

TEMAS DE ACTUALIDAD

EL PSIQUISMO DEL ENFERMO DEL APARATO CIRCULATORIO *

por el doctor

J. GIBERT-QUERALTO

Por la interrelación psico-somática de nuestra entidad personal, todos los sistemas pueden acusar los conflictos anímicos a la vez que nuestra alma puede traducir en forma de "vivencias" los desórdenes de nuestra economía. Pero dentro de la posible unidad de repercusión funcional, parece existir, en muchos casos, una querencia sistemática según el tipo de sufrimiento anímico a la vez que cabe una matización psíquica diferencial según el sistema perturbado. Así p. ej., dice Schultz-Henke¹ "el miedo se relaciona con el pulmón y el corazón, el terror con el tiroides, la tristeza con el hígado, la irritabilidad con la bilis, la cólera con las arterias cerebrales, la avaricia con el intestino, la codicia con el estómago y la libido con los genitales o el corazón". Pero mientras en el terreno de lo fisiológico sólo cabe la repercusión funcional respiratoria y circulatoria del miedo, puesto que *no tememos* al corazón y al pulmón cuando sabemos que funcionan normalmente o *desconocemos* sus curvas patológicas, cuando nuestro aparato circulatorio enferma y *lo sabemos* o cuando *creemos* que no funciona como es debido, es decir, cuando *nos hacemos enfermos cardioangiopatas* de una dolencia real o aparente, entonces la oración se vuelve por pasiva y el psico-síntoma dominante en todos es *el miedo* a que falle el motor de la economía. Toda persona tiene un miedo que podríamos llamar *normal* como sensación fundamental del ser en íntima relación con la idea de "vacío" y con la trascendencia de los problemas metafísicos. Pero a este miedo normal que puede pasar inadvertido, salvo en los momentos de meditación introspectiva, puede sumarse un *miedo patológico* susceptible de ser desencadenado por trastornos

* Seminario de la Cátedra de Patología Médica y Escuela de Cardio-Angiología de la Universidad de Barcelona (España). Director: Prof. Dr. J. Gibert-Queraltó.



cardioangiología, el cual puede hacer prever un futuro inmediato para enfrentarnos con los problemas de aquel miedo normal, y capaz de conducir a un estado de *verdadera angustia o ansiedad* que solo la fe en un más allá justo puede suavizar. Así comprenderemos a Heidegger cuando dice ² “el desencadenamiento fisiológico del miedo es solo posible porque el ser está asustado en lo profundo de su existencia”. Y vale lo mismo cuando el desencadenamiento es patológico.

Todo psiquismo patológico y, por consiguiente, el del enfermo de aparato circulatorio, viene condicionado por tres factores, a saber: A) La personalidad premorbose; B) el tipo de cardioangiopatía y C) las características del medio en donde se desenvuelve.

A) Todos reaccionamos de acuerdo con nuestra personalidad premorbose. Si con fines didácticos centramos los dos tipos fundamentales y extremos de reaccionabilidad psíquica en el esquizoide y el cicloide, nos daremos cuenta de la profunda diferencia sintomática que puede existir en una misma enfermedad según la sufra una u otra personalidad psíquica.

El esquizotímico y, todavía más, el esquizoide vive pendiente de todo aquello que pueda perturbar su equilibrio fisiológico y, por consiguiente, es la víctima propiciatoria de las cardioangiopatías aparentes o de la matización neurósica de las reales. Ubicada generalmente su alma en un cuerpo longuilíneo, se hace eco de las frecuentes distonías vegetativas que tan a menudo acusan estos enfermos siendo difícil, muchas veces, convencer al paciente de su falta de organicidad debido a la intensidad del trastorno funcional, o por matizar éste a una organopatía cardioangiológica. Siendo su alma como una placa fotográfica hipersensible que registra el más tenue destello luminoso, reacciona aceptando todo aquello que pueda delatarle la temida enfermedad la cual, será de aparato circulatorio, *si tiene el dintel de sensibilidad disminuido a nivel del mismo* por causas pretéritas o actuales, por el desgraciado diagnóstico de organicidad inexistente, por esta terrible oficiosidad de los no profesionales que les hace ver siempre enfermedades en todo el mundo como si les pesara la normalidad ajena, o por una neurosis de refugio del enfermo por considerar a las cardioangiopatías como las más propicias a despertar la conmiseración de sus semejantes. Por su introversión reactiva habitual, encierran el problema dentro de su alma y cuanto más tarda en descargar su potencialidad afectiva, tanto

más contribuye a mantener y exacerbar el trastorno funcional u orgánico preexistente.

De forma casi diametralmente opuesta reacciona el ciclotímico. Su extroversión efusiva deseosa de no perder jamás el contacto con el mundo ambiental, tan distinta de la tendencia autística del esquizotímico, le hace buscar siempre en quien compartir sus preocupaciones y si no lo encuentra o su carga afectiva no le da tiempo para buscarlo, la convierte en una reacción motora casi siempre violenta. Mientras se mantenga dentro de los límites de la llamada normalidad psíquica, la depresión momentánea que puede sufrir por la noticia o temor de una dolencia cardioangiología, se compensa por cualquier motivo que pueda representar o signifique de hecho, un cambio favorable en el diagnóstico o pronóstico de su presunta o real dolencia.

Tanta importancia tiene la personalidad premorbose en la génesis de las posibles reacciones psíquicas del cardioangiópata, que se ha llegado a negar la responsabilidad causal de la organopatía circulatoria en el sentido de creer que tanto la afección mental como la cardioangiopatía *coinciden* por la predisposición geno y fenotípica que caracterizan a aquella determinada personalidad premorbose. Sin embargo y aunque es cierto que *todos enfermamos como podemos y no como queremos* precisamente derivado de nuestra *individualidad* personal, indudablemente existen diferencias reaccionales psíquicas, *condicionadas* por el tipo de cardioangiopatía sin que esto presuponga el admitir, como veremos más adelante, *enfermedades psíquicas propias y exclusivas de las dolencias del aparato circulatorio*, sino que éstas desencadenan lo que permite la personalidad premorbose de cada enfermo, papel que puede desempeñar otra causa independiente de la patología circulatoria.

B) La *psicopatía del miedo* de las cardioangiopatías semeja a todos los enfermos de corazón a pesar de las diferencias individuales, como dice R. Siebeck³, el cual añade "el padecimiento cardíaco se manifiesta de modo diferente en la esfera psíquica, y esto supone para el enfermo otros problemas, otras inclinaciones distintas que para el que sufre del pulmón o del estómago, y también otras influencias, otras desviaciones para el desarrollo y orientación de la personalidad. En cambio, para von Weizsäcker⁴, no existe una especificidad psíquica para el cardiópata, ya que la respuesta al conflicto psíquico no es típica para cada estado anímico, sino que

viene favorecida por la minusvalencia condicionada por una infección causal o una predisposición congénita de dicho órgano. Según este autor, la tendencia a determinados trastornos obedece mas a una especificidad de las gradaciones sucesivas de la vida hacia la muerte (amor o pasión-capacidad de trabajo-desgaste-agotamiento) que al tipo de conflicto psíquico. Así, p. ej., un trastorno de ritmo puede traducir un problema afectivo; una insuficiencia o descompensación cardíaca un conflicto o sobreesfuerzo ante una situación determinada de la vida; un espasmo con o sin reacción hipertensiva arterial (en general, los trastornos vasomotores), una tensión agotadora de la voluntad manifestada por "el miedo a la muerte" que tales enfermos tienen quizás con mayor preferencia que los otros cardioangiopatas; finalmente, una trombosis, un infarto o hemorragia, la actitud negativa de fracaso, o sea, la *mutación del deseo de vivir al deseo de morir* (Frobenius). Pero es que el ilustre maestro alemán se refiere a la repercusión cardioangiología de la distonía psíquica y no a la vivencia anímica de la enfermedad de aparato circulatorio, que es en donde residiría la similitud reaccional a la cual nos referimos, confusionismo en el que caen algunos psiquiatras, especialmente algunos de los llamados "especialistas en medicina psicosomática".

Una posible ordenación de las cardioangiopatías capaces de desencadenar una vivencia psíquica, es la siguiente:

REACCION PSIQUICA	A una cardiopatía inexistente			
	funcionales	reacciones emotivas (dintel normal)	dintel disminuído	compensadas
		distonías psico-diencefalo-vegetativas neurosis cardiovascular astenia neurocirculatoria		
	A cardio-angiopatías reales desconocidas o conocidas	orgánicas	cardioangiopatías inaparentes cardioangiopatías aparentes	inflamatorias degenerativas cicatriciales congénitas
mixtas		matización funcional de una cardioangiopatía		

Uno de los problemas más debatidos es si cabe una especificidad reaccional psíquica según el tipo de cardioangiopatía. A mi juicio, en primer lugar debe establecerse la diferenciación entre tres posi-

bilidades reactivas globales antes de estudiar su posible especificidad. Y aquellas son: 1ª) El tono afectivo general adoptado por el cardioangiópata cuando tiene conocimiento de su enfermedad; 2ª) las pseudo-psicosis reaccionales; y 3ª) las psicosis reaccionales verdaderas.

1º) El tono afectivo general del cardioangiópata ya hemos dicho que era el de *miedo* con matizaciones condicionadas por su personalidad premorbosea y por el pronóstico que cree él o tiene realmente la enfermedad de la que ha trabado conocimiento. El concepto de que *todo se acaba si el corazón deja de funcionar* tiene una raigambre tan profunda en la conciencia de todos que se justifica esta reacción psíquica general.

2º) Son frecuentes las reacciones oníricas ligadas a una determinada cardioangiopatía o a la forma clínica que adaptan cuando se descompensan. Como ejemplos podríamos citar los siguientes: una insuficiencia coronaria dolorosa (angina de pecho) puede sugerir sueños de que le agarrotan el tórax, de que se hunde la habitación o se va reduciendo progresivamente su espacio, de que le clavan un instrumento cortante en el pecho, etc. El comienzo de una crisis disneica o la fase apneica de la respiración de Cheyne-Stokes pueden traducirse por la imagen onírica de ahogo por sumersión, sofocación, estrangulación, etc. La deficiencia circulatoria encefálica que acompaña a muchas taquicardias paroxísticas puede sugerir ensueños de vértigo de altura, hundimiento, precipitaciones, etc. La distensión brusca hepática por claudicación aguda del ventrículo derecho, especialmente en aquellos cardiópatas que se encaman inmediatamente después de una cena copiosa, es susceptible de provocar la imagen representativa de un objeto que le aplasta el abdomen, de que es víctima de un accidente y ha quedado aprisionado entre los restos de un vehículo, etc. Estas y otras descripciones que hemos recogido del interrogatorio intencionado de nuestros enfermos, pueden continuarse cuando despierta en pleno sueño y en su semivigilia, creer él mismo o los que le asisten, *que sufre un delirio*. Sin embargo, debe tenerse siempre presente la posibilidad de que un sueño agitado o terrorífico de causa psicógena pura es capaz de desencadenar reacciones espasmódicas coronáricas susceptibles, a su vez, de provocar manifestaciones oníricas angustiosas, estableciéndose un círculo vicioso en el cual es difícil dilucidar cuál ha sido el motivo inicial.

Otro tipo de pseudo-delirio psicógeno que hemos observado y que se presta a confusión con las psicosis reaccionales legítimas, es el

que puede presentarse cuando se quiere corregir el insomnio del cardiópata descompensado con opiáceos y barbitúricos. En muchos casos no se logra más que un estado de somnolencia en el cual son posibles los ensueños, que, al ser traducidos en voz alta, pueden semejar un delirio.

3ª) En cuanto a las psicosis reaccionales o psicosis sintomáticas de las cardioangiopatías, von Kleist⁵ las ha clasificado en *homónimas* (manía, melancolía y paranoia y *heterónimas* (alucinaciones y catatonía) predominando las heterónimas en las insuficiencias agudas y las homónimas en las crónicas. No obstante y como es lógico deducir, estas afecciones mentales *no son específicas de las enfermedades* del sistema cardiovascular, puesto que pueden aparecer en distintas infecciones o intoxicaciones endógenas o exógenas.

En cuanto a la posible especificidad según el tipo de cardioangiopatía, se han citado las siguientes observaciones:

Tipo lesional. La insuficiencia aórtica predispone a la intranquilidad motora como síntoma de la "intranquilidad o desasosiego" arterial secuencia de la diferencia tensional entre el vacío diastólico y la oleada sistólica en un lecho vascular de resistencia disminuía por la incompetencia valvular; en cambio, las lesiones mitrales (especialmente la estenosis) inclinarían a la melancolía con tendencia autodestructiva (suicidio) como probable manifestación de la anoxia isquémica y asfíctica de los centros nerviosos superiores. Recientemente hemos tenido ocasión de comprobar la elevación del tono psíquico en dos enfermas en las cuales, la comisurotomía mitral ha permitido mejorar extraordinariamente su volumen sistólico ventricular izquierdo paralelamente a la mitigación de su éxtasis de aflujo. Y como dato curioso merece destacarse el que a pesar de tener una personalidad premorbosea completamente distinta (esquizotímica una y cicloide marcada la otra), han mejorado psíquicamente si bien, como es lógico deducir, la ciclotímica rebasa euforia y se cree totalmente curada mientras que la otra teme que su mejoría, a todas luces evidente, será solo pasajera. No obstante, en las aortopatías hay que eliminar una posible parálisis general progresiva (en las de estirpe sifilítica), la encefalopatía esclerosa y la reumática. En las mitropatías y según von Witzleben⁶, hay que pensar en la mayor labilidad psíquica de la mujer por la influencia menstrual y climatérica, la cual viene exarcebada por la frecuente disfunción hipófiso-gonadal de las enfermas mitrales.

Todo trastorno circulatorio encefálico puede desencadenar deficiencias cualitativas y cuantitativas de las funciones psíquicas que pueden extenderse desde las ausencias, irritabilidad de carácter, amnesia para los hechos recientes, estados crepusculares hasta la demencia arterioesclerosa. El estado crepuscular puede acompañarse de excitaciones psicomotoras, alucinaciones, limitación de la conciencia y agitación por miedo, la cual puede substituirse por euforia (estado extásico de Kraps). Cabe que la excitación llegue hasta la psicosis de motilidad de Kleist y a estados amenciales.

Las cardiopatías que tienen como común denominador la hiperreactividad vascular (jaquecosos, anginosos, hiperreactores vasculares con o sin enfermedad hipertensiva arterial, síndromes de Raynaud, arterioespasmos regionales de los miembros) se acompañan, casi siempre, de hiperreactividad psíquica. Son personas emprendedoras, activas y de reacciones violentas, generalmente son muy susceptibles psíquicamente, entre las cuales hallamos los genuinos directores de empresa, conductores de masas y grandes organizadores. Pero esta tipología psíquica que podemos considerar como normal *mientras lo es su sistema circulatorio*, puede exacerbarse por una *irritabilidad patológica psíquica y vascular* la cual provoca el establecimiento de uno de los más genuinos círculos viciosos en el que la hiperreactividad circulatoria empeora la psíquica y ésta la circulatoria, especialmente en las crisis de evolución gonadal, con la posible secuencia de isquemias necrotizantes en encéfalo, miocardio u otros territorios orgánicos. Dentro de este grupo, los enfermos con crisis dolorosas de insuficiencia coronárica (los anginosos) presentan una reactividad psíquica especial, en la cual y por la frecuente cenestesia de muerte inminente, se desencadenan reacciones depresivas de impotencia aún fuera de las crisis, las cuales en un neurótico potencial pueden matizarse en *neurosis de angustia*. Sin embargo, el médico puede intervenir decisivamente tanto en provocar como en evitar o corregir esta desviación hacia la neurosis. La perniciosa influencia del médico se verifica cuando olvida que el pronóstico de la angina de pecho *ha cambiado radicalmente* gracias a los recursos de la moderna terapéutica higiénica, psíquica y medicamentosa, y al establecer el sombrío porvenir de antaño, actúa, consciente o inconscientemente, de *comparsa* del neurótico potencial o actual. Por el contrario, su influencia beneficiosa se traduce por: a) comunicar el diagnóstico real al enfermo para que, de esta manera,

se someta *conscientemente* al tratamiento; b) hacerle comprender sus posibilidades de recuperación si sigue los consejos del médico; y c) ordenar a los familiares del paciente que dejen de considerarle como un pobre condenado a una muerte cierta y que tiene continuamente la espada de Damocles suspendida sobre su cabeza sino, que, al contrario, es un enfermo que puede recuperarse funcionalmente y en el que *toda actitud de conmiseración o de excesiva solicitud contribuye a aumentar el miedo a su enfermedad*, es decir, a mantener su estado de hiperexcitabilidad psíquica y vascular.

Tipo funcional. En la ciclopnea de Cheyne-Stokes, Wassermann⁷ ha observado estados graves de excitación brusca o períodos de psicosis heterónima (alucinaciones, síndromes catatónicos) cuando tiene lugar en enfermos fácilmente excitables, en quienes se liberan por la noche ideas enterradas en el subconsciente, en forma de pesadillas. Estas pesadillas terroríficas y alucinatorias pueden coincidir asimismo con la iniciación de la disnea del asma cardíaco, provocando que el enfermo despierte y atribuya su agobio respiratorio al ensueño. Como ya hemos dicho antes, no deben confundirse estos ensueños sintomáticos con la genuinas reacciones psíquicas.

En la fase edematosa de una cardiopatía y quizás condicionado por el edema cerebral, son frecuentes las psicopatías reactivas anómalas. Cuando hay ingurgitación hepática, se ha pensado en la posible intervención de la deficiencia antitóxica del hígado. En cambio, otras veces, las psicopatías son desencadenadas precisamente en la fase de deshidratación, atribuyéndolo Eichhorst⁸ a la acción de sustancias tóxicas formadas en el líquido de los edemas.

En las cardiopatías cianóticas se puede observar somnolencia y estupor, si bien hay, a veces, excitabilidad psíquica e insomnio, o la alternancia de ambos tipos reactivos.

Un carácter común de las cardiopatías crónicas descompensadas es el *insomnio*, la excitabilidad psíquica y el recelo y desconfianza hacia sus familiares, médicos y enfermeras, el cual puede llegar hasta la reacción delirante de persecución. El cardíaco crónico descompensado y aunque desconozca el estado real de su gravedad, *tiene miedo a estar solo*, especialmente por la noche, *como si temiera dormirse y ya no despertar nunca más*. Y si, a pesar de todo, le vence el sueño, lo hace intranquilo y despierta bruscamente comprobando en seguida si le han abandonado. *Esto justifica su insomnio y recelo*. De ahí que tenía razón Fraenkel⁹ cuando decía:



“el mejor sedante e hipnótico para el cardiópata descompensado es la inyección de estrofantina”. Claro que no hay que confundir este *recelo sintomático* con la desconfianza que provoca el médico cuando, falto de las más elementales nociones de psicología, pregunta al enfermo si se hincha o se ahoga ante unos edemas o un agobio respiratorio que lo capta el más lego en medicina; cuando no sabe imponer su autoridad hipocrática en el tratamiento o, y por un mal entendido concepto de la sugestión, resta toda importancia a una cardiopatía deficitaria y *lo somete a una terapéutica rigurosa*. Hay dos frases que han causado, causan y, desgraciadamente, causarán mucho daño en las relaciones entre cardiólogo y cardiópata, y estas son: ¡Bah!, Ud. no tiene nada pero haga reposo y tome esta digital o estrofantina; y, *si a Ud. le parece*, puede seguir tal o cual tratamiento. Es al médico a quien tiene que parecerle, *no al enfermo*.

Tipo medicamentoso. — En la administración prolongada de diuréticos mercuriales o en las deshidrataciones bruscas provocadas por dichos fármacos, Poll y Stern¹⁰ y Fishberg¹¹, entre otros, han observado estados de astenia, apatía, anorexia, reacciones delirantes y alucinaciones que pueden terminar en coma. De acuerdo con dichos autores, creo que no se trata de ninguna toxicidad medicamentosa sino de una carencia de agua y sal determinadas por su deficiente administración y excesiva eliminación, la cual puede condicionar la aparición de una uremia prerrenal y los trastornos deficitarios de la excicosis. En cambio, como ejemplo típico de psicosis reactiva medicamentosa son los delirios que hemos observado contemporáneos a la administración de estrofantina, tanto por vía intramuscular como intravenosa, en los cuales y por su coincidencia con el fármaco y cese al suprimirlo, no cabía otra explicación causal.

Finalmente, hay dos tipos de reacción psíquica propios de la fase terminal de una cardiopatía mortal. En la primera, el enfermo *se queja* y está intranquilo *sin saber porqué*. No grita, solo musita, a veces muy quedo, un ay continuo y si le preguntamos que es lo que le duele, no dice *nada*. Yo lo he interpretado siempre como un síntoma de un fin próximo, traductor de la pérdida o embotamiento del sentido topográfico de la sensibilidad, en el orden médico, y de la angustia metafísica del alma quién, más o menos conscientemente se da cuenta de que va a enfrentarse con una Justicia en la que no valen recomendaciones ni abogados defensores.

La otra reacción se deriva de una situación en la que, desaparecida toda posibilidad de recuperación, *la psiquis quiere quitarse la careta y manifestarse tal como es en aquel enfermo*. En esta fase terminal preagónica, hemos visto legítimos cuadros esquizofrénicos, paranoicos y maníacos en enfermos que, hasta aquel entonces, eran considerados como normales psíquicamente hablando. Tal fué el caso de un malogrado y querido colaborador nuestro fallecido de mitropatía descompensada, en el cual y quizás determinado por una intensa carga hereditaria (padre esquizofrénico recluído y hermana con frecuentes delirios del mismo tipo) terminó sus días sumido en un delirio esquizofrénico.

Todas las psicosis reactivas de las cardioangiopatías acostumbran a ceder con la mejoría de la dolencia fundamental siempre y cuando no vengán provocadas por lesiones anatómicas irreparables, o mientras la cardioangiopatía no haya obrado como la gota de agua que ha derramado el vaso de una afección mental latente a punto de estallar.

C) El medio ambiente en el cual se desenvuelve el cardioangiópata puede contribuir a desencadenar o mantener la reacción psíquica patológica. La sensación de protección o desamparo percibida por el enfermo podrán aminorar o acentuar su psicosis de miedo. Y como elementos de dicho medio ambiental que desempeñan un importante papel, tenemos al personal médico, a los familiares y a los amigos del enfermo. El según y como comunicarle a un enfermo la existencia de una cardioangiopatía, la manera de decirle su capacidad funcional y pronóstico, el saber desglosar lo funcional de lo orgánico, tiene una importancia decisiva en la reacción psíquica del supuesto o real cardioangiópata. El diagnóstico insospechado de un soplo, trastorno de ritmo, hipertensión arterial, etc. en ocasión de un reconocimiento médico motivado por un seguro de vida, escolar, militar, prematrimonial, etc.; la ocurrencia de un accidente dramático circulatorio (a veces con muerte súbita) a un pariente o amigo; la aparición de un síntoma que atrae la atención del enfermo hacia su aparato circulatorio y le infunde la duda de su normalidad; una emoción profunda y persistente o el recuerdo de un estado emocional, especialmente al volver al teatro de acción en donde se produjo, o pasional angustioso, según y como lo reciba el enfermo y, particularmente, según su personalidad premorboza, son capaces de desencadenar un estado de miedo e intranquilidad que, de no lograr compensarse, pueden inca-

pacitar o minusvalorizar psíquicamente al doliente transformando su aprensión en ansiedad o angustia capaz de provocar, si no existe, o de empeorar su enfermedad, sumiéndolo en el círculo vicioso tan bien estudiado por L. Braun¹², cuyas secuencias son fáciles de presumir.

Hemos hecho resaltar los caracteres más importantes del psiquismo del enfermo de aparato circulatorio. De ello debemos entresacar tres enseñanzas a cual más importante, a saber:

1ª) No olvidemos el alma del cardioangiópata, un alma miedosa que teme y que desea que no sea cierto lo que presume *aunque nos diga que quiere saber la verdad porque no tiene miedo a morirse, pero lo que le importa es no sufrir. Sintonicemos primero con ella, digámosle la verdad del diagnóstico, pero suavicemos el pronóstico si éste es desfavorable.* Con tal proceder nos captaremos su confianza sin que sufra moralmente.

2ª) Si nos enfrentamos con un cardioangiópata inconsciente total o parcialmente de su dolencia, *no empeoremos su equilibrio moral* haciéndole perder la confianza en la capacidad funcional de su organismo siempre claro está, que nuestra conducta no se oponga a las necesidades terapéuticas. Como hemos dicho, es ridículo manifestarle a un enfermo "Ud. no tiene nada y recetarle digital o estrofantina", pero es inhumano el concentrar su atención en algo (hipertensión, arritmia, soplo, etc.) que no lo requiere, haciendo de él *un enfermo cardioangiópata*, es decir, transformando un más o menos indiferente en un preocupado de su enfermedad.

3ª) En una biografía patológica, como dice von Weiszäcker⁴, el episodio somático tiene una vivencia o valor psíquico; el episodio psíquico tiene, a su vez una traducción corporal. El origen de una enfermedad por una determinada situación de la vida y su inclusión en el capítulo siguiente de la biografía no debe interpretarse como una casualidad, sino como un drama completo. Cada enfermedad es un problema de la biografía, cada enfermedad equivale a un personaje, cada enfermedad tiene su expresión típica en la faceta psíquica del organismo vivo. Siendo una biografía patológica, estos personajes se mueven según la trama de un drama en varios actos dependientes entre sí, *y según como nosotros conduzcamos a estos personajes*, el final podrá ser feliz o desgraciado, podrá ser una comedia o una tragedia; lo lamentable sería que nuestra impericia hiciera de un buen argumento y unos buenos actores, un melodrama.

No olvidemos que *cada uno hace la enfermedad a su manera; no a la que quiere, sino a la que puede* obligado por su personalidad premor- bosa. Hagamos un cuidadoso estudio de la psiquis y del cuerpo de cada enfermo de aparato circulatorio para delimitar *lo que se debe a su personalidad premorbo- sa, a su cardioangiopatía, a la reacción psíquica de la organicidad y a la traducción funcional, capaz de empeorar lo orgánico de su quehacer psíquico.*

B I B L I O G R A F I A

1. *Schultz-Henke, H.* — Der gehemmte Mensch. Thieme. Leipzig (1940).
2. *Heidegger, M.* — Sein und Zeit. Niemeyer. Halle (1941).
3. *Siebeck, R.* — Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker. Lehmann. Muenchen-Berlin (1942).
4. *Von Weiszäcker, V.* — Studien zur Pathogenese. Thieme. Leipzig (1935).
— Herzneurose und moderne Kreislauftherapie. Steinkopff. Dresden-Leipzig (1932).
Der Gestaltkreis. Thieme. Leipzig (1940).
Fälle und Probleme. Enke. Stuttgart (1947).
5. *Von Kleist, K.* — Gehirnpathologie. Leipzig (1934).
6. *Von Witzleben, H. D.* — Herz- und Kreislaufferkrankungen in ihren Beziehun- gen zum Nervensystem und zur Psyche. Thieme. Leipzig (1949).
7. *Wassermann*, citado por Von Witzleben 6.
8. *Eichhorst, H.* — Toxämische Delirien bei Herzkranken. Dtsch. med. Wschr., 1898, 23, 389.
9. *Fraenkel, A.* — Ueber intravenöse Strophantintherapie. Verh. dtsh. Ges. inn. Med., 1906, 257.
10. *Poll, D. y Stern, J. E.* — Arch. Int. Med., 1936, 58, 1087.
11. *Fishberg, A. M.* — Heart Failure. Lea & Febiger. Philadelphia (1946).
12. *Braun, L.* — Herz und Angst. Deuticke. Viena (1932).