

complicaciones psíquicas

Juan Carlos Plá Iribarne

Manfred Bleuler (1954) escribe en su "Psiquiatría endocrinológica": "Podrá resultar decepcionante, quizá, la brevedad con que se pueden enunciar actualmente los puntos auténticamente importantes de la psiquiatría de los diabéticos y la base precaria de nuestros conocimientos". Será así, sin duda, si uno no se siente solicitado por las capitales interrogantes que nos plantea (ahora) nuestro cuerpo. Si no atiende las perspectivas que se abren para el futuro con los hechos ya comprobados. Las posibilidades de una esperable confluencia de los actuales caminos de la filosofía, la psicología, la biología y la física.

Ser encarnado, consciente y mortal, el hombre está situado de entrada en una experiencia que lo trasciende. Mi existencia es coexistencia, co-pertenencia al ser. Mi conciencia incluye (y está incluida en) la de los otros. El hombre, lanzado para siempre fuera de sí mismo, es, dice Heidegger, "este claro en la aspereza del ser", en el gran misterio donde residen (y de donde pueden surgir) las cosas del mundo. Adentro y afuera son sólo términos correlativos, que se aclaran mutuamente. El cuerpo es su zona de encuentro, de génesis (de aparición) de toda realidad. Es el órgano de percepción y de relación. Sólo cuando ya no somos, cuando morimos, nos independizamos de lo que vemos y sentimos (por y en nuestro cuerpo) del mundo. En tanto que vivos, nos vivimos como ya siendo en el mundo, en medio de "hechos" externos e internos que no elegimos, nosotros mismos un "hecho", pero un "hecho" inacabado (por hacerse), inacabable, y cargado de sentido. Teniendo siempre un pasado, comprometido siempre en un porvenir que nos importa. Al que todo referimos. Todo nos afecta, todo nos "va"; actualmente o potencialmente, todo tiene (o puede tener) un sentido. Nuestra vida es tiempo limitado, que transcurre sin pausa. Pertenece a un solo, irrepetible tiempo, el de nuestros contemporáneos. La conciencia de este límite, la muerte, nos permite ac-

ceder al sentido de la (nuestra) vida. La comprensión del límite va junto con la posibilidad de trascenderlo en la comprensión de la continuidad del ser, de la inseparabilidad de la vida y la muerte. El hombre porque se muere se adhiere. Y porque se adhiere, puede desprenderse (anticipación creadora del último desprendimiento) y abrir la mirada.

El cuerpo, también límite nuestro, es límite y comunicación, límite y posibilidad de trascenderlo. A través de él existo. Por él aprendo a hablar de “yo y el otro”, de “yo y el mundo”. A la vez, por el otro (que es otro cuerpo) y por el mundo, puedo hablar de “mi” cuerpo. Son términos insolubles y en relación dialéctica (y constitutiva). Mi cuerpo y mi muerte, he aquí **mis** límites, **mi** límite (espacio temporal, práxico), mi incanjeable punto de vista, mi posibilidad de ver más allá de mí mismo. Porque me muero me preocupo. Es decir, vivo. El mundo que voy a perder es lo que **me** “interesa”. A su vez, mi despedida me permite el desprendimiento, salir de mí mismo en la creación. Y es con mi cuerpo que pienso, amo y odio, que atraigo y soy atraído, que rechazo y soy rechazado. Con mis manos “agarro” y suelto, me “agarro” y **me** suelto, manejo, señalo, escribo. Con mis ojos miro y soy mirado. Con mi sexo, amo y procreo.

El mundo de las relaciones que constituyen la existencia humana dice M. Boss (1959), “impregnan el cuerpo en tanto que indispensable medio de su realización”. La preocupación, la “afectación” (el estar afectado, los afectos), penetra al cuerpo, lo traspasa. Empiezan las dificultades. La fisiología habla de una vida de relación y de una vida vegetativa. ¿Es esto fácilmente admisible?, ¿puede haber una vida humana, una vida, que no sea “de relación”? **Evidentemente** no. Pero, ¡atención!, esta evidencia no nos facilita el avance inmediato. Al contrario, nos aumenta los problemas. Hay una opacidad de sentido (inmediato, **relacional**) propia de los fenómenos biológicos (en lo que tienen de “vegetativo”), que no se puede aclarar totalmente. Y que condiciona una ambigüedad esencial de la experiencia del cuerpo: es mío y al mismo tiempo se me oculta y aparece un tanto ajeno, algo que tengo y que me tiene a mí. Esta ambigüedad, mal comprendida, ha llevado a las concepciones dualistas de psiquis y soma, de alma y cuerpo, como dos realidades distintas que se influirían mutuamente. Y, según los casos, o la posición del autor, se pone el acento en la somatogénesis de un hecho psíquico o en la psicogénesis de un hecho somático. Simplistas explicaciones causales que no hacen progresar el conocimiento (unitario) del hombre. El tratamiento médico del hipertiroidismo puede mejorar la sintomatología psíquica (inespecífica), pero esto no quiere decir que aquél **produzca** a ésta. La terapia psicoanalítica de un ulceroso gastroduodenal lo mejora en su sufrimiento físico, pero esto no quiere decir que las fantasías inconscientes (inespecíficas) **produzcan** el ulcus.

La psicología y la biología proseguirán realizando hallazgos fecundos (útiles) en sus sendas “especializadas”. Pero tendrán que ser pensadas juntas, también, para dar cierta satisfacción al pensamiento de hoy, para permitir comprender mejor al hombre y sus enfermedades.

Ya hay un movimiento espontáneo de confluencia. Apuntaremos algunas de las tentativas de afrontar explícitamente las dificultades. Todas conciben a cuerpo y psiquis como representándose recíprocamente (con una capacidad recíproca también), como las percepciones **parciales** de un mismo fenómeno: la experiencia humana.

M. Boss (1959), inspirándose en Heidegger, no se aparta de la condición relacional de nuestra existencia. Nuestra corporeidad, señala, se adapta a las relaciones de un momento dado, más o menos rápida y rigurosa-

mente según el dominio estructural que da la respuesta, por ejemplo mucho más rápido en el de la mímica o de las expresiones fisiológicas de la emoción que en el de la anatomía tisular. Por otra parte, dice: "si el hombre pierde la libertad de abrirse al mundo según sus posibilidades, entonces sus relaciones, no pudiendo actualizarse normalmente, se vuelven hacia las esferas oscuras y silenciosas de la existencia, desprovistas de palabras y de pensamiento, hacia el dominio de la corporeidad ante todo", "... se sumerge en la corporeidad", lo que dará lugar a los fenómenos histéricos y organoneuróticos ("conversivos" y "psicosomáticos"). Histeria y trastorno organoneurótico se distinguirían por "su grado de recubrimiento". El histérico no ha perdido todo poder de realizar sus posibilidades existenciales en una relación con su mundo. Hace "gestos perdidos", cuyo sentido permanece oculto (utiliza el lenguaje de su cuerpo para expresar fantasías inconscientes precisas y determinadas, revelables psicoanalíticamente). El enfermo psicósomático vela mucho más su relación existencial, en un nivel profundamente hundido en la corporeidad. El problema de la elección de órgano es resuelto por el mismo método que la elección de la neurosis, es decir que el carácter de la relación vital obstaculizada es responsable de la expresión orgánica. Ya que toda relación vital es **también** tal sector orgánico.

Este planteamiento, filosóficamente muy ajustado, nos ofrece una perspectiva general cuya presencia necesitamos. Sin embargo, queda adeudándonos un instrumento de análisis concreto. Creemos que le caben las siguientes precisiones de K. Conrad (que engloban el error opuesto): "... pierde su base aquel que pretende prescindir totalmente de los métodos orientados causalmente y se contenta con «comprender» a la naturaleza, como si fuera una creación del espíritu, puesto que se perderá en las nubes de la especulación; pero también quien crea poder prescindir de todos los principios teológicos y poder «explicar» los fenómenos vitales libre de hipótesis, puesto que finalmente pierde todo planteo de problema y queda estancado".

V. Weizsäcker (1956) y K. Conrad intentaron sortear este obstáculo recurriendo a las nociones de círculo gestáltico y de estructura. V. Weizsäcker, explícitamente, ha tratado de establecer los fundamentos de una nueva Medicina, de una nueva manera de ver al hombre y su enfermedad. Estar enfermo no es un accidente fortuito, sin sentido, sino una modalidad de nuestro acontecer ligada a su esencia. Encontramos en su pensamiento importantes zonas de encuentro con el de Freud. Este habló de instintos de vida y muerte como lo primariamente constitutivo de nuestro ser; y si la noción de instinto es ahora discutible, aquí está apuntado nuestro diálogo más hondo (vida y muerte) y están señaladas sus raíces biológicas, "naturales". V. Weizsäcker, a través de su concepción psicósomática, ve en la enfermedad una autoenajenación, un autoocultamiento, y cómo en ella nos volvemos más primitivos, más infantiles, nos dice que ella, como una modalidad del ser-hombre, participa en la verdadera identidad de la vida y de la muerte, en el enlace de su ascenso y caída. Por tanto, debemos continuar investigando la solidaridad de la muerte a la luz del acontecimiento vital ("cada enfermedad es una muerte parcial"). Se propone introducir en la patología no sólo al sujeto "sino además a la vida y a la muerte, que representan algo mucho más concreto y lleno de contenido que lo subjetivo". El camino hacia el sentido y el que conduce a la determinación se aproximan más a la realidad y se determinan mejor si consideramos a todas las enfermedades una **simple modificación del camino hacia la muerte y hacia la vida**". Después de advertir que no conocemos suficientemente qué es

una angina ni qué es un agravio, dice: "La relación psicofísica no es en absoluto una relación causal, sino que se forma en la génesis de la enfermedad, sólo como forma pasajera de transición, para desaparecer de nuevo". Es decir, no es una relación fija. "Existe una organización peculiar, una estructura determinada, o sea, la sustitución o representación recíproca entre formaciones psíquicas y corporales, como entre percepciones y movimientos (**círculo de formas**)." La unidad de percepción y motilidad constituye "el acto biológico", que establece nuestras relaciones con el mundo. Sólo podemos mencionar sus críticas a las nociones rígidas de la neurofisiología de arco reflejo y de principio de conducción y su énfasis en la noción de **cambio funcional**. Ha demostrado que las funciones del sistema nervioso, en caso de lesiones locales, no se alteran por defecto de determinadas funciones parciales (con conservación de las restantes), sino que se llega, siguiendo ciertas leyes, a una nueva función alterada (de rendimiento variable j. K. Conrad toma de Krüger el concepto de estructura, algo relativamente permanente, que al mismo tiempo se pueden modificar en el sentido del crecimiento y desarrollo, y en el de la de-estructuración. "Las formas de de-estructuración deben estar ya contenidas potencialmente como posibilidades en la estructura y podrían ser previstas en cierta manera, conociendo el dispositivo." Muy importante es su descripción del proceso de génesis y destrucción de las gestalten en las afasias. No podemos seguirlo sin alejarnos demasiado del propósito de este capítulo.

Aún a riesgo de complicar todavía más a éste (es un capítulo de "complicaciones") transcribiremos unos párrafos de W. Clifford Scott (1960) que terminarán de subrayar las cuantiosas dificultades de los problemas psicósomáticos: "A través de nuestra vida, las concepciones que determinan nuestra visión del mundo, y lo que sucede en él, se modifican notoriamente. Formamos parte de este mundo y creemos en la existencia de una relación entre las fuerzas inconscientes del descubridor y los descubrimientos que provienen de la fuerza del mundo. Sin embargo, todavía nos hemos valido escasamente de la capacidad modificadora de la realidad externa, en base al grado de mayor conciencia que el individuo sea capaz de adquirir a través de su vida. Los trabajos de genética, mostrándonos las mutaciones y el efecto de los cambios ambientales sobre características que se consideran determinadas por la herencia; los trabajos de embriología, que han ampliado los conceptos de integración y diferenciación, los bioquímicos, modificando nuestro conocimiento del valor del alimento; y la labor de los físicos y matemáticos que nos han suministrado nuevas concepciones del universo y más especialmente, nuevas ideas acerca de la relación de espacio y tiempo (según su formulación y pensar en el "continuo tiempo espacio", con la unidad de experiencia llamada un "acontecimiento" y su propio espacio y tiempo es un paso tan importante como la introducción de los números arábigos), deberán ser referidas algún día a la capacidad del individuo de consciencización".

El haber resumido lo que entendemos más importante de los problemas de la Medicina psicósomática nos permite reconocer su interés y sus dificultades, lo embrionario de su estadio actual de conocimiento, sus posibilidades de futuro y la complejidad de los caminos a recorrer. En el terreno concreto de la diabetes, nos sirve para comprender la frase de M. Bleuler con que iniciamos el tema. Y, así lo esperamos, nuestra exposición de la psiquiatría de los diabéticos.

Citaremos textualmente a M. Bleuler (1954), para una aproximación totalista de la cuestión: "Mientras no se conocían las implicaciones bio-

lógicas generales del metabolismo diabético, resultaba inexplicable el mecanismo de la vinculación entre este trastorno y las funciones emocionales y hormonales. Hoy ya sabemos que los conceptos de la psiquiatría endocrinológica resultan más claros si se reconocen las categorías de función, en el sentido de la fisiología funcional ("Leistungs-physiologie") de W. R. Hess. Se percibe entonces con mayor evidencia que el **metabolismo diabético es, en su esencia, un metabolismo del hambre aumentado patológicamente**".

No se entenderá nuestro enunciado del carácter totalista de esta aproximación si no se advierte lo que significa realmente la experiencia del hambre. El hambre, dice P. Recamier (1955), es ontogénicamente, hambre de amor al mismo tiempo que de alimentos. "El hambre, escribe M. Klein (1960) -hablando de la relación madre-lactante-, que es quien despierta el miedo a la inanición —y posiblemente todo dolor físico y espiritual— es sentido como una amenaza de muerte; y el chico recibe no sólo la gratificación deseada sino que también se siente mantenido en vida. El hambre es, entonces, en los primeros meses de vida, experiencia de **aniquilación** y de **falta** del pecho materno, del amor, la protección y la vida que da la madre. El hombre es el ser que nace más inmaduro, más desvalido. El nacimiento y el hambre son vivencias de abandono y de desamparo, de peligro. Son las vivencias originales de la angustia. Mamar es vivificarse, sentirse amado y cuidado, calmado. Siempre que la envidia y la voracidad, excesivas, no hayan transformado, proyectivamente, el pecho bueno en malo, e impidan así la aceptación de la leche materna. La maduración evolutiva trae más seguridad interna, una mayor tolerancia a la frustración, con posibilidad de aplazamiento de la satisfacción, una visión más integrada de los aspectos bueno y malo de la realidad, un mayor énfasis en la actividad, en el dar y en el hacer. En términos psicoanalíticos una subordinación de las tendencias orales a las genitales. Pero comer será siempre "hacer por la vida", será la experiencia prototipo del **incorporar** (en todos los planos) y del **recibir de los otros**. Y, en situaciones regresivas, cuando resurgen los peligros primitivos, será una forma de disminuir la angustia, de colmarse aquel que se siente insoportablemente vacío, de "llenarse" de cosas buenas. E irá a la par de un reclamo exigente de afectos, de privilegios, de una extrema dependencia y necesidad del otro, al que se absorbe ("se chupa"). Cuando se habla de oralidad, hay que entender una estructuración global, una forma de ser, de relacionarse con el mundo. Aunque menos compulsivamente, no dejamos de necesitar al que queremos, de estar "ávidos" por lo que nos interesa.

Seguimos citando a M. Bleuler: "Está planteado el siguiente problema: ¿Puede el metabolismo de hambre que caracteriza al diabético ser incitado por otra hambre, hambre de amor, de halagos, etc.? Está demostrado que los diabéticos sufren mucho de hambre excesiva por, su frecuente adiposidad y, además, en varios casos se ha comprobado que tienen, en mayor medida que otras personas, a reaccionar ante cualquier presión psíquica con una ingestión de alimentos. De tal modo la patología del metabolismo estimula actualmente en forma extraordinaria la investigación psicológica de la diabetes. . . Aún aceptando la hipótesis de que en la diabetes el fenómeno básico consiste en un metabolismo orientado patológicamente hacia el hambre, hay que dilucidar si se trata en la cadena causal, de un hecho somático que provoca la actitud emocional o si, al contrario, el factor emocional tiene la primacía y produce los fenómenos somáticos. Cuanto más se profundizan estos problemas con el estudio individual del enfermo, tanto más claro resulta que el con-

junto de los factores psíquicos y somáticos refleja un **único proceso vital** y que sólo en contados casos se puede hablar de la primacía de uno y otro". Y, en fin, dice sobre "constitución": "El no haber encontrado una noxa que produzca en todos los hombres una diabetes, y el observar la acumulación de casos familiares, han impuesto la idea de una predisposición específica. El concepto de constitución, entendido en forma estática, presenta el peligro de resultar grave tabú para la investigación ulterior. Hoy no se puede ya admitir que por "constitución" (conjetura basada en los dos hechos arriba mencionados) debe entenderse inevitablemente la expresión de uno o varios genes con una probabilidad absoluta de manifestarse".

Creemos que en cuanto a **patogenia** no se puede decir por el momento nada más preciso. Una psicología psicoanalítica y fenomenológica que apunte al alcance existencial de los actos corporales, a su valor dinámicamente constituido de la persona, una biología que incluya las funciones parciales dentro de sentidos generales, con un criterio evolutivo, una patología que vincula la diabetes (y todas las enfermedades) con el desarrollo individual, abren perspectivas revolucionarias para el conocimiento médico.

trastornos psicológicos de los diabéticos

La observación clínica minuciosa y completa ha demostrado (no podía ser de otra manera) que la vida de los pacientes, con sus variantes de situaciones anímicas, influye poderosamente sobre la evolución de la diabetes y su posible control terapéutico. En este sentido las investigaciones americanas, de orientación psicoanalítica [Menninger, Daniels (1948), Dunbar (1948), Mirsky, Alexander (1953)] son concluyentes. Las restricciones alimentarias deben aplicarse con mayor rigor, y aumentarse también las dosis de (o recurrir a la) insulina, cuando el enfermo se encuentra bajo una presión interna; y a la inversa, cuando se halla en paz. Se ha comprobado incluso una estrecha dependencia entre las agravaciones (sobre todo la acidosis) y las tensiones afectivas. Lo que no compartimos es la tendencia de estos autores a la formulación de esquemas psicodinámicos específicos de la diabetes. La personalidad de estos enfermos estaría caracterizada por su inmadurez, su ansiedad de fondo no resuelta, sus fuertes tendencias orales (avidez, pasividad, marcada dependencia, intolerancia a la frustración). Son estos trastornos neuróticos, nos parece, demasiado generales como para concederles especificidad. La experiencia común, además, muestra en los diabéticos todos los caracteres posibles. No obstante, estos hallazgos son valiosos, no se pueden desechar ligeramente. Esta investigación (que prosigue) dará sus frutos mejores incluida en una perspectiva más amplia.

Deben tenerse en cuenta las implicancias psicológicas del vivir (crónicamente) como enfermos y dependiente de los demás. Lo que esto significa de resurgimiento de la angustia primitiva frente a la destructividad interna, y de posible regresión "oral". Las posibilidades de vivir la enfermedad disociada y persecutoriamente, con el perseguidor actuando internamente, en el cuerpo, sobreinvestido éste de carga narcisista, proliferando las preocupaciones hipocondríacas, y envenenando el resentimiento las relaciones con los demás (la existencia de diabéticos en la familia puede ser un elemento del ambiente que contribuya a reactivar la fantasía inconsciente de haber recibido un "veneno" de los otros, particularmente de los padres). O de vivirla más unificada y depresiva-

mente, como la presencia tangible y todopoderosa de la muerte propia. O, en fin, la posibilidad reparatoria de admitir, sin abrumarse, la enfermedad, porque se siente, con gratitud, que la vida ha sido y es una cosa fundamentalmente buena, que dar y recibir es algo en sí suficientemente "nutricio".

En cuanto a la aparición de la diabetes, se observan formas "emotivas" que aparecen como desencadenadas por una emoción viva y penosa. En general, es difícil precisar su comienzo. F. Dunbar refiere que la aparición progresiva de la diabetes sigue a un período prolongado de tensión y de angustia, en relación con una situación vital compleja y dolorosa.

el niño diabético

Se ha dicho que los niños y los jóvenes afectados de diabetes son sensibles, retraídos, **esquizoides**; mientras que los que la contraen a una edad más avanzada, son frecuentemente de carácter abierto, **sintónicos y cicloides**. Expresa esta afirmación una realidad, pese a su esquematismo: la diabetes apareciendo en la infancia es una perturbación más profunda, globalmente, en lo psíquico y en lo físico. Loughlin y Rosenthal (1944) han encontrado **trastornos caracteriales y afectivos** francos en el 40 % de los casos; y señalan la instalación más precoz de la diabetes en los niños con problemas de personalidad, y la rareza de los accidentes acidóticos o hipoglucémicos en los bien adaptados. Por otra parte, medítese en lo profundamente traumática que es esta experiencia: una enfermedad crónica, sometida a múltiples accidentes, con hospitalizaciones reiteradas, que obliga a una disciplina higiénica y alimentaria estricta, con las posibilidades de juego y actividad física limitadas, que suele dificultar una concurrencia escolar asidua. El niño se siente insoportablemente frustrado en sus deseos de vida, angustiada e intempestivamente colocado frente a la muerte, comido por los celos y la envidia de sus hermanos (o de los otros niños) sanos, por el resentimiento frente a sus padres. Los que, a su vez, suelen reaccionar **neuróticamente**. Ansiosos, sobreprotegen al niño con una "ternura" y un cuidado exagerados, que le aumentan su vivencia de peligro, que terminan "ahogándolo". Revelando así la hostilidad que subyacía a estas atenciones, en relación con el narcisismo herido, con la culpa no asumida. A veces, incluso esta hostilidad no permanece inconsciente, y se manifiesta en los deseos de hospitalizarlo, de colocarlo en instituciones especiales. Como se comprende, esto es, de alguna manera, captado por el chico. En cuanto a la **inteligencia**, los datos sobre el Cociente Intelectual de estos enfermitos son contradictorios. Las relaciones del niño con su "entourage" son decisivas. Puede ser, la diabetes, causa indirecta de retardo en: 1) secuelas encefalopáticas de accidentes hipoglucémicos, frecuentes en la insulino-terapia; 2) el síndrome de Mauriac o en formas asociadas con otros infantilismos.

el adulto diabético

P. Recamier (1955), entre otros, subraya diferencias entre el **diabético gordo y el flaco**. El primero, dice, satisface por la hiperfagia buena parte de sus deseos receptivos, y conserva así un equilibrio afectivo y metabólico relativamente estable; pero soporta mal las restricciones dietéticas (el médico se ve investido del papel de la madre que priva a su niño de "las cosas ricas"). El segundo parece no querer recibir nada del mundo exterior; se libra a una verdadera auto-

fagía; y no es sólo por la vía orgánica que se destruye, también lo hace por su comportamiento, por las imprudencias graves que comete, en régimen y medicación. Tal vez sea esta afirmación un poco simplista, pero apunta a hechos que merecen ser profundizados.

La sintomatología más frecuente comprende:

Astenia predominantemente física, en relación variable con los trastornos metabólicos, acompañada a menudo de **impotencia sexual** y/o **arreflexia tendinosa** (signos, éstos, de gran valor). Puede llegar a constituirse un verdadero cuadro de **neurastenia "adquirida"** (con astenia, impotencia, cefaleas, irritabilidad, hiperestesia sensitiva o sensorial, dolores corporales).

Síndromes depresivos. En general, tanto más acentuados cuanto más grave es la diabetes. Pueden llegar a la melancolía. Se admite que una depresión prolongada, en un terreno diabetógeno, puede mantener y agravar una diabetes que acentúa la depresión, creando un verdadero círculo vicioso psicossomático.

Una tonalidad hipocóndrica, suele impregnar estos cuadros.

Pero se observan también **cuadros confuso-oníricos** en las fases de transición hacia o desde el coma diabético. Es necesario un interrogatorio dirigido para descubrirlos retrospectivamente porque son trastornos que se recuerdan mal, ligados como están a una alteración de la conciencia. Una de-estructuración menor de ésta, en el nivel crepuscular, también ha sido relatada. Fuera de los trastornos metabólicos vinculados al coma, se han referido en un pequeño número de casos, psicosis orgánicas agudas. La observación hace suponer que, cuando ocurren, se deben a complicaciones como la uremia, la avitaminosis, la arteriosclerosis cerebral, la demencia senil, el alcoholismo, la encefalopatía diabética.

No debe olvidarse que la **arteriosclerosis cerebral** es más frecuente en los diabéticos que en el promedio general, y es responsable común de trastornos del humor y del carácter, de ictus confusionales, de depresiones atípicas, de déficit intelectual.

diabetes y enfermedades mentales

Ciertos estudios estadísticos han demostrado que la diabetes es más frecuente en los enfermos mentales que en la población en general. Para explicar este hallazgo se han indicado diversos factores: edad media más elevada de los asilados, el diagnóstico en los hospitalizados de diabetes hasta entonces desconocidas, la existencia de afecciones que pueden entrañar a la vez diabetes y trastornos psíquicos (tumores o hemorragias cerebrales, factores tóxicos orgánicos como alcoholismo y ateroma). Aunque los datos no son categóricos, se señala su mayor frecuencia en los manícodepresivos, cuyo hábito es generalmente pícnico. Sería rara en la esquizofrenia y en los epilépticos.

tratamiento

La importancia de la psicoterapia en los diabéticos es algo definitivamente demostrado. Su objetivo es mejorar su equilibrio afectivo y lograr la adaptación del paciente a su enfermedad y a su tratamiento, de modo que vean la posibilidad de una vida útil y rica.

Si se quiere ser práctico, hay que tener presente que su "emotividad" influye poderosamente sobre su metabolismo como también sobre su reactividad a la medicación (una dosis de insulina tiene efecto diferente

según que el enfermo esté tranquilo o no). Un balance de calorías y de necesidades de insulina es sólo una falsa exactitud, si no tiene en cuenta la situación vivencial porque está pasando el enfermo, y las repercusiones psíquicas que sobre él tiene el tratamiento. El temor de ser señalado como diabéticos ya tiene importancia. No insistiremos sobre algo ya considerado. Sólo reiteraremos el carácter vital de esta atención en el niño. Terminaremos este capítulo con las siguientes preguntas formuladas por M. Bleuler (1956): ¿cuáles son las formas de diabetes y los tipos de enfermos en que el tratamiento especializado del psicoterapeuta puede obtener mejores resultados que la atención del clínico?; ¿hay casos de diabetes que pertenecen íntegramente al psicoterapeuta y en los que la psicoterapia puede sustituir al tratamiento somático?; ¿en caso afirmativo, cuáles son?". Otros problemas referentes a la esencia de la diabetes y de las afecciones psicósomáticas han sido planteadas al comienzo de nuestro trabajo.

