

NEUROLOGIA FUNCIONAL. ASPECTOS CLINICOS*

DR. MARIO FUENTES D.

DENTRO DE LA Neurología clásica se han considerado un sinnúmero de síntomas o padecimientos de etiología obviamente orgánica o lesional; los trastornos propiamente funcionales, aquellos en los que no se comprueba lesión alguna, han sido calificados como tales, (funcionales) como resultado de un proceso de exclusión: lo que no es orgánico o lesional, es funcional. Algunos autores por ejemplo, a la epilepsia antes llamada esencial, ahora centroencefálica o disritmia cerebral paroxística, usando un concepto electro-fisiológico la califican de funcional; otros, han considerado como el área casi exclusiva de los trastornos funcionales al de las diversas manifestaciones neurológicas histéricas. Si un paciente tiene una parálisis u otro síntoma neurológico, se ha de buscar su etiología orgánica; cuando no la hay, se concluye que se trata de un trastorno funcional o histérico. Así es que para muchos, lo que no es orgánico, es histérico, sinónimo de funcional.

Con el énfasis y el progreso que viene adquiriendo el concepto psicosomático, se va viendo, y esto es lo que quiero enfatizar en este trabajo, que, además de los clásicos síntomas de la histeria conversiva, hay múltiples manifestaciones sintomáticas, que son consecuencia de trastornos emocionales, con ostensible repercusión sobre distintas funciones neurológicas. La confirmación clínica de estos hechos, hará que el concepto de funcional, correlativo de no lesional, se deduzca y se adhiera lo funcional, a causas o motivaciones emocionales. Lo que vamos a describir por lo tanto, es una serie de observaciones de síntomas o cuadros neurológicos de origen emocional, para ligar más estrechamente el concepto de Neurología funcional, al de su directa etiología, o sean los trastornos emocionales o los sufrimientos, en condiciones de stress, de la personalidad.

Si ojeamos la bibliografía psicosomática, ya actualmente, de gran volumen, vemos que hay una mínima referencia de algunos trastornos neurológicos rela-

*Trabajo leído por su autor en la sesión ordinaria del 11 de septiembre de 1963.

cionados a condiciones emocionales; en cambio, se comprueba la amplitud de aportaciones psicosomáticas a la patología visceral o de otros órganos. Y los hechos clínicos muestran, que siendo el cerebro sitio de las más elevadas funciones para la vida de relación, lo es también para la vida emocional y subjetiva y que esta energía emocional, cuando se modifica cuantitativa o cualitativamente, repercute, influye y altera las funciones psíquicas, las funciones del propio órgano, que dan origen a la emoción, como centro de las más altas integraciones funcionales. En situaciones de stress, sufre el organismo y se desajusta de su inestable y dinámico equilibrio homeostático, no solamente en las áreas somáticas o viscerales para ser más concreto, sino en el mismo campo de las funciones psíquicas, ya en forma sutil, finamente subjetiva como en la despersonalización o bien en forma más desorganizada u objetiva, sobre las funciones de la vida de relación, a través de los efectores neuromusculares por ejemplo, trayendo diversas disfunciones del aparato locomotor de origen emocional, o bien a través de otras vías ectoras, perturbando la coordinación, la sensibilidad y las funciones sensoriales, como resultado de tensiones emocionales sostenidas, que terminan por desorganizar toda la homeostasis psico-orgánica.

Tratando de seguir un orden dentro de la exploración neurológica, vamos a enumerar y seguir este orden, señalando algunos de los síntomas, síndromes psicosomáticos de expresión neurológica funcional. Nos referiremos a los pares craneanos, a las funciones motoras, sensitivas, a los trastornos extrapiramidales de tipo funcional, y de ser posible a otras funciones más complejas como la marcha, lenguaje, escritura, y apraxias funcionales.

Del primer par, olfativo: es frecuente apreciar la hipersensibilidad olfativa o hiperestesia, a veces hacia olores significantes; es más común la anosmia histérica. Lo cual conduce a recomendar en la valoración de este par craneano, la posibilidad de un mecanismo psicogénico.

Del 2º par, el óptico: son frecuentes las amaurosis transitorias, las ambliopías, los defectos de fijación visual, en personas neuróticas o en estado de stress. Es bien conocida la ceguera histérica, la que simplemente mencionamos, así como diversos defectos campimétricos y discromatópsicos que han venido siendo familiares para los oculistas, trastornos bien conocidos, para su identificación funcional o histérica.

De los óculotomotores: 3º, 4º y 6º, ocurren estrabismos funcionales con diplopía; variaciones en los diámetros pupilares: dentro de una reacción intensa de angustia, las pupilas están midriáticas; en los estados de depresión, están mióticas. Los movimientos óculomotores desorientan al explorador, porque se hacen en una forma ilógica (unas veces normales y en otros momentos se captan estrabismos, diplopía, etc.). Un médico, con estrabismo congénito, operado en la infancia, hace una diplopía, sin parálisis definida de algún músculo o nervio óculo-motor; su examen neurológico, no agrega nada al síntoma diplopía. El estudio

biográfico y de stress emocional, revela severa reacción de angustia en relación con la conducta conflictiva de un hijo. La diplopía, trastorno funcional, se desarrolló, muy probablemente, como consecuencia de tensiones musculares en un aparato óculomotor, previamente desnivelado y quirúrgicamente compensado. No es raro observar un defecto funcional, como en este caso la diplopía (que cedió al tratamiento por tranquilizadores y psicoterapia) que se superponga a un defecto orgánico previo.

En el 5º par craneano, comentaremos los trastornos funcionales, tanto de sus funciones motoras como sensitivas. Es curioso observar que dentro de una situación de stress o tensión emocional, se haga subcientemente una contractura de los masticadores, a veces con rumiaciones automáticas y otras veces con la presión moderada de la lengua entre las arcadas dentarias, y no es raro el caso en que en una situación de máxima tensión, la lengua, en su punta, empuje alguno de los carrillos, abombándolo hacia fuera inconscientemente. Estas modalidades motoras, complejas, que rebasan la función escueta del trigémino, son de observación en muchos pasajes de nuestra vida emocional. No es raro oír que estas modalidades motoras, se califican vulgarmente de "manías". Un paciente nuestro, cada vez que escribe algo de cierta responsabilidad, se prensa la lengua; otro, al firmar un cheque contrae los maseteros; otro al manejar su auto en áreas de tráfico complicado, se da cuenta que le duelen las articulaciones temporo-maxilares y percibe que viene "apretando los dientes". Abate su maxilar y a los pocos segundos, se da cuenta que vuelve a contraer sus masticadores y así le sigue ocurriendo, mientras no sale del área de tensión. Son ejemplos simples de trastornos funcionales, psicogénicos o emocionales, que si se repiten constantemente, pueden llegar a provocar o a influir en el desarrollo de defectos mecánicos de la masticación; de influir en el roce o presión de las arcadas dentarias y de los dientes entre sí. La medicina psicosomática relativa a la dentición, tiene aquí un campo importante de alteraciones diversas, que ya han sido estudiadas, como consecuencia, en resumen de tensiones musculares exageradas y persistentes, dentro de situaciones de stress.

La función sensitiva del 5º par se altera también desde el punto de vista funcional. Es común observar, dolores neurálgicos, sin ninguna base orgánica, las llamadas neuralgias tensionales, que más de una vez, por su carácter doloroso en el área del trigémino, su difícil modificación, han sido objeto de tratamientos infiltrantes o hasta de neurotomías retrogasarianas. Un caso de nuestra experiencia, que sufría neuralgia del trigémino muy dolorosa y crónica, fue finalmente tratada quirúrgicamente. La paciente mejoró notablemente durante los primeros seis meses. Para su sorpresa, un buen día reaparece la neuralgia tan intensa como antes y la enferma se pregunta, cómo puede dolerle nuevamente, si ya le seccionaron el nervio. Estudiada en su personalidad y buscando situaciones o vivencias precipitantes, se confirma que la neuralgia, antes y después de la operación, ocu-

rría coincidiendo con situaciones de sufrimiento, de aflicciones o de depresiones afectivas. En otro paciente, con depresión-paranoide, cada vez que ocurre una acentuación del cuadro depresivo y se acentúan las delusiones paranoides, aparece concomitantemente, la neuralgia. Estos pacientes, neurálgicos funcionales, mejoran ostensiblemente, con el programa psicológico; uso de tranquilizantes (ata-ráxicos), antidepresores, psicoterapia. En las neuralgias trigeminales, en las que no se encuentre un factor "orgánico" que explique su etiología, debe pensarse en el mecanismo tensional, en su origen funcional o psicógeno y debe experimentarse una terapéutica psicológica, antes que una decisión quirúrgica.

En el área del facial, señalamos la expresión de tensión muscular subyacente, que da a la facies el aspecto estático en algunas situaciones de miedo, de pánico o de ira. Cuando se vive dentro de períodos de ansiedad, ansiedad crónica, la facies es de tensión; no hay el relajamiento muscular facial de la tranquilidad o de la seguridad interna. Otras veces, la musculatura facial es campo de descargas motoras, de aspecto de fibrilación, especialmente en los párpados; otras de aspecto mioclónico, como los parpadeos neuróticos, que son molestos para el paciente, por su frecuencia, lo involuntario del fenómeno y por la "denuncia" externa, ante los demás, de una condición neurótica subjetiva. Otras veces hay los conocidos tics faciales, a veces tan específicos para cada persona. Todos estos síntomas no son más que descargas motoras de emociones anormales que se canalizan o derivan por vías y áreas neuromusculares normales, pero en donde se expresan defectos cuantitativos de la emoción, como proporcionalmente defectos cuantitativos de la contracción. Rara vez estas descargas motoras tienen un carácter simbólico; son sin embargo, la expresión parcial de una reacción biológica de alarma.

Es de interés señalar que algunos casos de espasmo facial, o sean descargas de contracciones hemifaciales, en las que no aparece ningún factor orgánico que las explique, estos espasmos faciales, casi siempre son una expresión más de vivencias angustiantes y que habrá de tratarse el conflicto, la personalidad y hacerse un enfoque psicológico, para lograr su mejoría y en algunos casos su desaparición periódica.

Por último, como hipótesis personal, quiero mencionar casos de parálisis facial periférica, aceptemos algunos inclusive de origen orgánico, en los que la evolución ha sido hacia la espasticidad, en vez de la remisión con algún indicio residual de la parálisis periférica. Tenemos la hipótesis de que algunas parálisis faciales no involucionan, y en el curso de meses, aparece cierto grado de contractura facial, para quedar fijado el cuadro residual con este aspecto de encogimiento de la hemicara paralizada, la hipótesis, de que ocurre esta desagradable evolución en pacientes con personalidad perfeccionista. La necesidad de conservar la imagen facial dentro de cierta exigencia estética, es normal; el patrón estético de nuestro ego-físico debe estar aprobado y nos comportamos socialmente con cierto con-

formismo. En personas de estructura perfeccionista, al menor defecto que altere su patrón estético, se hace autoconsciente del defecto y vive en estado de persistente tensión y de tensión facial. La intolerancia de la imperfección, favorece el no relajamiento muscular y en consecuencia la reacción de fijación espástica. En todo caso de parálisis facial periférica, también advertir las características de la personalidad y estudiarla en su enfoque estético, de sus necesidades perfeccionistas, del componente delusivo paranoide que pudiera tener y aún de sus necesidades narcisistas. Estos factores psicológicos, pueden estar implícitos en el defecto de una parálisis facial y son factores nada despreciables para la recuperación del paciente.

En el 8º par hemos de considerar, las alteraciones funcionales por separado del coclear y del vestibular. En el coclear hay síntomas de excitación o de hipersensibilidad en donde toda la captación sensorial está finamente agudizada en las reacciones de alarma; así hay pacientes en los que hay una selección aguda perceptiva del oído, como ocurre con la conciencia dormida de una madre, que no lo está específicamente para la respiración de su recién nacido. Las ilusiones auditivas, pueden ser un simple tránsito hacia las alucinaciones auditivas en estados severos psiconeuróticos o presicóticos. Abundan las experiencias de percepciones simples, como zumbidos acúfenos, latidos auditivos nocturnos especialmente, como resultado de una reacción eréctil del aparato circulatorio. Son clásicas las reacciones de hipoacusia y de sordera histérica, sorderas funcionales, que son muchas veces sorderas selectivas para determinados estímulos o apercepciones a través del oído; casi siempre estas hipoacusias forman parte de la reacción histérica más compleja y en las que se aprecia lo que Janet llamó la Belle Indifference, que no es más que un proceso patológico de la comunicabilidad interpersonal. Junto con estas alteraciones perceptivas cocleares y para referirnos a su aparato externo de percepción, citamos el caso de un paciente que dentro de un estado de stress de varios meses, con severa angustia, aparecen en las orejas, pequeñas sacudidas mioclónicas, involuntarias e indeseables, movimientos que se aprecian normales en especies inferiores, en monos por ejemplo; lo que nos viene a demostrar que en muchos estados de tensión, ocurren diversos fenómenos de "liberación" reapareciendo síntomas de tipo regresivo, como señalamos en esta área de la orientación perceptiva del oído.

Del nervio vestibular podemos señalar, la frecuencia de estados subjetivos de desequilibrio, muchas veces paralelamente a las excitaciones del coclear; hay estados subjetivos de desequilibrio, de desplazamiento con los cambios de posición de la cabeza y de los ojos; el sujeto vive aprehensivo de esta inestabilidad corporal y muchos son los enfermos neuróticos que viven autoconscientes para andar y en general para el desplazamiento. Casi siempre ocurre una constelación neurótica y un fondo severo de ansiedad en estos trastornos meramente subjetivos. Es común que estos enfermos tengan reacciones vertiginosas menieriformes pro-

bablemente alérgicas. Es sabido que muchas reacciones alérgicas, no son más que la extensión orgánica del sufrimiento neurótico.

La inestabilidad corporal neurótica, seguramente que debe ser compeja en sus mecanismos, pero lo importante es que normalmente sólo ocasionalmente nos hacemos conscientes de nuestra estabilidad; en el neurótico hay una profunda inseguridad en su equilibrio; su desplazamiento se hace inseguro, "como si anduviera a veces por encima, a veces sobre la tierra", con una impresión de levitación o fuera de la gravitación. Estas alteraciones no son fabulaciones de neuróticos sino auténticas perturbaciones subjetivas de su desplazamiento corporal que fomenta su aprehensión y angustia.

Del 9º y 10º pares, voy a referir, simplemente, alteraciones funcionales de la voz, los defectos de emisión, en donde por tensiones emocionales, inhibiciones, timidez, la palabra no se exterioriza, sino como que se introvierte, como para "hablar para uno mismo"; la palabra se hace con una entonación monótona que fatiga al auditorio; la voz se hace apagada en la medida que la emoción nos afecta más, hasta caer en un estado de disfonía, hipofonía y aún afonía emotiva o funcional. En medicina psicosomática se describe el cuadro de faringo-larigo-astenia psicogénico; es una perturbación funcional de la voz, que está expresando la dificultad de la personalidad en su comunicación personal, a través del aparato de la fonación. Al referirme al 10º par, sólo quiero señalar las múltiples alteraciones funcionales emotivas sobre el ritmo respiratorio cardíaco y a la motilidad del diafragma y músculos respiratorios, que sufren tensiones, provocándose disneas por hiperventilación respiratoria; defectos en la relación inspiración-espíración; angustias respiratorias y pánicos a los espacios cerrados, que ya son cuadros neuróticos, pero que son concomitantes de estas alteraciones respiratorias y que alteran la seguridad del paciente, en su función de respirar.

En el 11º par, espinal, se pueden señalar alteraciones pseudoparalíticas de la cabeza (caída hacia un lado u otro, hacia atrás o hacia delante) y en particular los estados espasmódicos de tortícolis. A una modalidad de tortícolis, se le denomina tortícolis mental y psicogénica y no es más que una reacción histérica conservativa localizada. Ocurre la perturbación en el área funcional del 11º par y por ello lo referimos en este capítulo. Hay fijaciones antálgicas de la cabeza, no siempre debidas a condiciones orgánicas, sino a aprehensiones del neurótico sobre sus propias fantasías aprehensivas.

Por último en el 12º par, hay las alteraciones de la motilidad de la lengua en el histérico, desde inmovilidad y salivación y fetidez característica, hasta las dislalias de aspecto regresivo, en donde la perturbación tampoco es exclusiva del área neurológica del hipogloso, pero las perturbaciones ocurren en niveles de integración psíquica superior y en donde los mecanismos periféricos de la expresión verbal, no ocurren con una coordinación adecuada o adulta normal.

TRASTORNOS PSICÓGENOS O FUNCIONALES DE LA MOTILIDAD, DEL TONO MUSCULAR Y DE LAS TENSIONES MUSCULARES PERSISTENTES

En este capítulo observamos que como consecuencia de emociones anormales como la sorpresa, el miedo, el pánico, etc., puede haber alteraciones inclusive bruscas del tono muscular, como en la inhibición y absoluta atonía, con desplome emocional, a veces consciente y otras con inconciencia. La emoción también afecta el tono muscular en forma de hipotonía crónica con una sensación de adinamia, con laxitud y fatiga o fatigabilidad fácil con el esfuerzo mínimo. Esta condición de laxitud, de astenia neurótica, forma parte muy importante del llamado Síndrome D'Acosta o de astenia neurocirculatoria o síndrome de esfuerzo, que constituye un complejo neurótico, que fue frecuente en la guerra y se le observa en la vida civil. Estos enfermos neuróticos, como muchos con simples neurosis de ansiedad crónica o fluctuante, son personas crónicamente asténicas en donde la hipotonía clínicamente no es fácil de objetivar, pero la laxitud subjetiva y la astenia, son apreciables indirectamente. La repercusión contraria sobre el tono muscular, es decir la hipertonía, la tensión muscular persistente, que no siempre es captada por el paciente en forma directa, sino a través de sus consecuencias, son trasornos del tono muscular que en el campo psicósomático y de la neurología funcional, tienen una gran importancia clínica; constituyen la base fisiopatológica de diversos trastornos que culminarán con manifestaciones diversas en un nivel orgánico.

Tratando de enumerar y describir algunas de estas alteraciones de la motilidad y del tono muscular, sólo mencionaremos por conocidas, las contracturas musculares regionales de los histéricos, la contractura de los masticadores dentro de una crisis emocional; la contractura engarra, con extensión de los trazos y torsión sobre su eje longitudinal, simultáneamente, muchas veces con fenómenos semejantes en los miembros inferiores. Estas contracturas histéricas de hipertonía en los cuatro miembros se acompañan de otras manifestaciones, de muecas faciales, estrabismos, torsiones de los labios, etc., que dan a la crisis histérica sus peculiaridades de aparente teatralización de la crisis.

También son clásicas las manifestaciones de paresias o parálisis funcionales en donde el histérico, muestra la *belle indifferance de Janet*, cuadro parético de la historia de conversión. Hay también modalidades de inhibición del movimiento, en ciertos momentos solamente, como exhibiendo invalidez, dentro de la intención de una ganancia neurótica. Estos casos colindan con las neurosis de compensación, capítulo importante en medicina forense o industrial.

Lo que nos parece más de actualidad es la simple observación de la correlación entre emoción y tensión muscular, entre los estados de stress y la simultánea tensión muscular; casi podríamos decir que son un mismo fenómeno, de tensión neuro-muscular o psico-muscular y que producen una serie de síntomas funcionales que la medicina psicósomática ha venido a enfatizar y a descubrir:

1. Cierta tipo de cefaleas, llamadas "tensionales", de origen emocional o neurótico; constituyen el 90% de las cefaleas. Se acompañan de sensaciones de hormigueos, presión en casco, dolor en forma de anudamiento en ciertos puntos occipitales; dolor-cansancio en la nuca y región lateral del cuello, sensación de crujido óseo en las vértebras cervicales y principalmente un estado de aprehensión del neurótico sobre la "gravedad de sus síntomas". Estas cefaleas de tensión, tienen como base un estado de contracción muscular, que hace que los músculos de la calota y regiones del cuello y de la nuca, permanezcan contraídos, se produzcan quizá compresiones sobre las fibras nerviosas, estiramiento sobre los puntos de inserción muscular y verdaderos nudos de contractura muscular. Se describen otros fenómenos de isquemia capilar, concomitante en estas regiones contraídas y pueden aparecer otros fenómenos ya en el área sensitiva, como hormigueos, sensación de hiperestesia en el cuero cabelludo, el dolor en casco, (el llamado casco neurótico) y otras manifestaciones peculiares de la sensibilidad subjetiva. El tratamiento de estos estados tensionales, de las cefaleas tensionales, de la tensión neurótica-muscular occipital, es verdaderamente espectacular, con el uso de atáxicos y meprobanatos, que de paso tienen una acción de ser relajantes de la tensión y del tono muscular.

La tensión muscular funcional, puede localizarse a otras áreas, dando síntomas dolorosos en el dorso, a veces contracturas severas, como en los casos de camptocornia, deformaciones o escoliosis caprichosas de la columna que se ve y es característico de ciertos cuadros histéricos conversivos. Es de observación común el síndrome de lumbalgia (lower backpain) que fuera de las etiologías propiamente orgánicas, ocurre en un porcentaje importante, debido a tensiones musculares emocionales, que inclusive pueden superponerse a condiciones orgánicas subyacentes. Estos dolores meramente funcionales, empeoran al despertar, como casi todos los síntomas neuróticos, de los cuales son una manifestación más; los enfermos se quejan de adolorimientos musculares, articulares, etc. Muchos de ellos son objeto de diversos estudios radiológicos y de laboratorios, buscando especialmente descubrir artropatías o infecciones reumáticas, que no se comprueban. También estas manifestaciones de tensión muscular sólo mejoran con un programa psicosomático (tratamiento psicológico, meprobanatos, antidepresores, atáxicos, etc.)

En los miembros inferiores ocurren tensiones musculares, que dan al paciente la impresión de rigidez en sus movimientos y peculiaridad en su marcha, con pasos pequeños e inseguros; hay miedo neurótico para la marcha. Algunos llegan a la astasia-abasia histérica; otros sufren calambres musculares diurnos y aún nocturnos, suponemos que como consecuencia de la falta de relajamiento muscular inclusive en la noche, a pesar de que el enfermo duerma. Un paciente nuestro, refería que dormía con los dedos gordos de ambos pies contraídos en flexión dorsal; confirmamos en el sanatorio, una noche que el enfermo dormía, la postura bilateral en flexión dorsal de ambos dedos, como consecuencia de contractura in-

consciente de un paciente que vivía y se trataba de severa neurosis de ansiedad. Esta tensión muscular, ya hemos señalado, se acompaña también de fenómenos subjetivos de la sensibilidad, como hormigueos y adormecimientos de los brazos, más que de las piernas y señalan los enfermos intrigados, de por qué se les duerme el brazo del lado contrario al que duermen sobre él. Estas tensiones musculares pueden aparecer en forma de calambres en las manos y en particular en los dedos utilizables para la escritura. Desde luego la escritura se nos modifica, haciéndose irregular, defectuosa, en los momentos de escribir con tensión emocional: firmar una escritura, un cheque o cualquier escrito de responsabilidad. Los defectos gráficos, son en parte consecuencia de la tensión psico-muscular de la mano. Quizá los antiguos casos calificados de "calambres de los escribanos", puedan considerarse, como sintomáticos de estados tensionales y con un mecanismo psicológico significante, de evadir una situación indeseable.

Las tensiones musculares torácicas, de su cara anterior, pueden dar lugar a sensaciones de opresión torácica, dificultad subjetiva de la respiración, dolores, por contracción de los pectorales, especialmente en la región precordial, por la natural aprehensión de cualquier síntoma que ocurra en esta área. También en los músculos de la pared abdominal, ocurren tensiones a veces con hiperestesia especialmente en las tensiones premenstruales.

Dejamos para una comunicación posterior, por requerir mayor amplitud de tiempo, la descripción de los diversos trastornos sensitivos, de la coordinación, del lenguaje, de las dispraxias, de carácter funcional, que habrán de completar esta primera parte de nuestra descripción clínica sobre la que venimos considerando como neurología funcional, psicósomática o emocional.

BIBLIOGRAFIA

1. Hyman Miller and Dorothy W. Baruch: *The Practice of Psychosomatic Medicine*. Ed. MacGraw Hill.
2. Franz Alexander: *Psychosomatic Medicine*. Ed. W. W. Norton and Comp.
3. F. Dumber: *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*. The C. V. Mosby Company, 1948.
4. Franz Alexander and French: *Studies in Psychosomatic Medicine*.
5. Flanders Dumber: *Mind and Body*. Psychosomatic Medicine. Ed. A Random House Book, N. York, 1947.
6. Desmond O'Neil: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Edit. Butterworths and Co., London, 1955.
7. Mark D. Altschule, M.D.: *Bodily Physiology in Mental and Emotional Disorders*. Ed. Grune and Stratton, N. Y., 1953.
8. Weiss and English. *Psychosomatic Medicine*. Ed. Saunders, 1943.
9. Eugene Ziskind, M.D.: *Psychophysiological Medicine*. Ed. Lea and Febiger, 1954.
10. A. H. Chapman, M.D.: *Management of emotional disorders*. Ed. J. B. Lippincott Comp. Philadelphia, Montreal, 1962.
11. James L. Holliday: *Medicina Psicossocial*. Ed. Eudeba. Buenos Aires, 1961.
12. León J. Saúl: *Bases de la Conducta Humana*. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires, 1948.
13. John H. Nodine and John F. Moyer: *Psychosomatic Medicine. A First Hahneman Symposium*. Ed. Lea and Febiger, 1962.

COMENTARIO AL TRABAJO
"NEUROLOGIA FUNCIONAL. ASPECTOS CLINICOS"*

DR. JUAN CÁRDENAS

EL INTERESANTE trabajo que acabamos de escuchar se presta a muy variados comentarios desde muchos puntos de vista, y es natural que por lo breve del tiempo me limite a comentar dicho trabajo desde un punto de vista general y tocar sólo unos puntos en particular. En su presentación el Dr. Fuentes aborda los problemas que en la neurología pueden ser funcionales o más bien psicósomáticos o, como lo dice textualmente, "los trastornos emocionales o los sufrimientos, en condiciones de stress, de la personalidad."

Platón en sus diálogos en el año 380, antes de nuestra era, manifestaba que "el error hoy día en el tratamiento del cuerpo humano, es que los médicos separan el alma del cuerpo". A principios de este siglo Austen Foggs también decía "que el concepto de la unidad psicofisiológica es la base para esclarecer la filosofía monística y es el único concepto que está acorde y es sostenido por las leyes de la naturaleza".

Manifestándose la sintomatología psicósomática en cualquier aparato o sistema, no es raro que estos síntomas se manifiesten bajo un trastorno neurológico o cualquiera otra elevada función de la mente.

Cualquier ser recibe del exterior, o motivado por sus propios deseos y necesidades, una serie de estímulos de índole física, química o psicológica. Estos estímulos recogidos por mediación de sus numerosos y variados receptores de los que está dotado, son transmitidos hacia los centros primarios, secundarios o terciarios, en donde son integrados; esto a su vez va a producir una respuesta secretora, motora o psicósomatora. De acuerdo con la naturaleza nociceptiva, utilitaria o placentera de los estímulos, el estímulo y la respuesta pueden quedar localizados a un territorio orgánico, o bien generalizarse poniendo en juego todos los recursos habidos para recibir y contrarrestar este estímulo. Del equilibrio que

* Leído por su autor en la sesión ordinaria del 11 de septiembre de 1963.

se establezca entre estos dos aspectos dependerá el estado de salud o enfermedad, transitorio o permanente.

A los médicos siempre se nos enseñó a ver las enfermedades a través de las lesiones que producían; sin embargo, en la actualidad sabemos que un gran número de padecimientos pasan a menudo por una fase de perturbación funcional. Esta, puede progresar y provocar lesiones objetivas, o bien desaparecer la fase funcional o permanecer ésta por mucho tiempo.

La imposibilidad físico-química para descubrir las alteraciones morfológicas de muchas manifestaciones hasta el momento, hace catalogar a éstas como puramente funcionales. Pero a no dudar, que en muchas de ellas (como en la epilepsia) las alteraciones de la permeabilidad celular, de las propiedades granulares del protoplasma, del nucleolo, recambio iónico y producción de energía sean las bases posibles para explicar los trastornos que hasta ahora han dado en llamarse funcionales. En la parálisis facial la electromiografía, es expresada eléctricamente por una disminución o ausencia del número de potenciales de acción de la unidad motora durante la contracción voluntaria. En oposición en parte, a lo que dice el Dr. Fuentes de la parálisis facial, Karsten Kettel, de Dinamarca, la considera debido a una isquemia por espasmo de los *vasa nervorum* con edema del tronco de esas estructuras. Este edema es fácil verlo con el microscopio operatorio cuando se hace la descompresión del nervio de su conducto óseo. Ciertos casos de neuralgia del trigémino han sido explicados por lesiones concomitantes o en el ganglio mismo: aneurismas, cisticercos, meningiomas, etc. El trofismo es una función neurológica que no menciona el Dr. Fuentes y que produce lesiones dermatológicas variadas e importantes. Para terminar, los mecanismos que se postulan para explicar la patogénesis de los síntomas y enfermedades psicósomáticas, son de dos grupos, los específicos y los no específicos. Las teorías específicas postulan que factores específicos producen a su vez enfermedades específicas en un mismo órgano de cualquier sujeto, en cambio las teorías no específicas atribuyen a los factores psicósomáticos reacciones generales de "stress" sin correlación entre éste y el órgano o aparato seleccionado para ser el sitio de la enfermedad.

Es frecuente que oigamos a las personas que manejan a los pacientes mentales usar terminología que nos parece obscena y hasta grotesca, y que, por no entenderlos, han dado un falso concepto de las disciplinas que cultivan. El estudio de los aspectos psicósomáticos de las enfermedades no los podremos entender unos y otros hasta que no aprendamos a traducir el lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico en términos de neurofisiología. Parece ser que ésto se empieza a lograr en alguna forma como lo ha hecho ver Paul D. Mc Lean del laboratorio de Neurofisiología del Instituto de Salud Mental de Bethesda Md. El ha reconocido que en el desarrollo de la psicósomática la neurofisiología, la psicología, la psiquiatría y la medicina interna se ha dado la mano.

Finalmente como resumen diré: El término de "psicósomático" lo entienden

los neurofisiólogos como la designación para explicar cómo y cuándo los procesos psicológicos encuentran expresión por medio de cambios transitorios o permanentes en el cuerpo. Esto distingue un campo de estudio que enfoca sus puntos de vista hacia mecanismos que son los responsables de los cambios en el organismo en oposición a aquellos entre el organismo y el medio externo, o sea que la medicina psicósomática está relacionada con el estudio de la influencia de los factores o procesos psicológicos sobre el sistema interefectivo.

El énfasis o importancia actual que se le ha dado a la medicina psicósomática está en relación con el gran número de enfermedades en las que los síntomas son exclusivamente funcionales. A ésto hay que agregar el gran número de experimentos en los que mediante estímulos psicológicos productores de "stress" se ha logrado reproducir lesiones como las que se observan en la clínica.

Los factores psicológicos son responsables no sólo de los síntomas llamados funcionales sino que lo son también de un gran número de enfermedades complicadas con lesiones únicas o múltiples.

Creemos que hay que estar en guardia para no interpretar todo síntoma como funcional o psicósomático; cuántas veces hemos visto diagnosticar de histéricos o neuróticos a pacientes con cánceres u otras dolencias bien conocidas. También hay que señalar que desde el punto de vista psiquiátrico se ha abusado de este modo de interpretar las cosas, y se ha echado a volar el pensamiento al afirmar que los vicios de refracción del ojo en los niños, es debido a un mecanismo de defensa del hijo que no desea ver más al padre cruel y dominador; o que, los movimientos de la corea de Sydenham son los gestos y actitudes de protesta del niño contra la madre dominadora y sobreproteccionista. Como en toda la medicina debemos usar el buen juicio y no caer en los extremos de la pasión o de la obsesión.