

LOBULO FRONTAL. PERSONALIDAD Y CONDUCTA *

MARIO FUENTES

Académico de número

El tema que voy a desarrollar es sumamente sugestivo y complejo, y de él sólo voy a tocar aspectos parciales que puedan dar idea de su desarrollo y del concepto que tengamos en la actualidad del lóbulo frontal y la personalidad.

Empezaré por aclarar que la personalidad, de la cual hay múltiples definiciones, es, en resumen, la resultante de la suma de especificidades psicoorgánicas del individuo frente al medio; entender lo que es la personalidad, es representarse "cómo es el individuo en la infinita variación de sus específicas circunstancias; cómo reacciona emocionalmente ante su propia estructura psicológica, en función de sus factores hereditarios y dinámicos formativos, cómo actúa en relación con las múltiples facetas del medio en que se mueve, en el más amplio sentido biológico. Estas modalidades de ser y de seguir siendo ante el ambiente, con las infinitas variantes de éste, es lo que pueden entenderse en psiquiatría como *Personalidad*. Ahora bien, la expresión simple o compleja de esta o aquella personalidad en el ambiente, con características de perseguir un objetivo, es lo que se puede denominar *conducta*. La personalidad implica especificidad cualitativa; la conducta implica la movilización de esa personalidad hacia determinados objetivos.

Si la personalidad es la resultante de diversas condiciones psicoorgánicas y la conducta la movilización de la personalidad hacia determinados objetivos, hemos de reconocer que tanto una como otra, deben ser referidas a factores de pluricausalidad.

Si partimos de hechos psicológicos subjetivos, como el afecto específico hacia una persona joven de sexo femenino, este fino sentimiento amoroso imprime características psicológicas momentáneamente adecuadas en la per-

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 22 de abril de 1953.

sonalidad del interesado y éste orienta — o se moviliza — hacia un objetivo determinado, es decir, desarrolla una conducta propositiva. Comprendemos entonces la complejidad de lo que es la personalidad y la conducta y cuán lejos estamos de referir estos hechos psicológicos y muchos de nuestros sentimientos, afectos y emociones, a determinados sitios anatómicos, neuro-anatómicos para ser más precisos, y hacer depender la personalidad y la conducta de un concepto topístico cerebral. Aceptar por ejemplo, un concepto gruesamente neurológico, para entender el mecanismo de nuestros sentimientos, es ignorar o desentenderse de todo lo adquirido a través de la psicología dinámica de la conducta, pese a nuestra posición neurologista o neurofisiológica de la psiquiatría.

Sin embargo, hemos de reconocer a través de hechos objetivos de la clínica, de hechos experimentales y de otros procedimientos científicos, que la personalidad y la conducta se ven alteradas en múltiples padecimientos neurológico cerebrales; padecimientos que lesionan sitios específicos del cerebro, y que modifican profundamente la conducta de actividad, la conducta afectiva, la conducta social y, a veces, específica y aun exclusivamente la conducta ética.

Estos hechos, que forman ya adquisiciones neurológicas para la comprensión de la conducta del individuo, han servido para investigar, en el cerebro mismo, cuáles pueden ser los sitios más altamente organizados, anatómica y funcionalmente, para el desarrollo de estas funciones complejas de la conducta y personalidad.

El presente trabajo se va a concretar a hacer resaltar los hechos ya conocidos, las adquisiciones recientes, que permiten conferir toda la importancia que tiene el lóbulo frontal o los lóbulos frontales, más correctamente dicho, en la integración de la personalidad.

Será imprescindible admitir la enunciación de otros hechos que nos llevarán a señalar la importancia de otras porciones del encéfalo, con las que los lóbulos frontales tienen una conocida relación anatómica y funcional y cuyas alteraciones, pueden dar alteraciones de conducta y de la personalidad, tan bien como el hipotálamo, el tálamo mismo, o bien, otras porciones corticales, con las que los lóbulos frontales se unen por vías de asociaciones interlobulares propiamente.

Nielsen ¹ resume en su libro "The Engrams of Psychiatry" que "los engramas de la personalidad, tienen un componente mesencefálico (tronco cerebral), diencefálico y cortical; que los componentes basales de estos engramas, diencefálico y talámico, son hereditarios y cuyas alteraciones ocurren con dificultades; que los engramas corticales se organizan a través de

la circunvolución del cíngulo y el lóbulo frontal". Cada uno de estos sitios puede tener su expresión clínica que permita identificar los trastornos de la personalidad dependientes de alguno de ellos.

Lóbulos frontales. Resumen histórico. El conocimiento de los síntomas de los lóbulos frontales se desarrolla con las observaciones clínicas de los tumores, de las lesiones vasculares, de los padecimientos inflamatorios y degenerativos; de modo que esta sintomatología variable y múltiple da lugar a diversas manifestaciones sintomáticas ligadas a estos padecimientos o bien a lesiones, que, siendo frontales por su localización, dependen también de la repercusión de estos síntomas sobre estructuras vecinas o ligadas funcionalmente a los lóbulos frontales.

Si se hace un forzada división de síntomas, podríamos, por necesidades didácticas solamente, considerar los síntomas propiamente neurológicos y aquellos predominantemente psíquicos.

La anatomía comparada ha servido para estimar que, en los animales de escala más altamente diferenciada, los lóbulos frontales mostraban mayor desarrollo y mayor complejidad funcional, y como paralelamente mostraban estos animales mayor desarrollo psíquico, la inteligencia se hizo depender de los lóbulos frontales principalmente.

Los estudios de Vogt Brodman vinieron también a establecer que las estructuras meloarquitectónicas eran muy diferentes en la región prefrontal del resto del cerebro, concluyendo en una diferenciación también de funciones. Estudios experimentales de Hitzig, haciendo estimulaciones eléctricas en los polos frontales, comprobaron que estas zonas no respondían con descargas motoras como lo hacía la zona psicomotora, y se dedujo que los lóbulos prefrontales eran el asiento de funciones especializadas, como la del pensamiento abstracto.

Bianchi,² ha logrado, con excitaciones en los lóbulos frontales, provocar midriasis y movimientos de las orejas; movimientos auriculares y oculares, que se relacionaban con el acto de la atención activa, es decir, con una función psíquica.

Posteriormente se hicieron experiencias de extirpación de lóbulos frontales en animales, y se apreciaron en los estudios de Bechterev, Lúgaro, Afanasiev y Bianchi, una serie de síntomas dependientes de la extirpación de estas porciones:

1. Falta de capacidad perceptiva.
2. Perturbaciones de la memoria.
3. Disminución de la capacidad asociativa y falta de iniciativa.
4. Carencia de manifestaciones afectivas y emocionales.

En general, los animales producían una impresión de estupidez, apatía e indolencia y sus movimientos parecían repetidos o estereotipados.

En el hombre, aparte de los tumores y otras lesiones, los traumatismos de guerra han servido para enriquecer las observaciones y conocer la sintomatología frontal. La mayor parte de los estudios concuerdan en las alteraciones psíquicas.

La historia de estas alteraciones psíquicas se va enriqueciendo en los últimos tiempos por la neurocirugía y, para ser justos, diremos concretamente, por la psicocirugía, iniciada por C. Burckhart, continuada y actualizada sobre bases neurofisiológicas y a luz de los actuales adelantos psiquiátricos, por el profesor Egas Moniz, de Portugal, y por Freeman y Wats en los Estados Unidos.

Gracias a este capítulo psicóquirúrgico, se ha venido, como veremos posteriormente, a precisar la importancia de los lóbulos frontales, no en la forma global o indiscriminada como las observaciones clínicas nos lo podían presentar, sino con la precisión de estos procedimientos quirúrgicos de sección selectiva lo han podido hacer. Se verá, de acuerdo con los estudios de Freeman, que pueden presentarse alteraciones más o menos específicas de la conducta psicosocial de estos enfermos, aunque se conserva un buen nivel intelectual en muchos de ellos y se presentan también supresiones de desarreglos emocionales, que constituyen el núcleo de las neurosis.

La observación de las modificaciones gruesas de la conducta y aun de alteraciones finas de la personalidad, ha hecho que se considere a la psicocirugía como un procedimiento no solamente terapéutico, sino como un recurso de cirugía funcional. Ella permite ir ampliando las relaciones funcionales de regiones circunscritas de lóbulos frontales; las funciones de estas porciones en relación con las conexiones frontotalámicas; la importancia de las lesiones en el tálamo mismo y de otras alteraciones de vías, como las hipotálamofrontales (discutibles para algunos autores); pero cuyas secciones o desconexiones con los lóbulos frontales, alteran en cierto sentido las características de la personalidad, o bien, cuando esta personalidad se muestra ya alterada por la neurosis o la psicosis, la psicocirugía, con su sección selectiva, o la topectomía, con su extirpación también selectiva, suprimen ciertos mecanismos afectivos o emocionales que restringen o tuercen la expresión natural de esa personalidad.

Podemos, sin exagerar el hecho, considerar, en la adquisición histórica de la sintomatología frontal y en el conocimiento de las funciones de los lóbulos frontales, dos etapas o eras, la una previa a la psicocirugía y la otra posterior a ella. Deseamos rendir en México, por mi modesta persona, un homenaje de gratitud a estos fundadores de la psicocirugía actuales huéspe-

des nuestros, y a los iniciadores de un procedimiento neurofisiológico para el estudio de la personalidad.

Sintomatología. Por la necesaria brevedad de esta comunicación, omitimos el conjunto de síntomas propiamente neurológicos que las diversas lesiones, tumores, heridas y cuadros vasculares o inflamatorios, imprimen a los lóbulos frontales y vamos a concretarnos a los síntomas psíquicos, a los trastornos de la personalidad y en general, de la conducta, que se observan en los enfermos frontales.

Los síntomas que vamos a referir, se deben relacionar desde luego, a lesiones o alteraciones estructurales correspondientes a los lóbulos prefrontales, excluyendo, desde luego, zonas diferenciadas de los lóbulos frontales, como la zona motora y premotora y las áreas 44 y 45, relacionadas específicamente con el lenguaje y la escritura.

Las diversas descripciones dadas por diferentes autores varían, en ocasiones en relación con los cuadros patológicos, ya se trate de tumores, heridas, atrofias, reblandecimientos o bien de secciones como lobectomías, girectomías o las recientes lobotomías en diferentes planos y distancias en profundidad de las lesiones practicadas.

Pero en conjunto hay congruencia y similitud de estas descripciones, que hacen confirmar las diversas alteraciones, especialmente psíquicas, afectivas o conativas, así como alteraciones finas o sutiles de la personalidad en las que ocurren defectos adaptativos de los enfermos operados, y que muestran la importancia de los lóbulos frontales como centro de integración de funciones intelectuales superiores (abstracción) y su relación, ya por alteraciones in situ de la arquitectura de sus diversas áreas, o bien por sus relaciones con el gran centro de integración de experiencias afectivas que es el tálamo óptico.

En los tumores del lóbulo frontal, cito la descripción de mi maestro el profesor F. Kennedy:³ "Estos enfermos muestran una jocosidad trivial y sin significado; tienen cortos períodos de excitación con risa tonta y sin motivo. Revelan una tendencia a sentirse ofendidos fácilmente y, por otro lado; una fácil y efusiva apología sobre simplezas. La epilepsia frontal es frecuente. Se caracteriza por "petit mal" y ataques de confusión mental; los enfermos frecuentemente bostezan y tienen incontinencia urinaria. Hay estupor frontal, que es menos profundo que el estupor o sueño mórbido inducido por lesiones hipotalámicas. Estos últimos pacientes pueden ser sacados del estado de estupor con estimulaciones y despertarlos a estados de conciencia con claridad "de cristal de roca"; en cambio, los de estupor frontal, despiertan a niveles de conciencia nebulosa".

Seguramente que hay variantes de esta magistral descripción en la experiencia de todos los que hemos estudiado estos enfermos frontales. En algunos casos la conducta es como hipomaniaca con gran euforia, y en otros, por el contrario, se muestra cierto grado de depresión hasta niveles de estupor y aquinesia semejantes al catatónico. En otros enfermos frontales, especialmente aquéllos con lesiones degenerativas lentas (Enfermedad de Pick o de Alzheimer), la sintomatología psíquica es muy semejante a la del paralítico general, con estado demencial simple; impresiona su falta de crítica, su incapacidad para valorar su derrumbe psíquico; toda su conducta se caracteriza por una falta de previsión; y sus objetivos inmediatos quedan truncados por la falta de continuidad en su conducta. Son enfermos en los que se va apreciando la demencia progresiva y la pérdida paulatina de las adquisiciones finas de la educación y de las reglas éticas de la comunidad, para caer en actos de conducta exhibicionista, muchas veces cínica, sin el menor sentido de pudor o valoración de su conducta.

Estos enfermos con demencia progresiva, van mostrando en su conducta un conjunto de actos que impresionan por su carácter automático; constituyen grupos de acciones residuales, como fragmentos de engramas más complejos que se desintegraron en el proceso de la demencia; actúan en forma simplista, con actos perseverativos; el vocabulario se ve reducido, sus informaciones se hacen concretas y muchas veces estereotipadas. En un grado avanzado de la demencia frontal, se aprecian respuestas rígidas y perseverativas, en las que se advierte que se ha perdido toda capacidad asociativa, como si la corta cadena de palabras formara un circuito cerrado, que no puede conectarse con otros y que normalmente son múltiples al infinito. Es común ver en estos enfermos con demencia frontal, la ecolalia, la eco-praxia y, en algunos casos la sugestibilidad y aún obediencia patológica. En alguna enferma observaba una conducta como "seguimiento automático hacia otra enferma", como una reminiscencia quizá del instinto gregario o consecuencia de una automatización, ya no dirigida por la conducción inteligente o por la función de síntesis y de análisis que se le reconoce por otros autores a los lóbulos frontales.

Al lado de estos trastornos psíquicos propiamente, se describen otros, de carácter regresivo de la personalidad, o bien, otros síntomas neurológicos variados, síntomas en relación con los centros neurovegetativos frontales del área 6 que tienen importancia clínica y algunos de los cuales ya habían sido relacionados por Cushing especialmente con el hipotálamo.

En los casos de heridas frontales recogidos por Feuchtwanger (citado por Freeman, pág. 49) señala el autor los trastornos de la atención, los cam-

bios del humor, la euforia, estados de moria (Witzelsucht), así como otros conjuntos sintomáticos, como estados hipomaniacos, labilidad del humor, que pasa de un extremo a otro en los cambios emocionales; existen moria y eretismo sexual, conducta de apatía en algunos, de indecisión y hasta estados aquinéticos. En este grupo de enfermos con heridas de los lóbulos frontales estudiados por Feutchwanger, no hay ostensibles trastornos intelectuales, en contraste con los trastornos de conducta y las alteraciones propiamente emocionales y afectivas.

En cuanto a los trastornos de la personalidad, es importante señalar simplemente la obra de Kleits, en la que ha encontrado en su amplio grupo de heridas de guerra, multitud de finos trastornos de la personalidad, que hacen una fragmentación psicológica de la personalidad y ha asignado para cada una de estas divisiones del yo, verdadero mosaico de la personalidad, un campo o área citoarquitectónica específica. Se verifiquen o no en el futuro estas interpretaciones de Kleist, el hecho es que sus enfermos mostraron trastornos psíquicos importantes, atribuibles a lesiones frontales.

Los casos de lobectomía unilaterales han servido para señalar también las variaciones que se han observado en la personalidad y conducta de estos enfermos. En general, se aprecian variaciones muy poco perceptibles en los casos en los que las lesiones o cortes son pequeños; en cambio, son importantes en los casos de lobectomías unilaterales amplias. Impresionan en la literatura al respecto, señaladas por Freeman (pág. 57), las observaciones de Penfield, quien operó a su propia hermana por un oligodendroglioma calcificado del lóbulo frontal derecho. Son de gran interés sus observaciones, desde luego por la cercanía que ofrecía el parentesco. Sus conclusiones en relación con las modificaciones observadas a largo plazo después de la lobectomía, fueron en el sentido de una deficiencia para planear sus trabajos administrativos de su casa. Las diversas pruebas psicológicas aplicadas, no indicaron trastornos intelectuales o déficit intelectual. Los estudios de Rylander hechos en enfermos operados por Olivecrona en Estocolmo, se han hecho clásicos por las muy estrechas observaciones que fueron llevadas por este autor, por la preparación previa que se hizo a sí mismo para la aplicación de una gran batería de "tests", etc. Sus observaciones indican que, en estos enfermos, había en su conducta una falta de tacto en el trato social, una inadecuada adaptación de la personalidad a las circunstancias del grupo social. Esta falta de control, se asociaba a veces a estados eufóricos y, en general, a una conducta pueril o regresiva; muchos de ellos, al volver a casa, no mostraron una adecuada respuesta a las necesidades del ambiente. Señala en algunos enfermos una marcada falta de iniciativa; uno de ellos se

expresaba diciendo que "sentía el impulso correctamente; pero era imposible ponerlo en juego". Parece que en estos enfermos hay una incapacidad de actuar, a pesar del plan teórico del acto. Observó también cambios importantes en la esfera emocional, tales como falta de control de los estados emocionales; observó euforia, tendencia a la moria, y algunos mostraron actos compulsivos.

En las lobectomías bifrontales, es clásico el caso Brickner. En éste y otros casos de la literatura, se hace patente cierto grupo de síntomas y perturbaciones de la personalidad que caracterizan bastante bien a la privación de lóbulos frontales. Brickner señala, en su enfermo, una falta de control emocional. El enfermo se hizo agresivo, negativista, jactancioso, megalómano, con una libre expresión de sus emociones y sin ningún tacto para sus pensamientos, a veces cínico, o hasta indecente en su trato. Observó una gran lentitud asociativa y rigidez en sus procesos mentales, sin el menor sentido de crítica. Los comentarios que se han hecho por diversos psiquiatras al caso de Brickner, son por lo demás interesantes; todos ellos encuentran profundas anomalías intelectuales y emocionales en estos enfermos; impresiona por ejemplo a Kubie (pág. 73) "el estado crónico hipomaniaco y le hace pensar que este paciente esté privado del registro de las emociones que normalmente pesan en el espíritu de las gentes normales; por ejemplo: debe estar libre de ansiedad, libre de los sentimientos de culpa o de cierto grado de inferioridad e incapacidad de poder apreciar sus propias ineptitudes y situación propia". Estos comentarios, con algunas variantes, ya indican a través de estas pocas observaciones, la importancia de los lóbulos frontales en funciones de análisis y síntesis, en funciones abstractas, en esa función intelectual de condensación de experiencias, que es el juicio, la crítica y la capacidad de introspección. Los lóbulos frontales parecen, por estas y otras observaciones, el sitio de conjunción de experiencias emocionales diversas funciones intelectuales cuya integración emocional e intelectual es indispensable para el debido equilibrio y ajuste de la personalidad al ambiente.

Por último, las experiencias más recientes de lobotomías, llevadas a cabo especialmente por Freeman, estudio sobre la adaptación social de mil casos, han venido a valorar, a través de las secciones topográficamente selectivas, en las radiaciones tálamofrontales, las diversas modificaciones psicosociales de la personalidad, y permiten de esta manera ampliar y también concretar el papel del lóbulo frontal en la integración de la personalidad.

La psicocirugía, en sus manos, ha venido a modificar algunos cuadros neuróticos y psicóticos, pero fundamentalmente a crear experimentalmente

cambios psicológicos de la personalidad, que van aclarando la importancia funcional de zonas, vías, centros, como el lóbulo frontal, el haz tálamo-frontal y el núcleo medio del tálamo, así como la importancia de las conexiones frontohipotalámicas. Esta cirugía funcional ha servido también para inclinar y balancear un poco las tendencias puramente psicológicas de algunas escuelas terapéuticas y se ha podido comprobar en sus resultados, todavía recientes, los grandes beneficios que difícilmente se comunican en esos mismos casos con técnicas puramente psicológicas. Inclutados siempre al eclecticismo dentro de nuestra práctica, reconocemos que estos últimos procedimientos psicoquirúrgicos han ampliado además el conocimiento mismo de la psicología, de las neurosis y de las psicosis.

En cuanto a las modificaciones de la personalidad en este grupo de lobotomizados, señala Freeman que los estudios psicológicos hechos con los diferentes "tests" de personalidad habituales "no revelaron los profundos cambios" que ocurren en pacientes lobotomizados. Con "tests" especiales se mostró en sus enfermos un déficit cuantitativo en lo que la doctora Mary Frances Robinson, llama "self-regarding span" (o sea déficit en el tiempo de autoconciencia), así como déficit en la deliberación.

En los estudios sociológicos, hechos sobre estos enfermos, especialmente en aquéllos en quienes se ha practicado lobotomía en un plano posterior, señala una serie de características en su actuación social, que me permito reproducir, ya que nadie más que él los ha señalado con su debida correlación de sección en el plano posterior: "estos individuos operados, dejan de ser conducidos por la urgencia interior de perfeccionamiento, muestran cierta pérdida de la asiduidad hacia la educación, experimentación, elaboración artística o el esfuerzo creador. Sus cualidades como líderes, la simpatía, el altruismo e interés por el bienestar del prójimo, se encuentran restringidos. En los juegos y diversiones participan más pasiva que activamente. Son agradables, listos, sensibles, compañeros amenos y buenos conversadores. Su capacidad para sacar provecho de la crítica es limitada; pero, en cambio, la crítica no les provoca, como antes de la enfermedad frustraciones y depresiones. Son capaces de soportar situaciones que antes de la operación les hubieran sido intolerables".

Estas y otras modalidades psicológicas de los lobotomizados en su actuación social, han fundado desde luego las más legítimas esperanzas de este procedimiento terapéutico; pero, sobre todo, han sentado las bases experimentales, por las secciones selectivas de vías frontotalámicas, para el estudio de la personalidad y conducta en relación con los lóbulos frontales. Ningún otro recurso había sido tan valioso en la adquisición de conocimientos

relacionados con la conducta y ningún otro tan selectivo para relacionarlo con las modalidades impresas en la personalidad del enfermo así tratado.

Finalmente, sólo quiero llamar la atención en el contraste que encontramos al seguir, aunque sea muy superficialmente, los avances psicológicos del estudio de los síntomas frontales, de los que, con los estudios de Hitzig, apenas se reconocía la importancia como órganos del pensamiento abstracto o de las funciones psíquicas, y los recientes estudios que ha permitido la psicocirugía, y por los cuales se llega a la precisión selectiva de cuáles trastornos de la personalidad social ocurren como consecuencia de la sección de fibras con sus conexiones talámicas.

RESUMEN

El autor hace una revisión de observaciones clínicas y experimentales sobre la importancia que tiene la función de los lóbulos frontales en la integración de la personalidad y de la conducta; y sobre las alteraciones que éstas sufren con la lesión, ya sea accidental o quirúrgica, de dichos lóbulos.

La posición del autor es eminentemente ecléctica, ya que reconoce que la neuroanatomía y la topología no son capaces de explicar muchas de las alteraciones ya nombradas. Sin embargo, estas observaciones sobre la innegable relación entre la personalidad y los centros nerviosos, constituyen un valioso peldaño en el estudio de la fisiología del cerebro y, en particular, de los lóbulos frontales.

SUMMARY

The author reviews a long series of clinical and experimental facts relating the function of the frontal lobes and their importance on the integration of conduct and personality. The alteration of both in cases of frontal lobes lesion, accidental or surgical, is also discussed.

The author holds an eclectic position, since he accepts that topology, in its present state, is not capable of explaining most personality disorders. Nevertheless, the observations on the relationship between personality and nerve centers, particularly the frontal lobes, are a definite advance in the study of brain physiology.

BIBLIOGRAFIA

1. Nielsen y G. N. Thompson: *The Engrams of Psychiatry*. Charles C Thomas, Pub., 1947, pág. 56.
2. Bianchi (citado por Puissepp): *Los tumores del cerebro*. Editado por Salvat, Barcelona, pág. 53.
3. *Psychosurgery*: Freeman y Watts, pág. 36.
4. El Plano de sección en la lobotomía en relación con la adaptación social, por Walter Freeman. Memoria del Congreso Internacional de Psiquiatría, París, 1950, página 84.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR MARIO FUENTES

ALFONSO MILLÁN
Académico de número

En muy breves líneas, dada la extensión y complejidad del tema anunciado, nuestro colega Mario Fuentes logra hacernos comprender, en un bien logrado resumen de hechos experimentales, quirúrgicos y clínicos, la importancia que tienen las funciones de los lóbulos frontales en la integración de la personalidad y de la conducta; así como las alteraciones que, tanto la personalidad como la conducta, sufren cuando dichos lóbulos frontales están lesionados por procesos patológicos o son intervenidos por el cirujano, con miras a obtener modificaciones de orden terapéutico. Dadas las limitaciones inevitables de tiempo, el autor tuvo que eliminar de sus consideraciones otros aspectos básicos relacionados con el tema de la personalidad y de la conducta, e hizo énfasis sobre los hechos neurofisiológicos necesarios a su plan de hacer resaltar la importancia de las funciones propias de dichos lóbulos frontales.

Por las mismas razones de tiempo, el comentario ha de ser breve, y tiende a señalar los aspectos no subrayados por el autor, aunque sí mencionados e intencionalmente dejados de lado. Desde luego, y al felicitar al doctor Fuentes por su amplio y comprensivo criterio, he de apoyar la declaración que él hace cuando dice: "comprendemos entonces la complejidad de lo que son la personalidad y la conducta, y cuán lejos estamos de referir estos hechos psicológicos y muchos de nuestros sentimientos, afectos, emociones, etcétera, a determinados sitios anatómicos, y cuán lejos estamos también de hacer depender la personalidad y la conducta de un concepto topístico cerebral." Y al terminar esta parte de su trabajo dice: "Aceptar un concepto gruesamente neurológico para entender el mecanismo de nuestros sentimientos, es ignorar o desentenderse de todo lo adquirido a través de la psicología dinámica de la conducta".

Lo anteriormente transcrito demuestra el eclecticismo del autor, así como su buen sentido clínico. En efecto, si se mantiene en el espíritu doctri-

nario y en la práctica diaria de nuestra especialidad, la reserva que expresa el autor, se está al margen de entusiasmos unilaterales en la búsqueda de lesiones o alteraciones tisulares, de lóbulo frontal u otras, para encontrar las causas de *todas* las enfermedades psíquicas, o sea de *todas* las alteraciones de la personalidad y de la conducta. Esa reserva es el reconocimiento implícito de otros factores que son agentes de alteraciones de la personalidad, *diferentes* de las lesiones de los lóbulos frontales. No entraba en el plan de trabajo del doctor Fuentes referirse a esos otros factores y por ello los englobó en sus declaraciones previamente transcritas; pero sí entra en el plan de este comentario sucinto hacer hincapié en ese aspecto, si bien no describiendo esos otros factores, pues entonces habría de escribir algo más de las cuatro cuartillas para ser leídas en cinco minutos, como ordena nuestro respetable reglamento.

Para hacer más clara la presencia de trastornos de la personalidad y de la conducta, que *no* obedecen a las alteraciones tisulares de los lóbulos frontales o de cualquiera otra porción del neuroeje, bastará señalar, en el mismo terreno anatomopatológico, la presencia de perturbaciones endocrinas y vegetativas, que, no siendo lesiones del neuroeje, modifican, de un modo u otro, a la personalidad misma, como sucede, por ejemplo, en el cretinismo, o en la enfermedad de Basedow.

Pero es más importante, para mi comentario, señalar la acción y presencia de factores ya no lesionales, sino esencialmente psicológicos, en la producción de alteraciones de la personalidad y de la conducta. Son estos los factores a que aludió el doctor Fuentes, al advertirnos de "que un concepto gruesamente neurológico (yo diría que ni muy finamente neurológico) no basta para entender el mecanismo de nuestros sentimientos, pues ello sería ignorar todo lo adquirido a través de la psicología dinámica de la conducta". Y efectivamente, la psicodinamia, o estudio de las acciones e influencias de las energías, instancias y tendencias psicológicas entre sí, nos facilita la comprensión de muchos fenómenos de conducta, así como de no pocas características de la personalidad. Esta, como se sabe, vive, crece, se desarrolla, madura o evoluciona, no sólo como consecuencia de las funciones básicas de lóbulos frontales, sino del organismo todo, por una parte; y, por la otra, como consecuencia de las influencias psicológicas, sociales, culturales, económicas, históricas y religiosas. En este sentido, si volviésemos al trabajo que comentamos, diríamos que la personalidad no es sólo "la resultante de diversas condiciones psicoorgánicas", como dice nuestro autor, sino además, es la resultante, al mismo título y con igual importancia, de las condiciones de desarrollo social, cultural, económico, etc. Es decir, no se puede excluir,

en el estudio de la personalidad, o en la explicación de sus características neuróticas, psicóticas o normales, el análisis de las relaciones interpersonales. Mantenerse en la idea de que el hombre nace con órganos cuyo funcionamiento normal y cuya ausencia de lesiones tisulares, es garantía de salud mental, descuidando los progresos de la psicología dinámica que mencionó nuestro autor, es ignorar, por lo menos, la otra mitad del problema. La clínica misma, y la experimentación, nos hacen ver cómo la personalidad puede cambiar, sufrir y enfermar al enfrentarse o relacionarse con el medio psicológico interno (tendencias, apetitos, deseos, impulsos, instintos, y al relacionarse con personas, instituciones, costumbres, de su ambiente concreto, y según sus propias modalidades de reacción — temperamento —) y con las condiciones individuales de evolución, cultura, economía, etc. Es el juego de unas fuerzas sobre otras, la necesidad de reprimir estas o aquellas tendencias, la necesidad de satisfacer estas o aquellas urgencias materiales, psicológicas o espirituales, lo que estudia y conoce cada vez mejor la psicodinamia. Y son estos estudios los que nos van permitiendo comprender, y a veces curar por procedimientos no quirúrgicos y ni siquiera medicamentosos (químicos o físicos), ciertas alteraciones de la personalidad que, a su vez, no son consecuencias de destrucciones ni de lóbulos frontales ni de alguna otra parte del organismo. Así, en las técnicas psicoanalíticas, la experiencia nos demuestra cómo las condiciones de evolución de la personalidad, en sus relaciones con los demás, y en particular, en sus relaciones infantiles con padre y madre, pueden influir, de manera definitiva, en la formación de una personalidad normal o anormal, neurótica e incluso psicótica. No me refiero a la importancia de la libido sexual freudiana, cuya doctrina ha requerido diversas modificaciones en los tiempos actuales. Simplemente, y para mencionar un ejemplo sobre el cual vengo trabajando desde hace dos años con mi maestro Erich Fromm, me refiero a la influencia de la personalidad de la madre sobre la personalidad del niño, lo que quiere decir, sobre la personalidad de ese niño cuando se convierta en adulto. Estamos estudiando sistemáticamente hechos conocidos por la psicología dinámica y que se refieren a los diversos tipos de personalidad de madres. Unas son, por ejemplo, dominantes, autoritarias, rígidas, escrupulosas y exigentes con sus hijos. Otras son todo lo contrario, es decir, tolerantes, y más que tolerantes, consentidoras, y hasta descuidadas. Estos tipos de madre nos son conocidos como causa de perturbaciones en la personalidad tanto del niño, en su calidad de tal, como en la personalidad de éste cuando llega a adulto, con tales o cuales características neuróticas.

La psicodinamia, o esa el estudio de las relaciones interpersonales, de

personalidad a personalidad, de hijo y madre, nos permite comprender la génesis de sentimientos de culpabilidad, de rebeldía o de sumisión, de dependencia psicológica, etc., así como la influencia de dichos sentimientos en la evolución ulterior de la personalidad del niño, o sea, en la génesis de alteraciones de la personalidad de tipo neurótico y psicótico. El doctor Fuentes sabe, como yo, que se ha descrito un tipo de madre destructora que favorece el desarrollo de formas esquizofrénicas en el hijo o la hija. Claro está que estos hechos, apenas mencionados superficialmente en este comentario que llega a su fin, no implican que se niegue la importancia de conocimientos cada vez más amplios sobre la neurofisiología; pero sí implican que no es razonable ni científico esperar de la neurofisiología, o de la anatomoclínica, la solución ni la explicación de *todos* los hechos que la clínica y el ejercicio de la medicina nos plantean. O, de manera positiva, debemos recordar que estudiamos y aspiramos a curar organismos y aun órganos o partes de ellos; pero también, de manera igualmente fundamental, estudiamos y aspiramos a curar personalidades, vale decir, hombres, que tienen relaciones de diversas índoles entre sí, consigo mismos, con instituciones sociales, etc., o sea que operamos sobre la enfermedad, el enfermo y el hombre. Y este criterio general, no es romántico, sino que es eminentemente científico.