

PUBLICADO EN LA REVISTA  
DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA  
DE EUROPA Y AMÉRICA LATINAS  
REVISTA TRIMESTRAL  
BARCELONA

AÑO VI

TOMO III

NUM. 6

Págs. 467 a 473 — ABRIL 1958

*Clínica Psiquiátrica Universitaria (Prof. SARRÓ), de la Facultad de Medicina de Barcelona*

## CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE NEUROSIS DE RENTA

JUAN CODERCH

Las diversas notas sobre la neurosis de renta existentes en la literatura psiquiátrica mundial, coinciden en definirla como un estado de incapacidad funcional posterior a un trauma, y provocado por el deseo inconsciente de recibir una compensación. En otras palabras, parte de los autores consideran a la neurosis de renta como la más importante secuela de la neurosis traumática, mientras que el resto de ellos la identifica, usando ambos términos indistintamente. Así, AJURIAGUERRA, ACULERGUES y HECAEN, se refieren a ella en los siguientes términos: «la sinistrosis o neurosis de renta de los autores alemanes es definida, desde BRISSAUD, como el estado psicopático especial, que no es nunca la consecuencia necesaria e inevitable del accidente, puesto que procede de una interpretación falsa de la ley y consiste en una especie de delirio razonador, fundado en una idea de reivindicación..., la búsqueda de la compensación no puede ser considerada como una forma aislada, pero colorea más o menos el cuadro...».

VALLEJO NÁJERA define las neurosis de deseo como ciertos síndromes psíquicos consecutivos al deseo de hallarse enfermo para alcanzar determinada finalidad, y —continúa este autor— demuestran las estadísticas que las leyes de indemnización por accidentes sufridos en el trabajo, y en los seguros de enfermedad, han aumentado en proporciones increíbles el número de dichas neurosis.

JULIO ENDARA (jr.) cree que ha de haber cuatro condiciones para el desencadenamiento de una neurosis de renta: 1.<sup>a</sup> Causa traumática. 2.<sup>a</sup> Condiciones

de medio favorables. 3.<sup>a</sup> Terreno individual predispuesto. 4.<sup>a</sup> Posibilidades de indemnización.

MIRA y LÓPEZ habla de las neurosis de renta o traumáticas, calificándolas como estados neuróticos que acompañan a los casos de trauma profesional, o sea, que tienen como causa aparente una situación en la cual el sujeto puede demandar una indemnización a la empresa o al Estado.

En los mismos o parecidos términos se expresan NEGELI, BLAIN y HEATIL, GRINKER y SPIEGEL, y SMITH y SOLOMON. Nosotros aceptamos esta concepción de la neurosis de renta, pero considerando que el trauma no siempre ha de ser físico, sino que en muchas ocasiones bastará un trauma psíquico para desencadenar el cuadro. Con esta salvedad abrimos brecha en la valla que etiológicamente pudiera diferenciar esta neurosis del resto de ellas, puesto que todas las enfermedades emocionales son últimamente traumáticas en su origen. Creemos prudente referirnos primero a lo que hasta ahora se ha venido denominando neurosis traumática, para adentrarnos después en el concepto más amplio de neurosis de renta.

En la necesidad de dar una definición de las neurosis traumáticas, esbozaremos la siguiente: son un grupo de reacciones neuróticas, las cuales siguen, o son atribuidas, a un suceso traumático. El término de neurosis traumática fué introducido por OPPENHEIM, neurólogo alemán, el cual sugirió que, como consecuencia del trauma, se producían cambios moleculares en el sistema nervioso central, de los cuales se derivaban los síntomas emocionales. Durante largo tiempo fueron aceptadas estas teorías, hasta que a comienzos del presente siglo comenzaron a caer en descrédito.

A finales del siglo pasado, el profesor JUAN M.<sup>a</sup> CHARCOT, realizó los primeros descubrimientos respecto a la dinámica de las neurosis traumáticas, las cuales causaron profunda impresión en SIGMUND FREUD, a la sazón discípulo de CHARCOT.

Progresivamente, las teorías que propugnaban lesiones físicas fueron cayendo en desuso. Su influencia, sin embargo, queda reflejada a través de los años con la introducción de términos tales como «Shell Shock» «Blast reaccion» «Concussion syndrome», «Reacción de stress», etc.

Cuando, en 1927, PAULOV desarrolla su importante concepción de los reflejos condicionados, llegamos al conocimiento de los efectos del trauma repetido sobre la economía humana y su fisiología. En 1929, W. B. CANNON, en los Estados Unidos, estudió algunos de los cambios ocurridos durante el miedo, el hambre, la tristeza y la cólera. Escribió acerca de la movilización de emergencia, que ocurre cuando hay una preparación fisiológica para la fuga o el ataque, la cual constituye una notable parte de la *respuesta total individual a la crisis*.

Pueden encontrarse en la *respuesta total al trauma* todos los tipos de síndromes, defensas y combinaciones de ellos. SCHILDER cree que el grupo más frecuente de síntomas es el histérico, especialmente en forma de reacción de somatización, seguido de los grupos hipocondríaco y neurasténico. Ocasio-

nalmente son vistas reacciones depresivas y, más raramente, formaciones fóbicas.

En todas las neurosis traumáticas el dictamen médico determina que los síntomas subjetivos que aqueja el paciente no pueden ser objetivados clínicamente, y resultan inesperados en relación con la clase y grado de injuria sufrida. LEWIS HILL cita un síntoma poco común, consistente en la preocupación obsesiva por pequeños detalles. Dice LEWIS HILL que la característica regular de estos pacientes, es que desplazan sus preocupaciones sobre pequeños detalles.

Un síntoma significativo, citado por LOWENSTEIN, es la repetición de un sueño, en el cual se reproduce la escena del traumatismo.

Dado que las situaciones traumáticas son inevitables en el transcurso de toda la vida humana, su mayor o menor repercusión dependerá de la variable capacidad para tolerarlas. Así, BLAIN y HEATH exponen la gran variedad de respuestas halladas entre marinos sujetos a las mismas situaciones traumáticas, tales como bombardeos, naufragios, etc.

Al lado de graves neurosis traumáticas desencadenadas por traumas mínimos, hallamos otras desencadenadas por traumas severos o repetidos, aun cuando DEUTSCH opina que tales traumas severos pueden ser los desencadenantes de una neurosis, pero son muy raramente la sola y última causa de ellas. LAUGHLIN afirma que el aumento de vulnerabilidad ante los traumas puede ser reflejo de actitudes sobreprotectoras por parte de los padres. FENICHEL cree que las viejas amenazas y temores infantiles reaparecen súbitamente cuando un suceso traumático los pone de nuevo en marcha. En este sentido, hemos de pensar que, a causa de tempranos conflictos infantiles, existe una vulnerabilidad ante determinadas situaciones traumáticas, constituyéndose como un verdadero talón de Aquiles en nuestro aparato psíquico.

Entre los factores que predeterminan la individualidad de la reacción ante el trauma, tenemos ante todo la experiencia vital total del individuo. Tal predeterminación llega a veces a influir en la misma génesis del trauma. Destacan por su importancia las relaciones sostenidas en la infancia con los padres. Actitudes sobreprotectoras y aprensivas por parte de los padres, condicionan más tarde similares actitudes de los hijos hacia ellos mismos.

Otro factor a considerar es el nivel subjetivo de impotencia y desamparo. En este sentido, FREUD observó que la situación traumática está basada en la estimación subjetiva de la propia debilidad, comparada con la magnitud del peligro, y la admisión de la propia impotencia para arrostrarlo.

Es frecuentemente observable que en muchas ocasiones media un considerable espacio de tiempo entre el trauma y la aparición de los síntomas. Puede deberse ello a dos hechos. El primero, es que hayan aparecido nuevos factores durante este intervalo de tiempo. Otro hecho, es que en el momento de emergencia, el organismo necesita de todas sus fuerzas para hacer frente a la situación, presentándose los síntomas una vez el peligro ha desaparecido.

En cuanto a la psicodinamia de las neurosis traumáticas, GRINKER y SPIGEL consideran a estas reacciones neuróticas como similares a otras neurosis, con la sola diferencia de que en las neurosis traumáticas habría habido una

fusión de los conflictos emocionales anteriormente existentes con la situación desencadenada por la reacción aguda ante el trauma. También ALEXANDER escribe: «Lo que caracteriza a este grupo de neurosis no es el trauma, existente en todas las enfermedades neuróticas, sino la agudeza de la reacción.» SMITH y SOLOMON afirman que las neurosis son el tallo florido de una semilla previamente plantada, la periódica rotura de una antigua cicatriz. FENICHEL, a su vez, habla de la artificial distinción entre neurosis traumática y psiconeurosis.

Hechas estas consideraciones, pasaremos al estudio de la neurosis de renta propiamente dicha.

Los más intrincados e irresolubles problemas que pueden ofrecerse al médico práctico y al psiquiatra, los presentan aquellas neurosis consecutivas a accidentes industriales, en las cuales hay una neurótica exageración de los síntomas aparecidos después de la injuria. Como hemos visto, estos casos son denominados por diversos autores, neurosis de compensación o de renta, debido al convencimiento, por parte del paciente, de que se le debe una indemnización por las molestias sufridas, o por la incapacidad para el trabajo. Los factores que condicionan la mayor dificultad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de este grupo de neurosis son los siguientes: 1.º Por parte del médico: a) Desorientación ante el fracaso en hallar lesiones orgánicas que justifiquen trastornos funcionales. b) Imposibilidad de calibrar las poderosas necesidades inconscientes que explican la cronicidad de los síntomas y el fracaso de las terapéuticas usuales. c) Los complejos problemas médico-legales que surgen a menudo. 2.º Por parte del paciente: a) Los elementos de la compensación inconscientemente buscada pueden ser los externos sustitutos de una interna necesidad de dependencia. b) Significado oculto del suceso, ya existente antes del trauma. c) Predisposición del individuo a desarrollar una reacción neurótica. d) Inconsciente necesidad de sufrimiento en respuesta a un sentimiento de culpa. La injuria física sirve para aliviar este sentimiento de culpa, y el mismo papel puede jugar el sufrimiento moral. Cuando el daño físico es pequeño, el sentimiento de culpa y concomitante necesidad de sufrimiento restan insatisfechos, y entonces se intenta calmarlos con un aumento del sufrimiento moral.

En la consideración de estos factores, llegamos a dos hechos que, presentes en todas las neurosis, adquieren en la de renta un relieve especialmente característico. Hay en toda neurosis dos factores sobre quienes recae la responsabilidad del desarrollo y duración de la enfermedad. A estos factores los denominamos ganancias de la enfermedad neurótica.

La ganancia primaria, o interna, es básica para la iniciación de la enfermedad, de la cual es enteramente responsable. Podemos decir que es la razón de ser de la neurosis. En breves palabras, la ganancia interna consistirá en la evitación de angustia mediante la resolución de problemas inconscientes, preservación del ego, y gratificación de internas y profundas necesidades, tales como tendencias masoquistas, deseo de amor y cuidados, etc. Su estudio nos llevaría a la descripción detallada de la etiología de las neurosis. Lo que da a la neurosis de renta un sello peculiar es el papel preponderante que en ella juega la ganancia secundaria externa. Ésta consiste en una ventaja material

de la enfermedad, jugando una parte importante en su propagación y perpetuación. El papel de la ganancia secundaria es más aparente en la neurosis de renta que el de la ganancia primaria. En los casos en que se presenta un cuadro de histeria de conversión, por ejemplo, las ganancias secundarias pueden ser enteramente obvias, lo suficientemente marcadas, incluso, para parecer esfuerzos conscientes. Ello puede conducir a incomodar y frustrar a la familia y al médico; añadiéndose entonces otro problema como consecuencia de la enfermedad.

Observada atentamente, la ganancia conseguida mediante la neurosis es siempre falsa y perjudicial, siendo, a la larga, nefasta para el enfermo. Los pacientes neuróticos desarrollan síntomas complejos en su esfuerzo por resolver conflictos emocionales. Vemos enfermos que durante largos años se aferran a un síntoma doloroso y que les coloca en una situación de franca inferioridad, para conservar una nimia ventaja adquirida durante su enfermedad.

Es preciso establecer una diferencia entre la ganancia secundaria buscada inconscientemente y la simulación. Aquélla es la ventaja derivada de un síntoma, pero éste es explotado una vez ya establecido, mediante mecanismos inconscientes, lo cual es muy distinto de la simulación de la enfermedad para alcanzar cualquier propósito. Desde luego, muchas veces es difícil establecer una clara línea divisoria entre la ganancia secundaria inconscientemente buscada y la buscada conscientemente.

En 1905, FREUD comenta la función secundaria de un síntoma, diciendo que ayuda a éste para que llegue a estar firmemente anclado en la vida mental del paciente. En 1926 escribió acerca del papel de la ganancia secundaria en los siguientes términos: «ayuda al ego en su esfuerzo por incorporar el síntoma dentro de él mismo, por lo cual se robustece la fijación de aquél».

SAUL y LYONS han notado el importante papel de la ganancia secundaria en la prolongación de la enfermedad, definiéndola como una gratificación real o imaginaria para perpetuar la enfermedad.

FENICHEL cree que en las neurosis de renta los síntomas pueden adquirir secundariamente el significado de la demostración de la propia debilidad, en orden a conseguir ayuda externa, tal como era posible en la niñez.

HELENE DEUTSCH menciona el incremento de interés y atención por parte de los padres hacia su hijo con afonía histérica o anorexia mental. En los casos de *fatiga emocional*, una de las formas más frecuentes de incapacidad laboral, la ganancia secundaria puede consistir en la evitación de un trabajo odiado o dificultoso, o en alejar de sí responsabilidades indeseadas. En las neurosis de renta, la compensación buscada no sólo reporta como ventaja un sostén económico, sino que también está conexas con profundas necesidades de amor, seguridad y protección, satisfaciendo el deseo de ser cuidado emocionalmente por la sociedad, que aquí adopta una imagen parental.

Aun cuando la ganancia primaria es siempre la iniciadora de las neurosis, en las de renta la ganancia secundaria puede crecer y llegar a ser tan necesaria que haga palidecer a la ganancia primaria, siendo enteramente responsable de la duración y desarrollo de la enfermedad. Muy a menudo el paciente llega a

estar tan embrollado en la necesidad de justificar su incapacidad laboral y en sus esfuerzos por lograr una indemnización, que toda su vida viene a girar alrededor de la enfermedad. Termina por establecerse un círculo vicioso, difícil o imposible de romper, hasta el punto que sería más fácil separar al enfermo de un brazo o una pierna, que de su necesidad de ser cuidado por la sociedad. Es fácil formarse una idea de cuán grandes serán las dificultades del psicoterapeuta para ofrecer al enfermo algo mejor que las ganancias de su enfermedad.

Dos factores condicionan principalmente la resistencia que hallamos en el curso del tratamiento psicoterapéutico. 1.º El autorrespeto del enfermo hace que sea considerada necesaria una causa orgánica de la enfermedad. 2.º El descubrimiento del previamente inconsciente conflicto, puede dar lugar a un impacto traumático, el cual, a su vez, aumenta la resistencia.

Concluiré diciendo que el enfermo afecto de neurosis de renta no es un simulador, ni tampoco tan solamente un individuo a quien el deseo de una compensación haya provocado su enfermedad, sino que sufre una grave y profunda neurosis, de la cual la compensación buscada es tan sólo la expresión externa en algunos casos, y en otros, un síntoma desarrollado secundariamente.

Aunque pueda parecer que todo lo expuesto hasta aquí sea algo que concierne tan sólo al psiquiatra y sin interés práctico para el médico internista, la importancia de estos hechos trasciende la psiquiatría, abarcando todas las ramas de la medicina e invadiendo, como río salido de madre, el inmenso campo de la medicina social.

#### RESUMEN

Lo que da a las neurosis de renta su sello peculiar, es el papel preponderante que en ellas juega la ganancia secundaria externa, la cual consiste en una ventaja material que se deriva de la enfermedad, de cuyo desarrollo y cronicidad es en gran parte responsable. Empero, los conflictos inconscientes constituyen en éstas, como en las otras neurosis, el punto de arranque de la enfermedad. Lo que distingue a la neurosis de renta de la simulación consciente es que en aquélla el síntoma es explotado, una vez ya establecido, mediante mecanismos inconscientes. La compensación buscada es sólo expresión externa de una grave problemática interna.

#### SUMMARY

That which gives income\* neuroses their special stamp is the preponderant role played by external secondary gains, which consist of material advantages derived from the illness, for the development and timing of which they are largely responsible. Nevertheless, unconscious conflicts, here as in other neuroses, form the starting point of the disease. In income neurosis the symptom is exploited, once it has appeared, by unconscious mechanisms. The sought for compensation is only the outward expression of a serious internal problem.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER, F.: *Fundamentals of Psychoanalysis*. New York, W. W. Norton & Co. 1948.  
BLAIN, D. y HEATH, R. G.: The nature and treatment of traumatic war neuroses in seamen, *Internat. J. Psycho-Analysis*. 25, 142, 1944.

(\*) Neurosis de renta. Tiene otro nombre en inglés del cual no me acuerdo ahora. Industrial neurosis (?) (N. del T.)

- DEUTSCH, HELENE: The Psychoanalysis of the neuroses. London, Hogarth Press, 1951.
- FREUD, S.: Obras completas. E. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- GLOVER, EDWARD: The screening functions of traumatic memories. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 1929.
- GRINKER, R. R. y SPIEGEL, J. P.: Men Under Stress. Philadelphia, The Blakiston Co., 1945.
- KARDINER, A.: The traumatic neuroses of the war. New York, Paul B. Hoeber, 1941.
- LAUGHHLIN, H.: The Neuroses in Clinical Practice, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1956.
- MIRA y LÓPEZ, E.: *Psiquiatría*. Buenos Aires, E. El Ateneo, 1952.
- SAUL, L. J.: The nature of neurotic reactions. *Psychiat. Am. J.*, 106, 547, 1950.
- SMITH, H. W y SOLOMON, H. C.: Traumatic Neuroses in Court. *Ann. Int. Med.*, 21, 376, 1944.