de lágrimas situado posiblemente en el bulbo y que explica el llanto emocional. En nuestra vida profesional hemos tenido ocasión de observar el caso de una mujer que consulta para una refracción. Se le hace, y, al comprobar que tiene los ojos llorosos, le hacemos vías y observamos la existencia de una dacriocistitis crónica en ambos ojos. Se lo hacemos saber y le proponemos como único medio de hacer desaparecer la epífora la dacriocistorrinostomía, y nos contesta que a ella le va muy bien con su lagrimeo, y hasta deja entrever que a veces, incluso, le es de utilidad. Vemos cómo una cosa tan molesta como es la epífora puede resultar agradable y hasta provechosa en ciertos casos. Este caso nos pone de manifiesto la importancia que tiene el "saber llevar" la enfermedad, y esta beneficiosa forma de reaccionar de la personalidad frente a un proceso es lo que se puede conseguir con la Medicina Psicosomática, que

en este caso particular estaría de más toda práctica encaminada a este fin, pues la enferma no sólo había aprendido por sí sola a llevar la enfermedad, sino a estimarla.

Segmento anterior del ojo.—En las afecciones de córnea, conjuntiva y esclera, poco influye lo psíquico. No obstante, se han descrito hiperemias conjuntivales e, incluso, escleritis, relacionadas con factores emotivos. Las queratitis todas tienen una causa exógena o endógena. No obstante, el lloro y el frotarse con las manos pueden dar lugar a una ligera solución de continuidad del epitelio corneal anterior y, a través del mismo, penetrar gérmenes o virus. Por este mecanismo se puede producir una queratitis herpética, por ejemplo.

Uvea.—Las iritis, ciclitis e iridociclitis son también de causa orgánica, pero los factores psíquicos pueden actuar prolongando el curso de la enfermedad o desencadenándola. No es raro observar enfermos que padecen de crisis de iritis o iridociclitis, que el nuevo brote se les presente a raíz de un disgusto o coincidiendo con una época de mayor trabajo. Esto tal vez explique también el porqué estas enfermedades suelen ser de más larga duración en enfermos ambulatorios que hospitalarios, ya que a estos últimos se les priva de su ambiente habitual y se consigue un estado de reposo espiritual muy beneficioso.

Fondo de ojo.—El patético cuadro de la oclusión de la arteria central de la retina, en la inmensa mayoría de veces, es debido a una embolia o a un trombo que obstruye la luz vascular, pero en algunos casos el cierre de la luz del vaso es debido a causas funcionales, como consecuencia de un espasmo, el cual puede ser de origen psíquico. Es decir, de la misma forma que se puede presentar un angor pectoris por un disgusto, igualmente se puede presentar este cuadro, y, lo mismo que en el angor, si la falta de riego sanguíneo persiste un cierto tiempo se produce un infarto del miocardio, igualmente si la obstrucción de la arteria central de la retina persiste más de diez o quince minutos se presentan lesiones irreversibles en la retina, quedando no apta para la función visual.

Glaucoma.—De todas las enfermedades oculares, tal vez sea en la que más influyen los factores psíquicos. Es frecuente que el enfermo que acude con un ataque de glaucoma agudo nos diga que se instauró a partir de un disgusto. En efecto, estos factores emotivos determinan un predominio del simpático, lo que da lugar por un lado a midriasis y cierre del ángulo de filtración; por otro lado, la inhibición concomitante del parasimpático produce vasodilatación capilar y un aumento de la producción de humor acuoso. Sobreviene así una disregulación entre la producción de

líquidos intraoculares y la evacuación de los mismos, dando lugar al ataque agudo. Que esto es así lo prueba el que el profesor CASANOVAS utiliza en el glaucoma la irradiación del simpático para inhibir su acción. El papel que las emociones desempeñan en la presentación del glaucoma agudo, queda patentizado con el siguiente caso que se nos presentó a nosotros: Se trataba de un hombre que íbamos a operar de catarata senil en ojo derecho. Los valores tonométricos determinados el día antes eran normales en ambos ojos. Unas horas antes de la operación, nos avisan los familiares porque llevaba unas horas con dolores intensos en el otro ojo, en el ojo izquierdo. Vamos y nos encontramos con el cuadro de glaucoma agudo. Tuvimos que hacer iridectomía antiglaucomatosa en dicho ojo y esperar unos días para operar la catarata del otro ojo, que se realizó felizmente. Desde entonces, una práctica que solemos seguir es el empleo de mióticos en el ojo que no se va a operar.

Aparte de esto, los glaucomatosos presentan con frecuencia cambios de personalidad, haciéndose irritables, meticulosos y nerviosos. Tal vez basándose en estas alteraciones es por lo que MAGITOT utiliza en estos enfermos, y en algunos casos, el electroshock.

Ambliopía y amaurosis histérica.—Consiste en la disminución o en la

falta de visión en un ojo o en ambos. Esta disminución o falta de visión existe sólo en la imaginación del enfermo como un fenómeno de auto-sugestión. El diagnóstico se hace excluyendo mediante examen de fondo de ojo reacciones pupilares, etc., todas aquellas causas orgánicas que pueden motivar esta alteración funcional. El tratamiento es psicoterápico, que se puede ayudar con ciertos medicamentos, que pueden proporcionar en personas poco cultas efectos verdaderamente milagrosos, como es el que tome sellos de azul de metileno y decirle que, en cuanto empiece a orinar azul, la enfermedad se habrá conseguido eliminar. Casos de amaurosis histéricas se dan con relativa frecuencia. Recordamos el de una muchacha de dieciocho años que, de una forma brusca, perdió la visión en ambos ojos. Los padres la traen asustados. Desde el primer momento nos impresiona como amaurosis histérica; pues, aunque decía no ver, no se comporta como una ciega verdadera. Las exploraciones son negativas, y, preguntando a los padres, averiguamos que había hecho una promesa de ponerse un hábito y los padres no la dejaban. Les recomendamos a los padres que le comprasen el hábito y que volviesen a los seis o siete días. Al cabo de ellos volvieron tan contentos, pues fué ponerse el hábito y recuperar la visión. Tal vez el procedimiento de tratamiento no fué muy ortodoxo des-

de el punto de vista psiquiátrico, pues lo que hicimos fué hacer que la muchacha se saliese con la suya, con lo cual se le abre el camino para nuevas manifestaciones histéricas, pero nosotros también nos salimos con la nuestra, que era hacerle desaparecer lo antes posible la amaurosis.

Vemos, pues, cómo el factor psíquico juega un papel importantísimo en la Oftalmología al igual que en todas las demás ramas de la Medicina. El médico debe contar siempre con este factor, que en muchas ocasiones le ayudará a curar enfermedades en donde otros compañeros han fracasado. En otros casos se encontrarán ante enfermedades incurables, pero aquí tampoco termina el papel del médico; con su indudable poder de sugestión basada en la confianza del enfermo, el médico ha de saber en todo momento dar ánimos y hasta esperanzas (al enfermo, no a los familiares) para que, ya que no se puede curar, aprenda a llevar su enfermedad con resignación. El médico, como el sacerdote, es también médico del alma, y esta misión le será más fácil si se encuentra ante enfermos de arraigadas creencias cristianas.

BIBLIOGRAFIA

- ARGAÑARAZ: *Manual de Oftalmología*. Bloch. Cit. por J. A. Pedro Pons.
 CASANOVAS: *La irradiación del Simpático Cervical en el Tratamiento*

- del Glaucoma.* Arch. S. O. H. A. J. A. PEDRO PONS: Tomo IV, *Patología Médica.*
IV. 1954.
- FUSCIS: *Oftalmología.* MAGITOT: *An. d'Ocul.* 1950.
- HARTMANN: *Psicosomatic Phenomens* MÁRQUEZ: *Oftalmología Especial*
dans l'Oftalmologie. ... *Teórica y Clínica.*