

Francisco Martínez López

Con la colaboración de:  
Ventura Ferrer Delso, Psicóloga Clínica.

JUAN ROF CARBALLO  
Y LA MEDICINA  
PSICOSOMÁTICA

“Entre la teoría: J. Rof Carballo,  
y la praxis: A. Fernández-Cruz”



Madrid - Buenos Aires - México

© Francisco Martínez López, 2008

Reservados los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Ediciones Díaz de Santos

[www.diazdesantos.es/ediciones](http://www.diazdesantos.es/ediciones) (España)  
[www.diazdesantos.com.ar](http://www.diazdesantos.com.ar) (Argentina)

ISBN: 978-84-7978-851-3  
Depósito legal: M. 5.080-2008

Fotocomposición: Estefanía Grimoldi  
Diseño de Cubierta: Ángel Calvete  
Impresión: Fernandez Ciudad  
Encuadernación: Rústica-Hilo  
Impreso en España

## Índice

---

<b>PRÓLOGO</b> .....	XIII
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	XVII
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	XXIII
<b>CAPÍTULO I. SENTIDO Y PROPÓSITO DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II. BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA</b> .....	7
<b>CAPÍTULO III. LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA A LA LUZ DE LA INGENUO OBRA DEL DOCTOR J. ROF CARBALLO</b> .....	11
La “Patología Psicosomática”. Año 1949 .....	11
Parte General.....	12
<i>Los tres substratos básicos: anatómico, neuro-fisiológico y emocional</i> .....	12
<i>Sobre la relación madre-niño. La carencia de afecto como causa de patología.</i> .....	21
<i>El psicoanálisis como técnica en la patología psicosomática</i> .....	22
<i>Sumario de la parte esencial de la Patología Psicosomática</i> .....	24
<i>La medicina psicosomática entre “filias” y “fobias</i> .....	24
Parte Especial.....	25
<i>Úlcus gástrico</i> .....	25
<i>Colitis espástica. Colitis ulcerosa</i> .....	28
<i>Asma</i> .....	32
<i>Enfermedades vasculares</i> .....	35
<i>Problemas psicosomáticos de la hipertensión arterial</i> .....	39
<i>Jaqueca (hemicránea)</i> .....	44

<i>Hábito traumático</i> .....	49
<i>Diabetes insípida</i> .....	51
<i>Síndrome Cushing</i> .....	56
<i>Anorexia nerviosa</i> .....	61
<i>Exposición de tres casos (clínica, tratamiento y evolución)</i> .....	65
<i>Enfermedades afectivo-carenciales de la primera infancia</i> .....	84
<b>CAPÍTULO IV. “CEREBRO INTERNO Y MUNDO EMOCIONAL” (1952)</b> .....	89
Substrato neurofisiológico .....	91
Substrato anatómico.....	93
Substrato emocional.....	96
Componentes del “cerebro interno”.....	98
Áreas Anatómo-fisiológicas y emoción .....	100
La “integración víscera-somática”.....	102
Estado del niño al nacer y su relación materna.....	105
Esterilidad sin causa aparente .....	107
Alcance y trascendencia del “otro”: el “sí mismo” .....	117
<b>CAPÍTULO V. “URDIMBRE AFECTIVA Y ENFERMEDAD”. AÑO 1961..</b>	125
Herencia. Instinto. Urdimbre primaria.....	127
La Patología desde su perspectiva holística: individuo y familia .....	138
<b>CAPÍTULO VI. “VIOLENCIA Y TERNURA” AÑO 1967</b> .....	141
La urdimbre primigenia, sus características y funciones. ....	141
Urdimbres de orden y de identidad. la agresividad y la ternura .....	147
Urdimbre de orden: significado y funciones.....	152
La urdimbre de identidad: el “yo” y “el <i>self</i> ”.....	156
La figura paterna. ....	160
Sobre el sentimiento de culpa y la agresividad.....	162
<b>CAPÍTULO VII. “BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS” AÑO 1972</b> .....	167
Maduración cerebral y sistemas de autovigilancia: el medio ambiente.....	169
La figura materna y su función tutelar .....	172
La función tutelar secundaria -Psicoterapia- como vía reparadora.....	175
Activación preferencial de los genes y la posible base de la especificidad de la patología psicosomática.....	181
Sentido unitario: sincrónico y diacrónico .....	182
La experiencia temprana. Su condicionamiento .....	185
El rinencéfalo, base neurobiológica del proceso constituyente .....	185

Rinencéfalo y aprendizaje.....	187
Unidad neurofisiológica y “mismidad”.....	191
Los ritmos y la neuroendocrinología como bases de la patología psicosomática..	192
El sistema hormonal, los “periodos críticos” y la mismidad .....	196
A vueltas y sobre la “urdimbre”: el “yo”, el “si mismo” y el rinencéfalo .....	201
Sobre la base genética y el medio .....	203
La relación madre-niño en el proceso constituyente.....	205
Proceso gestacional. Sexo y “espacio epigenético” .....	206
<b>CAPÍTULO VIII. “TEORÍA Y PRÁCTICA PSICOSOMÁTICA” AÑO 1984..</b>	211
Aspectos introductorios .....	211
Síndromes: “ansiedad”, “hiperventilación”, “disonía neurocirculatoria”, “dolor” .....	215
Del dolor a la depresión .....	220
Del paciente “borderline” o “liminar” .....	232
Estrés y sueño .....	234
Los mecanismos neuroendocrinos en Patología Psicosomática .....	238
El “cerebro límbico” .....	240
1. Anatomía.....	240
2. Conexiones.....	242
3. Funciones.....	244
El cerebro como órgano funcionante .....	246
El cerebro funcionante y la Patología Psicosomática .....	253
El cerebro funcionante y su sistema de defensas .....	257
Apunte sobre “enfermedades infecciosas” y “neoplasias” desde una perspectiva psicosomática.....	263
Defensas (Inmunología) y reflejos condicionados.....	266
Los circuitos neuroendocrinos en Inmunología y (la) Defensa de la Identidad .	270
Bases: Experiencia temprana. Programación endocrina. Reserva epigenética.	
Urdimbre afectiva .....	276
1. Sobre la experiencia temprana.....	277
2. Sobre programación endocrina .....	278
3. Vínculo y troquelado.....	287
4. Espacio epigenético .....	288
5. Programación endocrina y experiencia temprana.....	289
6. Sobre urdimbre afectiva.....	295
7. De lo normal a lo patológico.....	302
8. Desarrollo (Ontogenia) y troquelado .....	304
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	307

## Prólogo

---

Hacer el prólogo a este compendio sobre medicina psicosomática del doctor Francisco Martínez López, es como verán a lo largo de mi breve introducción, tarea fácil. La razón estriba en que ambos hemos sido agraciados por la “lotería genética”. Soy hijo del maestro Fernández-Cruz, y Paco fue durante muchos años un discípulo predilecto que se convirtió en una de las herramientas fundamentales en el desarrollo de esa tarea tan difícil de convertir la teoría de la psicosomática en la “Unidad de Práctica Clínica” de excelencia.

Mi obligación aquí ahora, es darles en primer lugar la bienvenida desde estas páginas. Mi orgullo es poder representar a los que somos profesores de la que considero la universidad mas importante de nuestro país, por historia, por contenido y por producción, ya que de la Complutense han salido de forma continuada, las figuras más relevantes de nuestra nación, entre ellas las figuras del doctor Juan Rof Carballo y el maestro Fernández-Cruz. Agradecer al doctor Francisco Martínez López que me dé la oportunidad de introducir esta brillante e interesantísima obra.

El filósofo Heráclito defendía que el carácter define el destino de los individuos. No voy a eludir jugar con la genética que me permite defender la existencia del “determinismo de los genes y en algunos casos el fatalismo que ocasionan”. Dentro de los 25 a 35.000 genes del genoma humano con sus estimados 3 millones de SNP existe el lenguaje genético que perfila la posibilidad de los test diagnósticos, que nos asoman a la ventana de “los test genéticos predictivos”. Esto nos acerca, como lo hemos hecho con algunos tumores, al descubrimiento del *genetic trait* que permite orientar un tratamiento a “la carta” o descubrir cómo en el cáncer de mama el 10% de las pacientes no responden al tratamiento con Tamoxifeno. Estoy convencido que el diagnóstico llamado “molecular” constituirá, uno de los principales componentes de la “medicina personalizada”. Convendrán conmigo sin embargo, que esto no es del todo cierto, ya que como veremos en el breve análisis de la vida de cualquier ser humano, su interacción con el ambiente también ha determinado su futuro.

Como admirador de la filosofía, reconozco que la historia de la misma es la construcción del pensamiento humano. Sin embargo, la historia de la Filosofía es también la negación de los sistemas anteriores. Al contrario, la Biología o nuestra ciencia aplicada, “la Medicina” basa en el progreso del conocimiento científico el “continuo”, ya que los avances suelen ser complementarios y clarificadores de los previos.

El doctor Francisco Martínez López y yo, somos cercanos en formación a través de un paraguas común al desarrollar nuestra labor en la misma institución y bajo una dirección del maestro Fernández-Cruz. Él y yo, pertenecemos a muchas colectividades y esa múltiple pertenencia, a la vez que nos acerca y emparenta con un vasto sector, nos va diferenciando y alejando de otros (de los que también somos parte). De este modo surge nuestra identidad, en razón de una combinación muy compleja y en cada caso diferente, de circunstancias que nos son impuestas y elecciones libres, con las que confirmamos o rechazamos lo que se nos viene dado por nacimiento, familia o educación, y optamos por algo distinto. Las identidades colectivas suprimen mediante una reducción arbitraria aquellas matizaciones, y ven en los seres humanos no criaturas soberanas con derechos y deberes inherentes a su individualidad, sino productos seriales idénticos entre sí, privilegiando sólo una de las características —por ejemplo ser negro, musulmán, cristiano, blanco, budista, vasco, gallego, catalán, judío etcétera— y aboliendo todas las demás. El descuartizamiento de la humanidad en bloques rígidamente diferenciados es peligroso, porque alienta el fanatismo de quienes se consideran superiores —el pueblo elegido, la raza pura, la verdadera religión, la clase redentora, la nación ejemplar— y los autoriza a ejercer la violencia sobre los otros, convirtiéndolos en marginales y a veces en perseguidos. Nuestra generación aprendió de la previa, en la que militaron los profesores Rof Carballo y Fernández-Cruz lo que es la devastación y el sufrimiento humano. Mi padre, por ejemplo, se exilió con su mentor el profesor Gregorio Marañón, y su vuelta para la reconstrucción del país es una historia que no viene al caso mencionar ahora. La identidad no es una condición metafísica, sino una realidad viva y por lo tanto en permanente proceso de recreación. Es aquí donde se entronca la importancia de este libro compendio de la vastísima obra sobre psicología de Rof Carballo y experiencia acumulada del doctor Martínez López en servicio que dirigió con la tutela del Maestro Fernández-Cruz

Los doctores, Rof Carballo y el maestro Fernández-Cruz son buenos ejemplos de ese crucigrama de pertenencias y rechazos —españoles de nacimiento— formación y a caballo de las universidades europeas y estadounidenses “ciudadanos del mundo por vocación”.

Estoy convencido, de que el lector descubrirá con la lectura de esta interesantísima obra, la importancia que tuvo en el siglo pasado esa persona excepcional que fue Sigmund Freud, y la escuela que tras él generó, el nacimiento de la medicina psicodinámica en 1939, con la publicación de la revista *Psychosomatic Medicine*. Como catedrático de Patología General, reconozco y así se lo transmito a mis alumnos, que la tesis interpretativa de la enfermedad y el enfermo, de acuerdo a los postulados de la medicina psicodinámica

han sido una fecunda aportación que la medicina actual ha recibido, abriéndose extraordinarias perspectivas para la comprensión del enfermo y el significado de su enfermedad. Dentro de nuestra realidad, hemos de seguir admitiendo que segregando los trastornos distímicos y psiquiátricos, es una radical realidad la existencia de motivos específicos de enfermar, y que la clínica ha de recoger bajo la designación de psicósomáticos. Para no generar una mala gestión del proceso “enfermedad” (asociado a gasto sanitario) es necesario comprender la dimensión patológica e irracional que presenta la lotería genética al enfermo. No quiero defender aquí, la vieja tesis psicogenética como única vía del padecimiento psicósomático, pero sí defendiendo, como se desarrolla en esta obra, que las cargas etiológicas identificadas, como los problemas específicamente humanos que el hombre padece por los conflictos conscientes, alteran la homeostasis y la regulación orgánica a través del cuerpo.

Muchos de los lectores coincidirán conmigo en defender el pensamiento de Ortega al considerar que la vida del hombre se plantea en una permanente necesidad, en sus palabras “un puro menester”. El hombre tiene que afrontar como he mencionado ya, la dura realidad adscrito a la vida histórica que le toca vivir, inmerso en un ambiente espiritual, familiar económico y político que no ha elegido y que le determina a elaborar por sí mismo su propio destino “su externa y personal biografía”. En los albores de este siglo *xxi* algunos podríamos afirmar, un tanto frívolamente, que la diferencia sustancial entre nuestro antecesor en la escala biológica, el mono y nosotros radica precisamente en esto, la capacidad de adaptación. La nueva psiquiatría se aproxima con mucha frecuencia a este diagnóstico “síndrome de adaptación” que he de reconocer que a mi personalmente me gusta por su claridad.

Para concluir, me gustaría que disfrutaran como yo de la lectura de este compendio, ya que como médicos y seres humanos somos conscientes de enfrentarnos cotidianamente a la contradicción que asumimos, al reconocer que no existe salud sin enfermedad, lluvia y viento sin atardeceres soleados, amor sin odio, dolor sin placer, inteligencia sin estulticia. Desde mi madurez, me gustaría que compartieran conmigo que nuestras limitaciones no deben inhibirnos y admitir, como en los versos de Neruda “Nosotros los de entonces ya no somos los mismos” ya que hemos aprendido tal vez erróneamente, a sufrir cuando discrepamos, al enfrentarnos a nuestro pasado. Luchemos pues, por la erradicación en el mundo de las conductas psicóticas, a lo que este libro contribuye de forma muy notable. Felicito muy sinceramente al doctor Francisco Martínez López por abordar lo que considero una obra ingente y maravillosamente desarrollada, que estoy seguro de su utilidad.

ARTURO FERNÁNDEZ-CRUZ  
Catedrático de Patología Gral.  
Universidad Complutense. Madrid

## Introducción

---

Tal y como refiere el título de la obra, es mi pretensión exponer, sucintamente, el aporte, en su esencia, del profesor<sup>1</sup> Rof Carballo, mi maestro, a la llamada Medicina Psicosomática. Aporte que ofrezco, no sin cierta osadía, en forma de Compendio. Su obra, obviamente, tan vasta como “descatalogada” va desde 1949, en que se publica un extenso tratado de *Patología Psicosomática* hasta 1983, en que aparece su última obra *Teoría y Práctica de la Medicina Psicosomática*.<sup>2</sup> Entre una y otra obra, una cadena de publicaciones que discurre por dos vías paralelas: la humanística y la patología psicosomática.

Completará este trabajo o Compendio, como es obvio, con el aporte de nuestra casuística elaborada a las órdenes de nuestro profesor Arturo Fernández-Cruz, en el Servicio de Medicina Psicosomática que con toda intención el profesor puso a nuestra disposición.

Ciñéndonos pues, a la parte señalada, dentro de su vasta publicación, es preciso resaltar sus dos obra puntales: Estas son *Cerebro Interno y Mundo Emocional* (1952) y *Urdimbre Afectiva y Enfermedad* (1961), puntales porque en realidad constituyen la BASE y FUNDAMENTO de todo su aporte a la Patología Psicosomática.

Dado, pues, que hoy en día resulta inviable tanto la recuperación de sus escritos —y menos, su actualización<sup>3</sup>— como la lectura de tan densa obra, es por lo que, entre otros motivos, estimo pertinente compendiar la esencia de tan magnífica como profunda y decisiva concepción de la susodicha Patología Psicosomática.

Y digo, “entre otros motivos” por lo siguiente: primero, porque la susodicha concepción o teoría cala en lo más profundo del ser humano, ahonda hasta sus propias

---

<sup>1</sup> El profesor Laín Entralgo, en sus escritos, se preguntará, una y otra vez, el porqué el doctor Rof Carballo se vio privado de su ascenso a Cátedra. Nunca encontraría respuesta.

<sup>2</sup> Curiosamente, el título será similar al que dábamos a nuestros cursos de Medicina Psicosomática en la Cátedra de Patología General del profesor A. Fernández-Cruz —Hospital de San Carlos— desde el año 68-69 hasta el 82.

<sup>3</sup> Mis intentos en este sentido han fracasado.

raíces primigenias, conduciéndonos al “*espacio epigenético*” (tan recurrido en el día de hoy, ¡cincuenta años después!)<sup>4</sup>

Precisamente, ya por la década 50-60, Rof, espoleado por las teorías de genetistas (Kemp, Waddington, etc.), así como los descubrimientos de Konrad Lorenz (años más tarde premio Nobel) —recuérdese sus experimentos con los patitos— y, desde otra perspectiva, los trabajos de René Spitz sobre la “Relación madre niño en su primer año”, me encarga realice una tarea de investigación sobre las mismas bases que el trabajo llevado a cabo por Spitz. Dos años duraría mi tarea, llevada a cabo en la Inclusa de Madrid. El trabajo ofrecía unas variantes diferentes y significativas a las de mi referente. Sería publicado como segunda parte de nuestro libro sobre *Anorexia Nerviosa*.

Últimamente, dentro de mis limitaciones actuales, siguiendo esta línea, me pareció interesante e ilustrativo el estudio de dos personajes, sin duda catalogables como *genios*, uno en el mundo artístico —pianista— y otro, en el área epistemológica. Primos hermanos. De padres desconocidos y criados por la misma persona: madre de la hija y tía del niño prodigio. En la susodicha obra, titulada *De Pepito Arriola a Hildegart* será el periodo “epigenético” el que nos permitirá comprender que la base del *genio* se determina durante este periodo.<sup>5</sup>

A su vez, conectando al propio sujeto con *su* pasado, es decir, con *su historia*. Y ello, no desde el punto de vista especulativo sino fundamentado en bases con rigor científico.

Para ello, tal y como acertadamente refiere el profesor P. Laín Entralgo, fue y es requisito ineludible el recurso a la técnica Psicoanalítica. El profesor Laín lo resume diciendo que con el advenimiento del Psicoanálisis se hizo posible un abordaje psicossomático de la patología. Así lo entendió el profesor Rof, quien desde su primera publicación hasta la última dedica amplios capítulos y recursos inevitables a dicha técnica como ÚNICA forma de adentrarse en las verdaderas entrañas de los procesos patológicos en su acepción, en profundidad, etiopatogénica. Y es que, sintetizando un tanto, podemos resumir que buena parte de las patologías del ser humano tienen su base *causal* en sus estadios más tempranos —primeros años de su vida— siendo una serie de eventos —constancias— de su trayectoria los que constituirán sus *factores determinantes*, en tanto que su “afloramiento” será consecuencia de un *factor o factores facilitadores y desencadenantes*.

<sup>4</sup> En la actualidad se “re-descubre” el aporte de don Ramón Cajal —nuestro Premio Nobel (1906)— quien ya en aquél entonces nos expone el “crecimiento de dendritas” tras el desarrollo, por inmaduro, del cerebro en su fase de contacto con el medio ambiente.

Por otro lado también en el día de hoy expertos en Oncología llegan a considerar el papel causal que puede desempeñar el espacio epigenético, así como el carácter de su reversibilidad como factor esperanzador para un tratamiento preventivo eficiente.

<sup>5</sup> *De Pepito Arriola a Hildegart* Autores Francisco Martínez López y Ventura Ferrer Delso. Ed Ensaio. Año 2006

Es, pues, el trabajo de nuestro maestro, constante y lineal a lo largo de toda su vida profesional, no sólo una excelente y magnífica obra, cargada como únicamente es posible en estos casos, de una genialidad, una agudeza, un sentido de penetración y de creatividad absolutamente insuperables. Pero no es eso lo más importante y trascendente, sino el hecho de que las bases de su teoría adquieren, sin duda alguna, un rango excepcional, muy superior, más bien, inalcanzable para cuantos autores han venido discurriendo por esta vía psicósomática. Prescindo de nombres, mas vaya por delante que ni en Alemania, ni en Francia, ni en Inglaterra, ni en Estados Unidos —países, en este sentido, de referencia preferente— se podrá encontrar una obra tan profunda y tan sólida como la de nuestro maestro.

Segundo, porque en realidad, desde mi punto de vista —y para ello me baso en mi extensa experiencia— me permito vaticinar que la obra del profesor Rof, triste y lamentablemente no reconocida en nuestro país en el plano institucional, es un adelanto, sin duda en muchos años, de lo que *tendrá* que ser la auténtica forma de entender la patología y de abordar al paciente enfermo. En suma, frente a la “atomización” de hoy en día, la *integración y visión holística*, tanto sincrónica como diacrónica, en otras palabras, biográfica.

Es por ello que la impresionante labor de tantos años, tan trascendente como histórica para la auténtica concepción de la patología no sólo *no debe*, ni *puede*, perderse, sino, muy por el contrario, pasar a un primer plano y constituir un referente modélico para todo aquél que se precie de hacer una buena y eficiente medicina. Ello implica, por tanto, no una visión plana o de la cosa en sí misma, sino dando pábulo a la metáfora, al mundo inmaterial, al mundo de los símbolos, al mundo de los sentimientos, etc.

A sabiendas de que las dificultades y limitaciones con que, inevitablemente me encontraba, constituían un serio obstáculo, ha podido más en mi ánimo el imperativo de que tan gigantesca como trascendente obra no puede quedar olvidada o relegada a posiciones marginales o psiquiatrizantes, tal y como en la actualidad se pretende presentar en Congresos, Simposiums, Conferencias, etc. Exposiciones que no sólo quedan bien lejos de la obra del maestro, sino que viene a ser una triste y vulgar caricatura de ésta.

En pie de página hago referencia a la similitud entre el título de la última publicación del profesor Rof y el título con que, desde el año 68 presentábamos, y organizado por nuestro Servicio de Medicina Psicósomática, dábamos a nuestros cursos anuales, Servicio que será posible gracias a la excelente e interesada acogida que el profesor A. Fernández Cruz como regidor de la Cátedra de Patología General, mostró como pionero de la praxis del estudio de la Patología desde la perspectiva psicósomática. Mi admiración y agradecimiento será tan entrañable como excepcional mi reconocimiento. El paralelismo entre ambos títulos ha de deberse al hecho de que, como puede apreciarse en el cuadro docente, el Prof. Rof siempre participó, y como es natural, ocupando un lugar preferente, juntamente con mi profesor A. Fernández-Cruz.

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE - MADRID - 1977**I Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica  
Profesor A. Fernández CruzServicio de Medicina Psicosomática y Unidad de Patología Digestiva  
Doctor F. Martínez López y Doctor J. García Cabezas**I CURSO TEORICO - PRACTICO**

sobre

**Bases Patogénicas y Fisiopatológicas de las Enfermedades del  
Tubo Digestivo: Su Inducción Psicosomática****EQUIPO DOCENTE**

Profesor A. Fernández Cruz

» J. Rof Carballo

Doctores:

E. Acosta

E. Cabo

C. Cobo Medina

M. Díaz-Rubio García

J. García Cabezas

M<sup>re</sup> J. García Molinero

J. García Paredes

M. H. Garralón Velasco

J. L. Gómez Martín

F. Martínez López

J. Martínez Verano

S. Mascarell García

L. Molina Alonso

M. Pérez López

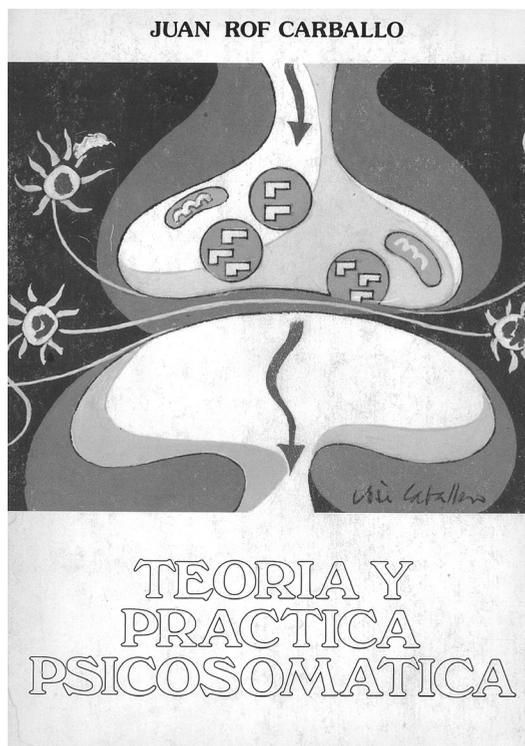
A. Pérez Mota

A. Riba Soto

L. Yuguero del Moral

**TEMAS**

- 1 - Conferencia Inaugural
- 2 - Introducción al Estudio de la Patología Digestiva
- 3 - Dolor Abdominal Agudo y Crónico
- 4 - Síndrome Esofágico
- 5 - Gastritis
- 6 - Úlcus de Stress
- 7 - Úlcus Péptico
- 8 - Colelitiasis
- 9 - Síndrome de la Fosa Ilíaca Derecha
- 10 - Colon Irritable
- 11 - Colitis Ulcerosa
- 12 - El Aparato Digestivo como forma de Expresión de la Agresividad
- 13 - Patología Digestiva Infantil
- 14 - Clausura

**FECHA:** Del 1 de FEBRERO al 4 de MARZO de 1977**MATRICULA:** 2.500 PESETAS**LUGAR:** Servicio de Medicina Psicosomática, I Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica**Número de plazas:** 60 - **PLAZO:** Hasta el día de la inauguraciónSe beca de 7.500 pesetas para los estudiantes de último Curso de Medicina y Psicología

A lo largo de nuestros trabajos en el servicio referido, durante catorce años, entre otras cosas tuve la oportunidad de hacer un acopio de datos que, en su momento, pude conjugar constituyendo la base de lo que acabaría siendo mi “Tesis doctoral”. Tras el consejo del profesor A. Fernández-Cruz la titularía “Correlaciones entre la Patología Psicosomática individual y la posible patología del grupo familiar.” Pretendía con esta tarea poder demostrar, tal y como refiere el propio título, que la dinámica del grupo familiar puede presentar, y de hecho así es, signos patológicos como tal dinámica, ya en el *plano estructural* ya en el *funcional*, ya, finalmente, en el *situacional*. Y ello, indistinta o conjuntamente.

A su vez, se trataría de demostrar que la supuesta patología de esa dinámica grupal-familiar, particularmente cuando ofrece no un carácter meramente coyuntural sino, más bien, una permanencia, una constancia, guarda una *estrecha* y *directa* relación, ya causal, ya determinante y/o desencadenante, con la presencia de una determinada patología psicosomática. Con posterioridad, tendría que haberse podido demostrar si, a su vez, la susodicha patología individual presentaba una *determinada especificidad*, es decir, que a un determinado problema presente en la dinámica de grupo acontecía una *respuesta patológica específica* en el sujeto afecto.

En el supuesto de que así fuere, procedería estudiar si dicha *especificidad* de respuesta requiere una determinada base estructural, tanto del individuo-paciente como del grupo familiar en el que se desarrolla. ¿Sería más bien funcional (dinámica) y/o situacional (es decir, a determinado problema —persistente o intermitente—) determinado proceso patogénico y clínico?

Este segundo aspecto hubiera requerido, como fácilmente puede intuir el lector, un tiempo y unos medios que, en aquél entonces, no estaban a nuestro alcance. No obstante, en mi publicación sobre *Anorexia Nerviosa*<sup>6</sup> sí que se puede apreciar una *correlación específica* en un porcentaje significativo, entre dicha patología y la presencia temprana, como elementos etiopatogénicos, del hermano (indistinto el sexo) quien de forma manifiesta o soterrada, más bien subliminal, establece un vínculo fraterno con una carga de envidia y celos, traducido con frecuencia en actos, gravemente patológica y persistente en el tiempo.<sup>7</sup>

Con este trabajo, apreciado por un tribunal presidido por el profesor P. Laín Entralgo y mi profesor entonces —profesor A. Fernández-Cruz— entre otros, quise dar

<sup>6</sup> *Anorexia Nerviosa*. Autores Francisco Martínez López y Ventura Ferrer Delso. Ed. Paraninfo. Thomson Learning.

<sup>7</sup> Una de mis pacientes, en análisis, en un momento dado, dice: “no como porque mi hermana, siendo pequeñas, me dijo que *le daba asco* verme comer. Desde entonces, siempre que puedo, como sin que me vea” Por el contrario, la hermana le arrebató cuanto siendo posesión de aquella, es objeto de envidia por ésta. *La delgadez* será, precisamente, una forma de evitar su desarrollo con el fin, muy temido, de que *el cuerpo* pudiese ser el principal “objeto de envidia”. “Soy basura”, dirá la paciente. “No quiero vivir”. El cuerpo será la expresión de su posición anti-narcisista. Inviendo, por contra, su parte intelectual como único potencial merecedor de única y máxima atención. En él centra toda su carga libidinal.

un paso más allá de la obra que ahora nos va a ocupar. En ella se ofrece una constante referencia al “otro”, tanto alimentándose de los trabajos de Ortega y Gasset, al respecto, como los del propio Laín o, los más intrincados y “religados” del maestro Zubiri. Animo a quien, entusiasta y enamorado de esta seductora visión de la patología, si goza de posibilidades de adentrarse por estos derroteros, no desaproveche la oportunidad. Puedo augurarles descubrimientos tan originales como trascendentes y, con ello, ampliando la perspectiva del proceso del enfermar hasta extremos asombrosos.

De las bases de esta tesis, al correr paralelas con la iniciación de la oficialización de la llamada entonces “Medicina Familiar”, intentamos introducir como núcleo esencial de esa nueva modalidad,<sup>8</sup> nuestra experiencia y el concepto que definía la conclusión de la tesis. Decía “La Medicina Familiar es aquella que estudia al individuo y el grupo familiar y comunitario como un *ENTE FUNCIONAL* capaz de generar indistintamente estados de salud o de enfermedad en todos y cada uno de sus componentes”<sup>9</sup>

Es hora ya de que pasemos, sin prisas y concienzudamente, al conocimiento de la impresionante y laboriosa tarea de quien confío podemos decir al unísono: ¡Nuestros Maestros; J. Rof Carballo y A. Fernández -Cruz!

El Autor

---

<sup>8</sup> Desgraciadamente no se tuvo en cuenta este concepto

<sup>9</sup> Página 39, de nuestra obra, *Manual para el Médico de Familia* Ed. Index 1981 Autores: I. Alonso Hinojal, V. Ferrer Delso, J. Madrid Arráu, F. Martínez López, A. Riba Soto

## Agradecimientos

---

A todos los doctores que constituían la Cátedra de Patología General del profesor A. Fernández-Cruz, sin cuya colaboración y apoyo entusiasta no habría sido posible la realización de una praxis psicósomática de más de mil casos, así como la serie de cursos “Teórico-Prácticos” que se impartieron a lo largo de catorce años.

Particularmente, a los doctores A. Fernández-Cruz (J.) J. Cabeza-Cerrato, J. Miguel, y jefes y colaboradores, J. García Cabezas, J. Madrid, A. Charro, P. Marañés, Sánchez-Harguindez, Justo F., F. Pérez-Casar, L. Jiménez de Diego, Martínez Verano, J. Vigaray, J. de la Morena, etc.

Más allá de la Cátedra, los profesores H. Durán, J. Botella-Llusián, G. Orcoyen, V. Gilsanz, J.M Segovia Arana, Díaz Rubio, Espinós, J. Cortés, A. Portera, Servicio de Rehabilitación, y los Doctorandos A. Sánchez-Barba y P. Herrera Andújar.

Igualmente, a mis colaboradores, doctora A. Riba Soto, J.L. Rodríguez, Amadeo Enríquez, Mario Flores, V. López Baños, M. Pérez López, R. Vázquez, López-Vijande, J.L.B. de Quirós, E. Torres (Costa Rica) y los psicólogos, Ventura Ferrer Delso, Águeda Martínez Velasco, L. Pérez Carro, María Pozuelo y Ana María Rodríguez, Eva Colón, María Blanco Sánchez-Cabezudo y Beatriz Rey E. Y al siempre entusiasta doctor Adolfo Mayo.

Y todo ello, gracias a quien felizmente me introdujo en este camino:

Reverendo P. Antonio Garrigós Meseguer.

Si bien la gestación de la siguiente y fundamental obra de Rof fue larga, es evidente que no escatimó fuente de enriquecimiento alguna. Mi contribución sería un grano de arena entre un aluvión de citas, tan heterogéneas como integrables. Una mirada a su libro no sólo sorprende por la variedad y multiplicidad de sus referencias, sino, sobre todo, por la extraordinaria capacidad de síntesis y de coherencia. Intentemos verlo.

Arranca Rof del concepto sesgado que, en la praxis, nos ofrece, tanto en la enseñanza como, después, en la práctica diaria el hacer médico formado conforme a los principios con los que se rige la medicina científico-natural. «*Se ignora, dice, que el enfermo tiene una vida personal, es decir, reduciéndolo a un caso. El enfermo no es para esta medicina, una biografía, un proyecto vital, sino sólo una pulmonía, una tifoidea, una úlcera, una hipertensión*».

Frente a ello, una vez más, propugna la versión personal, integradora, constitutiva de una “historicidad”. Aboga pues, por la “medicina antropológica”, tal y como la concibe el internista V. Von Weizsäcker. Para un mejor entendimiento de esta concepción global y biográfica, recoge la definición de Brugsh, de su trabajo publicado en el año 1928, sobre “Patología de la Persona”: «*Persona es lo que existe en tal forma que, pese a la multiplicidad de las partes, constituye una unidad real, peculiarísima y de valor propio y que, como tal, a pesar de la multiplicidad de funciones parciales, realiza una actividad unitaria y dirigida a un fin*».

Nos coloca frente a dos hechos fundamentales. De un lado, apoyado en la afirmación que Laín, en su *Introducción Histórica al Estudio de la Patología Psicosomática* (pretendía, en un principio, ser la Introducción para la primera publicación de Rof, mas por su extensión, ambos acordaron se hiciese en forma de publicación aparte), dice: «*La medicina ha sido y ha tenido que ser siempre, de un modo u otro, psicosomática; la Patología, no siempre*».

En su discurso para la “recepción pública como Académico” de la Real Academia Nacional de Medicina, sobre “Hacia una nueva Endocrinología”, Rof aporta una cita, altamente significativa, de su antecesor, el profesor D. Salvador Albasanz y Echevarría, excelente clínico, quien en su discurso de ingreso —1954-1955— vino a decir: «*Hay que reconocer que la Medicina psicosomática ha representado un avance notable en la interpretación fisiológica de los fenómenos vitales y en el conocimiento de la patogenia de muchas enfermedades, al demostrar la influencia y correlación recíproca existente entre lo orgánico y lo psíquico, lo mismo en el estado de salud que en el de enfermedad*».

De otro, anticipando lo que de forma fehaciente tratará de demostrar a través de la obra que nos ocupa. Cual es, el hecho de que, «el hombre es un ser que se hace, que se constituye como tal existencia en los primeros meses de su vida». Da entrada, pues, al “otro” como elemento biológico sustancial. Lo que le permite afirmar —y posteriormente, demostrar— «*que el hombre es constituido, en su más profunda esencia, no por sí mismo, sino por el prójimo*». El tú, pues, adquiere un carácter trascendente

para la existencia humana. *Para Heidegger, «Existir es, esencialmente, ser-con». Para Christian, «las realidades fundamentales de la persona sólo tienen contenido concreto en forma de relación con otro [...]».* Jaspers, proclama, *«Yo soy sólo en cuanto que estoy en comunicación con otros hombres».* Victor Von Weizsäcker, sentencia, *«no es el yo el absoluto metafísico, sino el nosotros».* Y Rodolfo Siebeck, entiende que, *«no podemos comprender al hombre como ser aislado; el hombre está tejido con su mundo circundante, con la comunidad de los demás hombres».*

Tras este “rosario” de afirmaciones notoriamente categóricas, el médico práctico, de acción cotidiana, podrá pensar fácilmente que “eso” está muy bien, pero que es “pura” filosofía y que, a efectos prácticos, de poco o nada le sirve para su quehacer, que no es otro que el de “curar” al enfermo. En lo rutinario de cada día —amigdalitis, faringitis, catarros, gripe, diarreas por trastorno alimenticio, incluso pulmonías, etc.— quizá tenga razón. Mas, sin duda, no así en todo enfermo abigarrado, persistente, “funcional”, ulceroso, hipertenso, multioperado, politraumatizado, y un largo etcétera, donde sólo mediante una acción biográfica, no meramente histórica, sino con *presencia* viva en el presente del sujeto, conseguirá esclarecer el proceso en su sentido más hondamente etiopatogénico. Por consiguiente, ese “rosario” de asertos, un tanto contundentes, no es en absoluto, filosofía, sino auténtica biología. Tal y como tratará Rof de demostrar a través de su obra.

## Herencia. Instinto. Urdimbre primaria

Rof dirige su “punto de mira” sobre la encrucijada originaria del ser humano, es decir, allá donde convergen los tres elementos básicos que han de contribuir a la constitución de su *ser*. Tales son: “Herencia”, “Instinto” y “Urdimbre Primaria”. De la conjunción de estos tres pilares se desprende la base constitutiva del ser humano.

Vuelve, pues, Rof sobre el “soma” y el “germa” (plasma germinal) que quedó enunciado en su obra *Cerebro Interno y Mundo Emocional*. Mas ahora, diez años más tarde, estas bases pasarán a ser el centro o “neuro-eje” de su nuevo trabajo.

Del “primer substrato, la *base física de la herencia*, los genes”, entiende que, *«constituyen como un diminuto código secreto* (cada vez menos “secreto”, diríamos ahora, tras el desciframiento que viene haciéndose del “Genoma”) *que dirige y administra los procesos que dan lugar a la formación del ser vivo y a sus características individuales».*

Resalta, dentro de este código de los genes, de doble espiral, una parte o “porción perecedera” —soma— y otra, “casi inmortal” —germa—. Mas, para que la “esquina secreta, misteriosa”, no muera, se requiere que “el ser que de ella nace” esté dotado de una estructura de “reproducción”, en virtud de la cual, *«los gametos, cuidadosamente protegidos dentro de los órganos germinales —señala Rof—, un día llegarán a fundirse con otros gametos y dar lugar a un nuevo ser».* En este sentido, parece dispuesto todo *«para que esta doble espiral del gen, pase, inalterable, a través de los milenios, sin morir jamás».*

Sin embargo, el gen, si se requiere que su función reproductora se transmita con eficiencia, precisa acompañarse de dos funciones tan necesarias como la señalada. Rof las conceptualiza como «dos fuerzas *de singular intensidad*: una, la del impulso sexual; otra, la del cuidado de la prole».

Queda así establecido, el trípode básico en el que se asentará el proceso constitutivo del ser vivo. En otras palabras, la matriz primigenia del hombre. Y también, su procedencia originaria, del gen.

Aborda, entonces, el “impulso sexual”. De ello nos interesa dejar constancia de la importancia que, para Rof, significa el carácter bisexual del embrión, lo que determina, de forma recesiva —lo más frecuente— latente, la presencia de la versión opuesta al sexo dominante.

¿Por qué la Naturaleza [...] ha recurrido como fórmula óptima, en la mayoría de las especies, a la bisexualidad?, se pregunta.

«Por dos razones», según Roberto Platt, profesor de Medicina en Manchester, «de una parte, por las leyes de la herencia, al fundirse dos gametos hay no una mezcla de caracteres, sino una mezcla de unidades genéticas, unas dominantes, otras recesivas [...]». Lo que le permite afirmar, que, «la reproducción de tipo sexual viene a garantizar una gran gama de variabilidad». Por otra parte, «gracias a los procesos de división longitudinal del cromosoma, su fusión en la meiosis, el crossing-over, etc., es posible la aparición de ciertas mutaciones que aumentan aún más la variabilidad y van a ser una importante clave en la evolución de las especies biológicas».

Este aspecto, entre otros que se reseñarán más tarde, nos lleva de la mano a la conexión del código genético con el *medio ambiente* y el poder de influencia de éste sobre aquél. Para Rof «las influencias ambientales se extienden hasta el mismo arcano de la herencia cromosómica». En capítulos posteriores se desarrollará más detalladamente este aspecto, sin duda, fundamental.

Pasemos pues, del “gen” al instinto. Rof, de entrada, prefiere acudir a la Etología. A ver qué nos dice acerca del Instinto. Para Tinbergen, el instinto sería, «conducta innata» o sea, conducta con la que *se nace*. La discrepancia acerca de este concepto no se deja esperar, mas no vamos a entrar ahora en una polémica que no nos aclararía gran cosa y, más bien, nos dejaría un tanto confusos. Quedémonos, por su fácil entendimiento, con la versión que, al respecto, nos da Freud. Dice, «debe entenderse provisionalmente por instinto la representación psíquica de una fuente de estímulos endosomáticos, fluyendo continuamente, en contraposición con un “estímulo”, el cual está promovido por una única excitación procedente del exterior».

Sentada la definición, el problema que a continuación se le plantea al Etólogo será «la existencia de una jerarquía entre los instintos». Negada por Lorenz. Bien estudiada por Kortlandt. Admitida por Tinbergen.

Desde una perspectiva ontogénica, para Freud, según Carlota Bühler, «*los impulsos instintivos no tienen objetivo determinado ni se dirigen a una finalidad concreta [...] Más adelante estos instintos subordinados, parciales, quedan condicionados de manera más o menos irreversible a un objeto, habitualmente la madre o la nodriza*». Subraya Carlota, a continuación, la importancia de lo que se llamará, en lo sucesivo, la “*relación de objeto*” (el término “objeto”, perteneciente a la jerga psicoanalítica, puede prestarse a equívoco. En realidad se refiere a la persona, aunque también a “cosa”, en tanto tiene un *significado* para el sujeto).

Los instintos parciales, con el desarrollo del individuo, «*maduran poco a poco, quedando condicionados a un objeto, pero funcionan con mayor o menor independencia unos de otros durante algún tiempo, hasta que posteriormente son integrados en unidades más amplias [...]*».

Importa resaltar el sentido de la “fuerza instintiva” —pulsión para el psicoanalista—, esos estímulos endosomáticos (Freud), tendentes a la “búsqueda” y enlace con el “objeto”. Naturalmente, “objeto” que está investido de un significado singular o plural para esa fuerza instintiva. Veremos, entonces, el papel que, en este sentido, ha de desempeñar la “figura materna”.

La dinámica de esta “fuerza pulsional” en su relación con el objeto presenta unas connotaciones peculiares para Rof. Partiendo del concepto de Kortlandt, coincidente con una importante característica biológica, cual es: «*la persistencia de tejidos con carácter embrionario pluripotente, es decir, con capacidad regenerativa en diversos órganos del animal adulto*», dedica un apartado, tan sugerente como ilustrativo, a los conceptos de “Progresión y regresión. Reprogresión”. Conceptos que, para Kortlandt, tienen carácter evolutivo y regenerativo gracias a «*la existencia de una estructura jerárquica de los instintos*».

Establecida la conexión del sujeto mediante la “fuerza instintiva” con el “objeto”, obviamente, se pretende una relación tan necesaria como primordial. En suma, una relación con caracteres presumiblemente biológicos.

Esto nos lleva al carácter de *imprinting* o *Prägung* de este entronque “individuo-objeto”. A su vez, lo que conllevará, en virtud de su posible continuidad o diacronía, de *aprendizaje*. Aprendizaje que, en ocasiones, tendrá un carácter “relámpago”. Son numerosos los estudios realizados acerca del carácter de este vínculo. Naturalmente sobresalen los ya archiconocidos de K. Lorenz. De él es este concepto de *Prägung*, que Rof traduce por “acuñamiento o troquelado”.

Se define, como «*una forma extremadamente rápida de aprendizaje que tiene lugar durante un periodo sumamente breve de la vida de algunos organismos* (Scott)».

Curiosamente, constatado este hecho de *imprinting*, se observa que la “praxis” de esta función tiene lugar en lo que se llamarán “períodos críticos”. Es decir, en determinados momentos secuenciales en los que se dan unas condiciones idóneas para la consecución

de los fines del “troquelado o acuñamiento”. Tendríamos que preguntarnos, no sin cierta perplejidad, qué peculiaridades han de darse en ambas partes —el troquelador, de un lado, y, el troquelado, de otra— para que “por adivinación” —condición biológica— se ejercite esta función relámpago. Que, por otra parte, ha de tener un carácter trascendente y perdurable, sin límite en el tiempo del ciclo vital del sujeto “troquelado”.

*«Observemos, señala Rof, que en un momento determinado de la evolución de los instintos —y, por tanto, del sistema nervioso—, los mecanismos innatos se vuelven extraordinariamente susceptibles a influencias externas que actúan ahora modelando de manera persistente la organización ulterior de la conducta. Es decir —añade— actúan como organizadores de la función».*

A continuación, ciñéndose al “acuñamiento” en el ser humano, puntualizará con respecto a las formas de troquelado. Considera que, *«deben distinguirse dos tipos de influencias “conformadoras” o troquelantes de las pulsiones instintivas; unas que actúan de manera explosiva, en tiempo muy breve, en los periodos críticos, y otra, que va actuando de manera lenta, inaparente, por una interrelación transaccional, representada por una compenetración tácita, merced a gestos, actitudes, signos, etc. con el mundo entorno».*

Acontece, pues, que el entronque entre sujeto y “objeto” adquiere un carácter profunda y rigurosamente constituyente. En él se anudan en estrecho y prolífico abrazo genes, instinto y prójimo.

*«El “troquelado”, o acuñamiento, y el aprendizaje fulminante nos enseñan —puntualiza Rof—, en primer término que, muchas de las actividades del ser recién nacido que, por la rapidez con que se instauran, parecen innatos, no lo son más que en parte, pues obedecen a un aprendizaje, tan subitáneo y fugaz, que puede pasar inadvertido al observador. En segundo lugar, en sustitución del cómodo esquema; por un lado, conducta innata o instintos, y por el otro, aprendizaje, separados ambos por una barrera infranqueable, vemos que aparece otra cosa mucho más compleja: para lo que sirve la conducta innata o instintiva, aparte la ejecución ciega de actos útiles para conservar la vida individual y de la especie, es para permitir que se establezca e inicie la conducta por aprendizaje».*

Aspecto que se da la mano con *«la orientación seguida por la moderna genética en cuanto a la estrecha interacción durante el desarrollo del individuo de los factores estrictamente hereditarios o genotípicos y las influencias ambientales».*

Esto permite a Rof, apoyado en David y Snyder, afirmar<sup>65</sup> que, *«el carácter hereditario de tal o cual propiedad del ser vivo es, por tanto, un problema de probabilidad mayor o menor, pocas veces de certidumbre absoluta».*

<sup>65</sup> Paul R. David y L. N. Zinder, Principles of Human Genetics, en Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns, Res. Publ. Ass. her ment. Dis 32,3, 1954. Williams & Wilkins, Baltimore.

E insiste, en un intento de reforzar el concepto y persuadir al incrédulo. Dice, «*Todavía muchos piensan que en la herencia ha de haber una correspondencia exacta, uno a uno, entre un carácter génico, hereditario y su manifestación externa en lo que se llama "genotipo". Esto solo ocurre en casos muy simples y excepcionales [...]*». Añade, «*Junto a este prototipo simple hay infinidad de casos en que el resultado de la acción del gen o factor hereditario se modifica: a) por la intervención de otros genes o modificadores, b) por interacción entre los genes y el medio circundante*».

Aspecto éste, trascendente, y que nos coloca ante el substrato básico determinante de una posible patología psicosomática, constituyendo este entramado primigenio la posible base originaria de la etiopatogenia en su acepción más profunda y primaria.

Rof nos lo enriquece con una bella metáfora. «*La Naturaleza, dice, parece haber dejado la más admirable de sus creaciones, la conducta instintiva, muy bien preparada y dispuesta, pero sin acabar, como un escultor que hubiese creado una estatua admirable, pero que hubiera dejado para otro, más experto, darle los últimos toques*».

Procede, pues, preguntarnos ahora acerca de quién es ese "otro" que dará los últimos toques —troquelado— y cuál será el procedimiento y "material" para el acabado.

Con ello entramos en el concepto básico que justifica el título de la obra que vengo compendiando: la urdimbre.

Volvamos sobre la "relación de objeto". Es decir, el "otro", como parte del vínculo que estudiamos. De entrada, para Rof, «"troquelado" y "relación de objeto" son el mismo fenómeno visto desde dos campos diferentes, es decir, con una visión polarizada y unidireccional [...]». Será la unidad madre-niño quien configura la base de esta relación. Relación que, «*si vamos de uno a otro de los dos elementos de la unidad, nos damos cuenta de su realidad transaccional*». Y aclara, «*transacción, en la cual las modificaciones de un sistema no pueden comprenderse sino en función del otro sobre el cual, a su vez, revierten constantemente, modificándolo también*».

Al introducir el término "transacción" para ir esclareciendo la naturaleza de la relación madre-niño, Rof da un paso sustantivo para diferenciarlo de los términos "simbiosis", o "díada", o "relación de objeto". Prefiere, pues, llamar a esa unidad madre-niño, transaccional, "urdimbre primaria".

Se conjugan dos elementos básicos y determinantes. De un lado, «*la prematuridad con que el hombre nace*». Prematuridad que, «*determina un tiempo mayor de modelado sobre un sistema nervioso que, en el momento de nacer, es mucho más inmaduro que en el animal y que tiene posibilidades de "formalización"*». De otro «*la necesidad de amparo, sin la cual el ser vivo no terminaría de constituirse*». Y añade, «*no es sólo necesidad del ser inerte, recién nacido, de ser amparado, sino también del ser adulto, en la culminación de su vida, de amparar, de transmitir, no sólo sus genes, sino sus pautas de vida*». Por tanto, «*no sólo existe simbiosis madre-niño, que el mundo percibido por el niño, su mundo —es decir, aquél que forma con él también una unidad transaccional— está de-*

*terminado [...], por las pautas que la madre transmite o transfiere». Por tanto, «todavía es pobre la expresión Díada o unidad madre-niño para expresar esta circunstancia de que el ser vivo [...] adquiere su mundo por un intercambio sutilísimo de influencias transaccionales sin las cuales no podría existir ni desarrollarse». Más aún, el conjunto de influencias que se transfieren no constituyen únicamente las pautas de cuidado sobre las necesidades perentorias del niño, sino que, a su vez, por un cauce más bien subliminal, la madre, a su través, transmite, «en primer término» pautas provenientes de la sociedad, «y, además, de una cadena de generaciones».*

Queda así enunciado, el conjunto de elementos básicos que constituirán lo que posteriormente Rof desarrollará y lo ensamblará bajo el título de “urdimbre constitutiva”: Un código genético influenciado y modificable por el mundo circundante. Un sujeto, el niño, troquelable en virtud de su prematuridad psicobiológica y, por tanto, vitalmente necesitado de ese “alimento”: el cuidado o amparo. Cuidado que desempeña una función de troquelado. Finalmente, una madre (o figura materna) predispuesta genéticamente para ejercer la función de cuidado o amparo y, con ello, contribuir al desarrollo y acabado del niño.

Natura y nurtura, serán, pues, los conceptos básicos que van a constituir la urdimbre primaria de Rof. Por consiguiente, le importa esclarecer el concepto de “constitución”. Término que con frecuencia, *«se ha empleado, una vez, como equivalente exterior del genotipo, esto es, del conjunto de caracteres encerrados en los genes; otras, como la forma potencial de reaccionar a diversos estímulos (físicos, químicos, biológicos y psíquicos). Si esta forma potencial de reaccionar difiere de la considerada como “normal”, recibe el nombre de diátesis. Son, pues, evidentes, manifiesta Rof, las relaciones entre el clásico concepto de “constitución” y el de “disposición o terreno”».*

No obstante, de manera casi universal, *«constitución se consideró como estructura irreversible determinada por fuerzas allende nuestro dominio, por factores estrictamente genéticos».* Sin embargo, añade Rof, *«hoy empieza a ponerse en duda hasta que los factores rigurosamente genéticos no puedan ser modificados por nuestra intervención».*

Así pues, *«en medio de la eterna disputa entre influencias genéticas y ambientales, entre Nurtura y Natura (Fuller), se ha ido abriendo en la Biología actual un importantísimo capítulo que va desde el estudio de las interacciones que acontecen dentro del plasma germinal entre los propios genes, y, sobre todo, de las interacciones entre el acervo génico y el mundo circundante, hasta las modificaciones que en una estructura viva recién nacida, de insospechada maleabilidad, infunden las primeras relaciones transaccionales con el mundo entorno, las cuales están “seleccionadas” y, por decirlo así, “buscadas” por las mismas condiciones especiales de esta estructura viva y, [...], también por el troquelado o impronta que se transmite desde la generación “cuidadora”. Natura y Nurtura son, pues, dos covariantes que se modifican mutuamente [...].»*

Serán los propios genetistas quienes incidan y confirmen el carácter y trascendencia de esta interrelación. Cita Rof, *«para los genetistas clásicos —Hage Kemp, en este*

caso— *la interacción de los factores hereditarios y de los ambientales es difícil y con frecuencia imposible de esclarecer*».<sup>66</sup>

Porque, continúa Rof, *«el ser vivo no sólo tiene una constitución dada por los genes, sino que se constituye bajo un complejo conjunto de influencias, muchas de las cuales se transmiten de manera impalpable, poco aparente, pero poderosa e inexorable, de generación en generación»*.

Se establece así un verdadero entrelazamiento, que legítimamente podemos llamar “biológico”, entre el código genético del recién nacido y el medio. Medio en el que, sin duda, desempeñará un papel determinante la madre o figura materna. *«En este constituirse, dirá Rof, que se va articulando en la sucesión de generaciones, bajo un “cuidado” o amparo, intervienen tanto los potenciales genéticos que a ello tienden siempre, a ser terminados o concluidos, como aquellas otras influencias que los terminan y concluyen por incorporación del mundo externo. Esto es, tanto la Natura como la Nurtura, la influencia ambiental»*.

La interrelación, con carácter constituyente, entre Natura y Nurtura se lleva a cabo *vía afecto*. Recurre Rof, para fundamentar este aspecto básico, al concepto psicoanalítico, freudiano, de la “transferencia afectiva”. Concepto —central para el psicoanálisis— que, sin duda, se constituye sobre la base de “raíces biológicas”. Puede definirse, como *«el conjunto de elementos irracionales, cargados de poderoso afecto, que se ponen de manifiesto o se “movilizan” en la relación del enfermo con su analista y que, en el fondo, obedecen a la reactivación y reviviscencia de situaciones infantiles primarias»*. Y, de acuerdo con las tesis mantenidas por Phylis Greenacre, Ida Mc Calpine y R. A. Spitz, *«el núcleo fundamental de la transferencia afectiva está constituido por la unidad madre-niño, establecida en los primeros meses de la existencia humana»* (Spitz, 1956).

Consecuente, pues, con los descubrimientos de distintos sectores de las ciencias biológicas, se puede enunciar una ley general. Según Rof, *«podría formularse así: Todo ser vivo nace con sus estructuras de adaptación incompletas; para que éstas desplieguen toda su eficacia y el organismo “concluya” su desarrollo, deben ser “terminadas” por incorporación a los mecanismos congénitos de influencias modales procedentes del mundo exterior circundante»*.

Así pues, tal y como afirma Portmann, en 1944, *«el troquelado de las estructuras de adaptación alcanza en el ser humano su significación máxima»*. Y ello, porque se actúa sobre estructuras inacabadas, inmaduras, en virtud de la prematuridad del nacimiento, lo que permite y posibilita un proceso de maduración lento. Según Rof, *«los recientes estudios de bioquímica del desarrollo del sistema nervioso han puesto de relieve que la formación de lipoproteínas, de cerebrósidos y fosfolípidos fundamentales, de estrandión, etc, así como el de los fermentos específicos (colinestenasas, etc.) se realiza [...] todavía mucho tiempo después del parto [...]»*.

<sup>66</sup> Hage Kemp. *Genetics and Disease*. Munksguard, 1951, Copenhagen.

Pese a la confluencia de las múltiples ciencias recurridas, tales como, etología, genética, microbiología, psicopatología, zootécnica, zoología, etc. Estima Rof que aún hay que mantenerse en “hipótesis de trabajo” y que, *«es necesaria todavía una sólida labor crítica, confirmatoria de las tesis apuntadas»*. Mas, hechas las salvedades pertinentes, añade que considera *«útil [...] hacer la afirmación siguiente»*:

*«La adaptación al medio circundante que permite que la vida se lleve a cabo en condiciones óptimas, se hace gracias a la transmisión o transferencia o incorporación de algo exterior, por intermedio de las generaciones precedentes, y sólo gracias a esta transferencia o influencia del medio exterior, transmitida de generación en generación, y que alcanza profundamente a las raíces biológicas de todo ser vivo, queda éste completo y dispuesto a realizar su existencia».*

Es el *«instinto sexual»*, pues el que, *«con su tremenda energía y su asombrosa prodigalidad»*, mediante su función de *«cuidado de la prole»* ejerce una actividad *«diatrófica»*. *«Un importante sector de las hormonas hipofisarias y gonadales no tiene otra misión, durante toda la existencia, que servir a este “cuidado” o “procura”».*

Sentado, pues, este principio básico, biológico, al que se llamará “urdimbre primaria o constitutiva”, se pregunta Rof qué acontecerá, entonces, en aquellos casos en los que esta “urdimbre” sea defectuosa, ya por carencia total —ausencia de madre y de figura sustitutiva— o por trato irregular, patológico, o “discordante”. Acude, pues, a los trabajos de Bowlby, de Silvia Brody —“Patterns of Mothering”—, de R. A. Spitz (ya citado), e, incluso, anhelante por experimentarlo directamente, no sólo adoptará una niña “sietemesina”, sino que, tal y como he señalado con anterioridad, me envía personalmente para que en el centro de Puericultura —Hospicio— de Madrid, proceda a un estudio cuyo referente será el trabajo de Spitz en los niños durante su primer año de vida. Trabajo que, como indiqué, constituye la segunda parte de mi libro sobre *Anorexia Nerviosa*. Cuantas investigaciones se han llevado a cabo por esta vía —carencia primaria de afecto— coincidirán en el carácter biológico de éste, carácter esencial, para el desarrollo normal del niño. Y ello, en su proceso de constitución, o lo que es igual, en el acabado de sus bases estructurales. Se hablará y escribirá, entonces, de las “Enfermedades de la primera infancia por carencia afectiva”. Spitz titulará su libro, *The Psychogenic, Diseases in Infancy The Psychoanalytic Study of the child* (Imago, Londres, 1951).

El devenir del individuo, su crecimiento, su desarrollo ontogenético, tendrá, a lo largo de toda su vida, esta base primigenia como elemento referencial, no como mero recuerdo o evento, aunque importante, de su pasado, sino como estructura operativa y determinante. A su vez, sabe Rof que también la figura del padre ha de desempeñar un papel altamente significativo en el proceso de identificación del individuo o, lo que es igual, en la configuración de su “mismidad” (*self*). Puesto que, *«en el proceso del desarrollo del “sí mismo” del hombre, es decir, de la constitución de aquello que en todo individuo corre, desde su nacimiento hasta su tumba, como médula que le hace, a la vez, ser siempre la misma persona y algo distinta de todos los demás, observamos una serie de etapas o cristalizaciones*

que, poco tiempo después, se deshacen en parte, para dar lugar a una nueva construcción, ésta también de estabilidad transitoria, que a su turno es substituida por otra nueva».

Y es que, «la relación transaccional se complica así extraordinariamente por las circunstancias de realizarse entre un ser vivo en crecimiento y una estructura relativamente estable y poco variable como es el medio familiar en que este ser vivo se desarrolla».

Por tanto, considera Rof que, «es preciso [...] considerar no por separado, sino de manera indisolublemente conexa estos tres procesos: el mundo circundante constituido por la familia, el proceso del desarrollo y constitución del sí mismo y la interrelación comunicativa, esto es la comunicación que enlaza ambos: familia y mismidad».

Pese a este planteamiento diacrónico que, sin duda, constituirá la base de la concepción de la patología psicosomática en su acepción etiopatogénica más primigenia, no impedirá a Rof recoger la expresión de Freud que, tras el acúmulo de su larga experiencia acabaría exclamando “¡todo es constitución!”. Ante cuya expresión, Rof, estimará pertinente puntualizar:

«Muchos psicoanalistas recurren también, como otros médicos, a esta enigmática “constitución” cuando no se explican algo, suponiendo tras ella un factor génico. También, dice, yo creo que, si no todo, gran parte de la patología humana es “constitución” pero diferenciando en ello la transmisión génica por el plasma germinal, de la transmisión por urdimbre afectiva, en la cual el hombre *acaba de constituirse* como ser vivo autónomo en interrelación con los factores ambientales. Ambas “constituciones” son importantes; ninguna puede ser menospreciada». Y añade, «no puede decirse que este *acabar de constituirse* termine a los tres, o a los seis, o a los nueve meses (al acabar la *mielinización del cerebro*) sino que estamos autorizados a pensar que tal acción constitutiva va apagando sus últimos ecos a lo largo de los años de la infancia y aún de la adolescencia y, en último término, durante toda la vida del hombre».

Con fecha 18 de diciembre del 2006,<sup>67</sup> es decir, 45 años después del aporte del profesor Rof Carballo, los doctores Manel Esteller, de CNIO, y José Baselga, del Hospital del Valle de Hebrón (Barcelona), abordan el papel de los fenómenos *epigenéticos* en el desarrollo del cáncer. En este caso, más concretamente el cáncer de mama. Entienden que, «más allá de las mutaciones genéticas que implican cambios en la secuencia de ADN, nuestros genes sufren otro tipo de alteraciones que también intervienen en el desencadenamiento del cáncer. *Estas modificaciones en los genes*, más sutiles y reversibles, *las provoca el entorno y se denominan cambios epigenéticos*».

«Los cambios epigenéticos pueden ser consecuencia de malos hábitos alimenticios, al tabaquismo, *las oscilaciones bruscas de las hormonas en respuesta al estrés*, una infección vírica, el abuso de alcohol o la exposición a tóxicos medioambientales».

<sup>67</sup> Diario Médico (18 diciembre 2006).

Según dichos autores, «la epigenética está abriendo una *nueva vía (?) en la visión y abordaje del cáncer*». Para ambos expertos, *el componente epigenético, como el genético, está presente en todo tipo de tumores*». <sup>68</sup>

Jueves, 29 de marzo de 2007

MEDICINA

INVESTIGACIÓN YA ESTÁN APARECIENDO LOS PRIMEROS FÁRMACOS BASADOS EN ELLA

## La relación cáncer-epigenética es cada vez más evidente

→ La ligazón entre los cambios epigenéticos y el desarrollo de cáncer es tan clara que ya existen varios ejemplos de fármacos en el mercado para tratar enfermedades oncológicas de base epigenética. Este campo experimentará un notable impulso en los próximos años.

Diariomedico.com

### La epigenética, nueva vía para controlar el cáncer de mama

Los cambios que se producen en la función de los genes pueden estar implicados en el desarrollo del cáncer, según ha explicado Manel Esteller, del CNIO, en la conferencia inaugural de la XXIX Reunión de Cáncer de Mama, celebrada en San Antonio (Texas).

María Poveda. San Antonio 18/12/2006. Más allá de las mutaciones genéticas, que implican cambios en la secuencia de ADN, nuestros genes sufren otro tipo de alteraciones que también intervienen en el desencadenamiento del cáncer. Estas modificaciones en los genes, más sutiles y reversibles, las provoca el entorno y se denominan cambios epigenéticos. Pero, ¿qué son realmente? y ¿cómo influyen en el desarrollo del tumor?

Los cambios epigenéticos pueden ser consecuencia de los malos hábitos alimentarios, el tabaquismo, las oscilaciones bruscas de las hormonas en respuesta al estrés, una infección vírica, el abuso del alcohol o la exposición a tóxicos medioambientales.

«Si una mutación genética implica un cambio en las letras del ADN, una alteración epigenética modifica tan sólo los acentos de esas letras. Lo interesante es que estos cambios producidos por el entorno —que provocan que los genes modifiquen su función, sin necesidad de que su secuencia de ADN varíe— están tanto o más implicados que las mutaciones en el proceso que conduce al cáncer», ha señalado Manel Esteller, investigador del CNIO, elegido para dar la conferencia inaugural del XXIX Simposio de Cáncer de Mama que se celebra en San Antonio (Texas).

Esteller ha centrado su discurso en el mapa epigenético del cáncer de mama. Desde ahora, el perfil genético del enfermo «no mirará sólo si un gen está mutado o no, sino si los genes están expresados o silenciados, una condición influida por el entorno y, como estamos viendo en nuestros estudios, potencialmente reversible».

<sup>68</sup> Subrayados míos.

En definitiva, según Rof, *«lo que sí es evidente, —y hoy de nuevo olvidado por los médicos— como afirmé en mi Patología Psicosomática [...], la hipernea es uno de los más importantes mecanismos de somatización».*

*«La hiperventilación determina: A) Hormiguelo y adormecimiento de las extremidades (parestias). A veces, dice, son el único síntoma y los enfermos son radiografiados para buscar una costilla cervical.*

En nuestro tiempo se achaca todo a la famosa “artrosis cervical” (No andaba muy desencaminado Rof, puesto que en los cien casos de supuesta “artrosis cervical” que tuvimos la oportunidad de estudiar por gentileza e interés, precisamente, del Servicio de Rehabilitación, pudimos verificar que en la susodicha patología (sic) se encerraba un verdadero “cajón de sastre” (término del clínico de Berlín —Von Berg—) del que se desprendía un trasfondo patológico de lo más variado y en el que se encerraba un verdadero “beneficio secundario”, alimentado, iatrogénicamente, en su mayor parte, por la propia ignorancia del médico.

*B) Los zumbidos en la cabeza y la visión como a través de nubes, turbia, junto con embotamiento y vértigos son también síntomas que suelen en la clínica ser mal interpretados [...].*

*También vemos en la hiperventilación los distintos matices de pérdida de conciencia, desde la sensación de mareo, de vacío mental hasta el vértigo, el desvanecimiento y el síncope.*

*C) Es frecuente la combinación de la hiperventilación con el “síndrome funcional cardiovascular o neurosis cardiovascular vegetativa.»<sup>160</sup>*

*«En estos pacientes, al principio, puede haber arritmias cardíacas, sin que ello suponga que se trata de otra cosa que de un simple “síndrome de hiperventilación”. [...]. Además, la hiperventilación determina leucocitosis y diuresis, a veces cuerpos cetónicos en la orina». Y también, «recordar que el enlentecimiento del ritmo eléctrico cortical que acompaña a la hiperventilación se asocia a un descenso de la glucemia».*

En cuanto a la “distonía neurocirculatoria”, “astenia neurocirculatoria” o “síndrome cardiovascular funcional”, también señalado por su “importancia especial” en la Patología Psicosomática, se caracteriza por, *«1) Alteraciones vasomotoras en manos y pies, 2) taquicardias y palpitaciones, 3) dolor precordial, 4) astenia, 5) alteraciones emocionales».* Puntualiza acerca de la palabra “funcional”, empleada *«habitualmente como indicando que “no existe lesión”, aunque según criterio de los clínicos alemanes, no era totalmente cierto puesto que, “lo funcional podía servir de base a una lesión,<sup>161</sup> ulteriormente”».*

<sup>160</sup> Subrayado del autor.

<sup>161</sup> Subrayado del autor.

Últimamente se viene prodigando un cuadro, frecuente incluso en los juzgados de lo social, de “fibromialgias” que, a mi entender, podría considerarse como una variante de este capítulo, dada su imprecisión diagnóstica, así como sus “dolores” y “pérdida de fuerza” para el trabajo físico.

En 1961, en *Urdimbre Afectiva y Enfermedad*, Rof decía: «*sin dolor la Medicina no podría concebirse*». Es inabarcable lo que se ha escrito y escribirá sobre este signo del ser viviente. Particularmente, del hombre. Tanto a éste como a los animales, «*desde sus primeros pasos, el dolor, como un ángel tutelar les ha ido enseñando a esquivar los mil riesgos a que está expuesta su existencia*». Porque, «*además de su valor diagnóstico es grito o llamada de auxilio dirigido al semejante ante la angustia y la amenaza de una pérdida o menoscabo de su vital integridad*».

Para Rof, en conferencia en el Ateneo Médico de León —1935—, «*el dolor, como percepción, es una reacción y, al mismo tiempo, una expresión (particularmente individuada y diferente de un sujeto a otro) y una manifestación emocional que depende de lo vivido con anterioridad en la historia del sujeto. Las reacciones centrífugas que lo acompañan están consubstancialmente ligadas al dolor*».

Posteriormente, en 1961, «*esta definición, dirá, me pareció insuficiente*». «*Falta en ella —añade— lo que en los últimos tiempos hemos aprendido que es inseparable de la sensación dolorosa; su aspecto de comunicación interpersonal, lo que entonces llamé “faceta dialógica”*».

Dentro de esta línea del dolor, eminentemente física aunque expresada por vías y mecanismos psíquicos, entiende Rof que, «*el dolor es un fenómeno objetivo y objetivable, que va ligado a la existencia de un sistema complejo de células, comisionadas principalmente para percibir el dolor y que por su relación con la morfina, el principio activo del opio, se llaman endorfinas o morfina endógenas y también opioides cerebrales*».

Efectivamente, el concepto de “síndrome doloroso” (Melzack) «*ha sufrido importantes modificaciones con el descubrimiento de la trascendencia para la transmisión dolorosa de las encefalinas<sup>162</sup> y endorfinas.*»<sup>163</sup>

<sup>162</sup> En 1975 Hughes y H. Kosterlitz, en Aberden (Escocia) “ponían en evidencia las primeras morfina del cerebro, sustancias que “imitaban” los efectos de las morfina. Las bautizaron “encefalinas”. Subrayado del autor. Péptidos opioides —polipéptidos— pertenecientes al grupo de los compuestos neuropéptidos. Las encefalinas es un compuesto similar que el propio organismo produce para reducir el dolor. Tiene la capacidad de deprimir las neuronas de todo el sistema nerviosos central. Sustancia narcótica sintetizada en el encéfalo.

<sup>163</sup> En 1976, el grupo de Roger Guillemin, del Instituto de Salk (California) descubrió en la hipófisis otras sustancias, que también “imitaban” los efectos de la morfina, y las denominan “endorfinas”. Subrayado del autor. Las endorfinas —péptido hipofisario— actúan como neurotransmisores producidos por el organismo en respuesta a varias situaciones, entre las cuales se encuentra el dolor, aunque está relacionado con la génesis de otras emociones.

Si bien, en capítulo posterior desarrollará más extensamente este aspecto, deja aquí constancia del importante papel que las *beta-endorfinas* juegan en la transmisión del dolor.

Así, dice, «*si antes se hablaba de un sistema nocifensivo, esto es de un aparato en el organismo preparado para eliminar el dolor y defendernos de él, ahora lo que tenemos es un dispositivo de mayor amplitud, de funciones más complejas, un aparato que sería mejor llamar “sistema del bienestar”*».

«*En 1977, el grupo de Bloom y de Guillenim demostraba, por inmunohistoquímica, la existencia de circuitos neurónicos que contenían beta-endorfina. Esta sustancia funciona como un neurotransmisor, es decir, como un mensajero químico. Se encuentran circuitos neuronales de beta-endorfinas sobre todo en la sustancia gris del periacueducto, que interviene en el control del dolor y también en el sistema límbico, cuyo papel en la elaboración emocional de los estímulos aferentes y eferentes es bien conocido*».

Sin embargo, pese al sistema histo-químico-emocional, establecido por la propia naturaleza, tan “inteligente” como, sin duda, eficaz, no es menos cierto que, un tanto “misteriosamente”, buena parte de los eventos morbosos, algunos de ellos inexorablemente mortales, *escapan* al sistema nocifensivo. Al respecto, dice Rof: «*sobradamente sabe el médico con cuanta frecuencia este gran avisador, esta señal de alarma fracasa totalmente en esa función protectora, nocifensiva, que se le asigna. El infarto de corazón o la perforación abdominal indolora, la neoplasia que no avisa, la hemopatía que se descubre por azar, son casos entre mil en el que el “signo alarma” dolor no funciona. En cambio, multitud de enfermos aquejan dolores “imaginarios” que los hacen sufrir como si fuesen reales*».

Y es que, en verdad, pueden ser *reales*... aunque de diferente naturaleza. En realidad, con ello entramos en la amplísima y profunda gama del “dolor psíquico”. Tan importante y de agudeza más insoportable, en ocasiones, que el dolor físico. Veamos algunos de los aspectos que, condensadamente, nos ofrece Rof en esta vertiente.

Nos recuerda que, en su libro *Cerebro Interno y Mundo Emocional*, nos habla de que, «*una exposición excesivamente temprana a estímulos dolorosos es causa de tal desorganización de la conducta, que pone en peligro la existencia del organismo. El almacenamiento en la memoria de “impresiones” dolorosas es absolutamente indispensable para que el organismos se proteja de las influencias nocivas del mundo exterior*».

Quienes nos dedicamos al tratamiento de casos en los que este aspecto desempeña un papel evidente, es decir, la evitación “preventiva” de las situaciones percibidas como dolorosas, en virtud de sus experiencias tempranas, sabemos muy bien el sentido defensivo, de resistencia irracional, cuando se encuentra frente a situaciones que por su similitud evocan las pasadas. En muchas ocasiones, pese a saber o intuir que, pasada esa frontera, pueden encontrarse con gratificaciones gozosas. En otras, por inevitable

—el caso, por ej. de sucesivos fracasos en los estudios —, al que se suma un medio poco comprensivo e incluso culpógeno y punitivo, deviene el “inesperado” y sorprendente suicidio. El dolor y la desesperación eran insufribles.

Y es que, tal y como añade Rof a lo expresado en su libro *Cerebro Interno y Mundo Emocional*, «la elaboración adecuada de las influencias nocivas del mundo exterior es indispensable no ya para construir el aparato “nocifensivo”, para la percepción del dolor; sino para la construcción de la personalidad». Y añade, «como vamos a ver, es un artefacto separar al dolor del resto del organismo, de su personalidad y de su identidad.<sup>164</sup> A fin de cuentas, el dolor sirve para proteger la “identidad”, tanto de la ameba como del hombre».

Entiende, pues, Rof, la importancia y alcance que en el desarrollo de la persona ha de desempeñar la configuración de un buen sistema “nocifensivo” psicosomático. De ahí que, en su libro, le dedica un capítulo titulado: “La experiencia infantil con el dolor”. Resume,

*«Tanto en el mundo animal, por ejemplo en los cormoranes o en cualquier otro ser vivo, a la prevención del peligro inserta en el acervo genético se suma pronto el aprendizaje de lo que puede ser peligroso. El graznido avisador de la madre o el grito en la especie humana de la madre, previniendo al niño que va a quemarse si se acerca demasiado al fuego, van constituyendo el sistema nocifensivo en su componente emocional o comunicativo. A su turno, en el animal la denominada por Scott conducta epimelética, esto es el llanto o aullido lastimero, tiene su equivalencia en el ser humano en el sollozo, en el lamento o en el lloro del niño, que advierte a la madre que tiene hambre o que algo le lastima. La impronta materna sirve para ampliar y economizar todas las experiencias dolorosas que van formando, durante el desarrollo psíquico el que podíamos llamar “esquema nocifensivo”. Por consiguiente, no es el dolor algo meramente mecánico, que evita el sufrimiento o la lesión, sino la expresión de un complejo proceso en la historia del individuo, que va ligada al desarrollo de su esquema corporal y de su mismidad. El dolor va unido en el hombre, desde la infancia, a su integración afectiva con el mundo de seres protectores y a la inoculación de este mundo con principios sociales, así como también a la activación en lo más hondo del ser vivo de pautas de esquivar el sufrimiento y el peligro».*

*«En el dolor —continúa Rof— es más importante lo ocurrido en la infancia que lo que sucede cuando el sujeto experimenta el dolor. El dolor actúa, por consiguiente, vinculado a la configuración personalísima del mundo del hombre y está lleno de improntas dejadas en él por las personas tutelares. Por eso todo dolor tiene siempre carácter comunicativo. Primigeniamente, en la historia del hombre, antes de nada, el dolor fue llamada que por lo general encontraba respuesta protectora y satisfactoria.*

<sup>164</sup> Subrayados del autor.

*Puede ocurrir que este carácter de llamada que encuentra satisfactoria respuesta prive sobre el dolor y que, por este mecanismo, el dolor acabe transformándose en cosa grata. No porque el dolor sea en sí placentero sino por la idea anticipatoria de que, gracias al dolor, el individuo podrá de nuevo renovar la felicísima simbiosis primitiva con la madre.*

*En segundo lugar, por la experiencia con la madre, dolor y castigo van íntimamente unidos en su raíz. De ahí que el hombre, en ciertos casos, goce del dolor, porque le evoca la “relación de castigo” que, a falta de otra mejor, vuelve a reanudar la unidad madre-niño, de cuyas perturbaciones ahora, de adulto, está sufriendo inconscientemente. El dolor es, pues, casi una satisfacción erótica, ya que hacer retornar al hombre a un placer que discurre por el subsuelo de todo erotismo: el placer de la fusión con la fuente de la vida, el pecho materno y con los brazos protectores de la figura maternal.*

*El dolor, en inglés pain, en castellano pena, está relacionado con el duelo, esto es con el sufrimiento, por la ruptura de esa relación primera constituyente, es decir por todo proceso de “beareyemento”, de abandono afectivo.<sup>165</sup> El mayor dolor moral es el que produce la pérdida de las personas que, con su afecto, prolongan y apoyan nuestra existencia. Szasa y Engel insisten en el habitual desconocimiento por el médico de esta relación (en el momento actual —año 2.002— este problema no sólo persiste sino que se viene agudizando. Su análisis bien merecería un estudio exhaustivo. El coste que se deriva de este problema, tanto para el propio paciente, como para el médico y para las instituciones o centros hospitalarios es, sin duda, incalculable)». Según Rof, «corre peligro de reforzarse ahora, que con la sabiduría bioquímica de los opioides cerebrales hacernos creer que se trata de fantasías psicoanalíticas, cuando la clínica recuerda a todo el que sepa ver y escuchar su inmensa realidad».*

## **Del dolor a la depresión**

Pero esto nos lleva de la mano al apartado del “síndrome depresivo”. En él, manifiesta Rof que, «es natural que tras una desgracia familiar, después de una infección grave, de una pérdida económica, el hombre se sienta “desgraciado”, infeliz. Whybrow y Parlato reservan el nombre de “depresión” a la “tristeza” que puede presentarse como respuesta universal a toda frustración y a pérdidas afectivas o de otra índole. Melancolía, proceso que tiene su correlato bioquímico brinda ya las características de una enfermedad».

*«Importante distinción la que ha de hacerse entre infelicidad y anhedonia<sup>166</sup> o incapacidad para el disfrute de la vida».*

<sup>165</sup> Subrayados del autor.

<sup>166</sup> Subrayado del autor.

Sería Freud, en su trabajo sobre *Tristeza y Melancolía*, quien primeramente relaciona el cuadro depresivo con lo que llamará “pérdida de objeto”.

Desde una perspectiva patogénica se tiende a establecer una relación entre los niveles de determinadas hormonas y el cuadro depresivo, ya mono ya bipolar. Así, *«la deficiencia serotoninérgica en los centros cerebrales implica una vulnerabilidad general a los trastornos afectivos. Sobre esta deficiencia, si se añade una disminución de catecolaminas tendríamos la depresión y si en lugar de un descenso hay un aumento, se produce la hipomanía»*.

Sin embargo, le interesa a Rof, al adentrarse por estos recovecos, tan socorridos, por otro lado, para los propios psiquiatras, puntualizar. Señala, *«Son muchos los autores que piensan que estos puntos de vista responden al reduccionismo típico de la mentalidad de nuestro tiempo. Es decir, al principio que afirma “la depresión no es más que...” , un trastorno en el metabolismo de las aminas biógenas»*. Añade, *«aun a los más organicistas de los estudiosos de la melancolía y de la manía no se les escapa ese substrato reduccionista<sup>167</sup> del pensamiento estrictamente bioquímico. Lo que sucede, dice, es que por ahora, son incapaces de relacionarlo con los factores histórico-sociales dentro de los que, sin darse bien cuenta de ello, se desenvuelve el pensamiento médico contemporáneo»*. Cita Rof, entre otros, los trabajos de Mendels y Frazer, quienes *«han demostrado de manera concluyente que la depleción del cerebro en norepinefrina, en dopamina o en serotonina en ninguna forma basta para explicar el fenómeno clínico de la depresión»*.

Y añade, *«una serie de trabajos (resumidos por Akiskay y Mc Kinney y por otros autores) parecen indicar que diversas formas de estrés incluyendo en ellas el traumatismo de la separación (subraya Rof), inducen cambios en las aminas biógenas y en su metabolismo»*. Sin embargo, *«la gran objeción que hasta ahora no ha soslayado ninguno de los trabajos publicados —señala Rof— es la de si estas alteraciones en el metabolismo de las aminas biógenas son anteriores a la depresión, es decir causantes de ella o sencillamente el resultado de la apatía motora, de la inactividad psicofísica que la acompañan»*.

Partiendo del “modelo integrativo de la depresión”, por el que Akiskay y Mc Kinney, *«consideran a la depresión como la senda final<sup>168</sup> a la que accede por diferentes vías, después del fracaso de los circuitos de auto-regulación cibernética - “Sistema de refuerzo (sistema periventricular y fascículo medial prosencefálico)” ; “Sistema activador (formación reticular)” , “Sistema psicomotor (piramidal-extrapiramidal)” , “Sistema neuroendocrino del stress (Eje hipotálamohipofisario)” »*. Rof conceptualiza:

*«Si no hay vulnerabilidad genética, es decir, predisposición hereditaria, una alteración de este equilibrio lanzaría al organismo por la vía de la depresión genuina,*

<sup>167</sup> Subrayados del autor.

<sup>168</sup> Subrayados del autor.

*esto es la monopolar; si, en cambio, hay un factor genético (una vulnerabilidad genética) la descompensación se pondría de manifiesto en forma cíclica (bipolar) o de manía. Vamos a ver inmediatamente, añade, cómo este modelo integrativo deja fuera factores tan importantes de la depresión como las relaciones interpersonales; en especial las que yo denomino constituyentes y sobre todo el ámbito socio-histórico al que de una manera u otra, debemos hacer responsables del enorme aumento en nuestros días del cuadro depresivo. La consideración de estos factores, junto con el análisis de los procesos de organización jerárquica del sistema nervioso y de la personalidad en constante juego con procesos de desorganización, me va a permitir establecer una Teoría amplia de la depresión como proceso central de la patología psicosomática.»<sup>169</sup>*

Al parecer, este sentido reduccionista no para en la visión bioquímica de la depresión, ni tampoco en el “modelo integrativo”, sino que afecta, en general, a la Antropología Médica, cuyo problema será también, el de *«eludir el hecho radical de la existencia humana, la apertura del hombre al ser en la primera interrelación que le constituye.»*<sup>170</sup> De ello se salva Johanna Hertzeg-Dürck, tal y como lo expresa en su obra *Der Depressive und die Hoffnung*. Precisamente, al hacer referencia a la relación madre-niño se expresa entre biología y poesía. Cita Rof, *«Por la aniquilación del amor en el temprano mundo del niño quedan oprimidas y asfixiadas las fuerzas germinales de su productividad existencial, la esperanza y la alegría como poderes esenciales de nuestro ser... Las neurosis depresivas se originan cuando en el más temprano mundo en la vida primera, el hombre es “muerto” en el sentido de aniquilación del amor, de envenenamiento de la esperanza. De la esperanza no en el sentido de un cumplimiento de los deseos del mundo interior sino como una respuesta afirmativa a las exigencias del existir.»*

Interesa ahora, por su mayor implicación, directa o indirecta, con la patología psicosomática, dejar constancia de dos formas depresivas particularmente significativas y de difícil identificación como tales. Se trata de las llamadas *depresiones encubiertas*, enmascaradas en virtud de su “somatización”, y, de otro lado, las tan apreciadas por Rof como *depresiones premonitorias*.

Cita Rof que, allá por los primeros años de la década del 40, en un Congreso de Patología Digestiva en Sevilla el doctor Carlos Marina, digestólogo, *«afirma [...] que muchas enfermedades supuestas del hígado o del intestino no eran más que depresiones larvadas o enmascaradas»*. Rof añade, *«en mi libro —Patología Psicosomática— recuerda (el doctor C. Marina) que infinidad de depresiones navegan bajo el falso pabellón de la enfermedad orgánica»*. Será en 1973, cuando la editorial Huber publica un Simposium celebrado en St. Moritz sobre “depresiones enmascaradas”. Mi experiencia, a lo largo de los catorce años de supervivencia de nuestro Servicio de Medicina Psicosomática en la Cátedra del profesor A. Fernández-Cruz, ratifica con

<sup>169</sup> Subrayados del autor

<sup>170</sup> Subrayado del autor.

creces la versión somatizada y, por tanto, encubierta y despistante de sendos cuadros depresivos. Buena parte de ellos habían pasado una o más veces por el quirófano. El encubrimiento solía estar tan arraigado que, inicialmente, difícilmente podía ser aceptado por el paciente que su problema originario no era somático sino psíquico. Su resistencia, si no actuábamos con tacto, podía llegar a la interrupción y pérdida del paciente. Era obvio que le resultaba más llevadero el asentamiento físico de sus molestias —asentamiento obviamente nada consciente— que, por el contrario, su tolerancia psíquica. La aplicación de una batería de test —por la doctora Ventura Ferrer Delso—, nos esclarecía, incluso con sentido anticipatorio los motivos no ya de su preferencia sino de su inevitable somatización.

### **Funcionamiento psíquico del paciente psicossomático<sup>171</sup>**

#### ***La depresión inconclusa***

Partimos de la base de estudio de las enfermedades somáticas bajo el ángulo de la experiencia depresiva.

Canguilhen: la tesis se basa en que existe en todos los seres vivos una capacidad para instaurar nuevas normas en respuesta a las modificaciones del entorno. Lo que diferencia el sujeto sano del enfermo es precisamente, la pérdida de la capacidad normativa en el enfermo.

El sujeto con buena salud conserva una creatividad que se renueva de continuo frente a las fluctuaciones de la vida: el enfermo en cambio, se encuentra disminuido en el campo de sus capacidades adaptativas

Goldstein: Si el enfermo ha perdido en capacidad de adaptación, se establece sobre nuevas formas de vida. El estado de enfermedad es para él una nueva forma de vida. Hay que comprender el estado patológico como revelador de una estructura individual modificada, la transformación de la personalidad del enfermo. Esta transformación somatopsíquica es comprensible si consideramos que el enfermo esta confrontado a lo que él llama reacciones catastróficas.

Goldstein describe entonces modificaciones de la personalidad del enfermo, al estar confrontado a lo que él llama reacciones catastróficas. Dichas modificaciones suponen una retracción general de sus investiduras objetales, alguna de las cuales evocan un estado operatorio.

El punto de vista de la psiquiatría clásica interesa porque acerca ciertas formas clínicas y evolutivas de las depresiones a las manifestaciones somáticas. Las depresiones, en el seno de las cuales, las manifestaciones somáticas son prevalentes, se dividen en depresiones sintomáticas y depresiones enmascaradas.

---

<sup>171</sup> Realizado por la doctora V. Ferrer Delso.

Depresión sintomática es una depresión, que acompaña o anticipa el desarrollo de una enfermedad somática.

Depresión enmascarada supone una distimia depresiva enmascarada o recubierta por una sintomatología somática.

En estas depresiones en las que participan síntomas del cuerpo enfermo, se observan síntomas de: fatiga, enlentecimiento, ansiedad, pero aspectos específicos depresivos como: tristeza, dolor, sentimiento de incapacidad están ausentes.

Estas observaciones son semejantes a las de los psicopatólogos cuando hablan de la depresión esencial. La ausencia de afectos psíquicamente diferenciados, constituye el elemento esencial de dicha depresión así como su enigma.

Al comparar estos tres tipos de depresiones, nos lleva a preguntarnos sobre el papel y la participación del cuerpo enfermo en el desarrollo de ciertos fenómenos depresivos.

Hay que diferenciar: evolutivamente que la emoción es primero y el sentimiento, segundo. El sentimiento es un afecto psíquico surgido de un proceso de complejización evolutiva de la emoción.

Según la concepción de Damasio, la presencia de un afecto psíquico (sentimiento) contiene siempre, un fundamento corporal. A la inversa, toda manifestación corporal de una emoción no está necesariamente acompañada por un afecto psíquico.

Cuando Freud se pregunta qué es un estado afectivo dirá: un estado afectivo comprende primero ciertas inervaciones y descargas y después ciertas sensaciones. Estas son de dos órdenes: percepciones de acciones motrices realizadas y sensaciones directas de placer y de displacer.

Se vuelve a encontrar en Freud la misma distinción entre los fenómenos corporales y los fenómenos psíquicos, atribuyendo a los fenómenos corporales un valor de cantidad (descargas) y a los fenómenos psíquicos un valor de cualidad (percepciones). Al mismo tiempo, Freud establece una jerarquización entre los fenómenos corporales y los fenómenos psíquicos. "Primero inervaciones y descargas y después sensaciones". Existe, por tanto ya en la concepción freudiana, una estructura somato-psíquica del estado afectivo.

Retomando la experiencia depresiva, como fase de estudio de las enfermedades somáticas, se han de recordar los modelos que establece Freud de depresión neurasténica y depresión melancólica.

En el primer caso, la pérdida de libido de origen somático funda el fenómeno depresivo. En la depresión melancólica se da una primera pérdida de objeto y posteriormente una pérdida en el yo.

En pacientes con afecciones somáticas graves se da una nueva forma de depresión. Marty le da el nombre depresión esencial. La conciben como la depresión sin objeto. Esta-

dos caracterizados por la astenia, un sentimiento puro de depresión, angustia y crisis emotivas. Son depresiones sin objeto ni autoacusación, sin culpabilidad consciente, en las que el sentimiento de desvalorización personal y herida narcisista se orientan a la esfera somática. Tal cuadro debe de ser puesto en relación con la precariedad del trabajo mental.

Esta definición es destacable porque contiene a mí entender, un alto nivel de complejidad conceptual. Lo que se propone en ella es una estructura del fenómeno depresivo en el que están implicados tanto fenómenos psíquicos como somáticos. En el centro de esta estructura, se identifica un ataque al narcisismo, la herida narcisista. A partir de este centro se difunden dos procesos, uno de naturaleza psíquica que conduce a la precariedad del trabajo del yo y el otro de naturaleza somática que conduce al desarrollo de una somatización. A la afección del narcisismo están encadenados dos procesos: una negatividad psíquica y una positividad somática.

Marty dirá sobre la depresión esencial que su fundamento está en la caída pulsional y no en el afecto psíquico depresivo.

Por tanto, la depresión esencial es el resultado de una desorganización psíquica, al tiempo que mantiene que se dé un vínculo indisociable que liga el fenómeno depresivo esencial con la desorganización psíquica y el pensamiento operatorio (funcionamiento mental deficitario).

Green, cuando habla de la psicosis blanca ligaba a una misma estructura las perturbaciones del afecto y las del pensamiento.

Paso ahora a describir nuestra experiencia personal. Llevada cabo en el Hospital Clínico de S. Carlos a través del estudio de cien pacientes psicosomáticos con diversidad de patología funcional. (Bronquitis asmática, artritis reumatoide, alergias, hábito traumático, hipertensión, cefaleas, úlceras gástricas, impotencia, mareos, dolores difusos, vómitos, colitis ulcerosa) pacientes que oscilan en edades comprendidas entre los 10-60 años, de ambos sexos y de un nivel socioeconómico medio bajo.

Los pacientes fueron estudiados con un enfoque integral, enfoque que comprende las vertientes siguientes: clínica, psicológica-psicodinámica, social.

El estudio que presento se centra en la segunda área, a través del material recogido en: Entrevista Diagnóstica, Test Gráficos (Figura Humana de K. Machover, Test del Árbol de Koch, Test de la Familia de Korman), Test Psicosométricos (Test de Raven para medición de C.I.), Test Proyectivos (Desiderativo, Rorschach, Phillipson).

Brindándonos el conjunto de ellos, las características particulares y específicas del funcionamiento psíquico de dichos pacientes, lo que nos ha permitido arribar a una serie de resultados.

Destacamos, en primer lugar, la existencia dentro del grupo de pacientes de tres subgrupos con caracteres diferenciales.

*Un primer grupo*, de gran primitivismo, que adolece en totalidad de capacidad fantasmática y de respuesta emocional, en los que el cuerpo y las ansiedades en torno a él, ocupan por completo el espacio psíquico del paciente. Constituyen el grupo propiamente psicósomático (con variedad simultánea de patología, dolores difusos, inespecíficos y móviles).

*Un segundo grupo*, que podemos denominar intermedio, en el que la restricción simbólica, perceptiva y emotiva, funciona simultáneamente con recursos mentales de mayor amplitud y riqueza. Se trata de un funcionamiento mental irregular, que por momentos funciona bien, junto a otros momentos de vacío mental. Habitualmente coincide con pacientes que presentan una sintomatología específica y localizada (úlceras, asma, trastornos en piel, etc.) Se trata de un grupo en el que su funcionamiento mental se da en compartimentos estancos, que simultanean una capacidad de ideación sustentada por deseos y elaboración secundaria, con el funcionamiento operatorio.

*Un tercer grupo*, con caracteres de funcionamiento mental mucho más elaborado, que se traducen por contenidos internos con un valor significativo de los que es visible deducir una dinámica psíquica, así como áreas y zonas de conflicto. En este grupo se encuentran los pacientes en los que la dolencia somática o el síntoma, es un elemento emergente como reacción de causa-efecto a un determinado traumatismo o situación emocional, bien pacientes en los que la patología somática, debe su sitio a la conflictiva psíquica.

Paso ahora a referirme a los distintos estados de desorganización patológica.

- 1º) Los estados de desorganización, en los que no hay ningún mecanismo neurótico y físicamente, el sujeto es enormemente frágil. Stephanos las denomina "estados estructurales carenciales primarios".
- 2º) Las desorganizaciones progresivas.
- 3º) Las regresiones globales
- 4º) Las regresiones parciales.

La primera escala se corresponde con un estado estructural deficitario primario. Está constituido por enfermos en los que no hay mecanismos defensivos neuróticos y por consiguiente están expuestos en mayor o menor grado a los impulsos de muerte.

En el escalón superior, figuran las neurosis, en ellas el factor somático está engastado dentro de una "organización psíquica". Lo característico de cada escalón sería para Samir Stephanos, la relación entre la zona psíquica, esto es, la capacidad de fantasear y elaborar conflictos, y el pensamiento operatorio o "mecanizado".

Según ello, cada categoría de desorganización tendría unas características específicas.

1. Los enfermos con *estados primarios de carencia estructural* están siempre bajo el imperio del sector mecánico. Se esfuerzan en mantenerse en su vida operatoria inestable. Sus organizaciones homeostáticas son muy frágiles y cuando estas defensas se