

NEUROLOGIA FUNCIONAL. ASPECTOS CLINICOS

2a. PARTE¹

DR. MARIO FUENTES DELGADO²

EN UN TRABAJO anterior, leído en esta Academia (1964),¹ hicimos una exposición relativa a la importancia que tienen las emociones y los diversos estados de stress, como factor etiológico, en el desarrollo de diversos síntomas, malestares, que sufre el ser humano, sobre el propio sistema nervioso en sus diversas funciones de relación, de funcionamiento a través del sistema nervioso autónomo, dando la cada vez más amplia y conocida sintomatología psicósomática; y por último, como las emociones patológicas pueden llevar a las más altas funciones psíquicas y a todas las funciones neurológicas, a una desorganización psicogénica, perturbando los patrones de integración funcional en su nivel más alto.

Este preámbulo, lleva el interés de enfatizar, la extensión del concepto psicósomático, sobre el sistema nervioso, saliéndose del incipiente dogmatismo, que en este campo nuevo ya se viene imponiendo, al limitar los trastornos psicósomáticos, a las disfunciones viscerales y aceptar que las disfunciones, ya bien conocidas en el campo de

la Neurología, corresponden a los cuadros conversivos, que se juzgan tan diferentes, desde luego por sus mecanismos psicodinámicos en los que se da una explicación simbólica obvia o encubierta de los síntomas.

En el intervalo de la presentación de la primera parte de este trabajo y esta segunda, aparece en la literatura de nuestra especialidad, la obra de Teitelbaum, denominada NEUROLOGIA PSICOSOMATICA,² que respalda en diferentes capítulos, nuestras modestas y sencillas observaciones, relativas al reconocimiento de los factores psicogénicos, en la desorganización de las funciones neurológicas y funciones psíquicas y psicomotoras, que se ven desorganizadas en las situaciones de stress, además, de las conocidas por clásicas, alteraciones conversivas o histéricas de la nosología tradicional.

En esta ocasión, vamos a referirnos someramente y sólo en forma descriptiva de otros trastornos psicósomáticos neurológicos, como: los trastornos sensitivos; los trastornos de la coordinación; de la fuerza muscular; de las praxias, del lenguaje y del esquema corporal.

Los trastornos sensitivos funcionales,

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 15 de marzo de 1967.

² Académico Numerario, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

consisten en múltiples sensaciones y experiencias anormales, como son las parestesias u hormigueos, que es frecuente ocurran, con localización peribucal; adormecimiento en las manos, a veces con distribución hemipléjica de un lado o de otro. Es frecuente que el enfermo enfatice el hecho, que se le duerme la mano o el brazo, contrario al lado en que permaneció acostado. Los pacientes son muy aprensivos respecto a estas parestesias cuando ocurren en el miembro superior izquierdo, a veces mezclados con punzadas o ligero adolorimiento en la región precordial, haciendo fantasías relativas a padecimientos cardíacos, como la angina de pecho, con la cual en algunos casos habrá que hacer un diagnóstico diferencial.

Dentro de estos trastornos sensitivos, también concurren, sensación de embotamiento de la sensibilidad, generalmente distal, hasta la hipoestesia o anestesia clásicas, en guante y en calcetín que se observan de los cuadros gruesos de histeria de conversión. A veces hay que diferenciar estos cuadros psicogénicos, con las polineuritis. Finalmente, los trastornos parestésicos, también se acompañan en algunos casos, con alteraciones subjetivas del esquema corporal, refiriendo los pacientes, la sensación de tener las manos enormes, la cabeza grande, los dientes grandes, o todo el cuerpo de mayor volumen del que normalmente experimentan; hay por lo tanto deformaciones hipertróficas regionales o localizadas o bien generalizadas del esquema corporal; algún caso, más bien raro, la paciente, histerica, refería, preguntando con cier-

ta perplejidad, porqué era que al salir de la regadera, todo su cuerpo lo sentía tan pequeñito como el de una niña. Los analistas podrían dar alguna explicación psicodinámica, de esta experiencia de miniatura del esquema corporal, quizá, como un deseo subconsciente de "vivir" etapas regresivas, evadiendo, las responsabilidades y conflictos de la madurez.

Otros trastornos sensitivos, pueden consistir en zonas cutáneas de hiperestesias, con sensación de frialdad o ardorosas, parecidas a las molestias causálgicas; son molestias más bien transitorias. Otras veces ocurren pequeñas crisis disestésicas, con horripilación y la piel de gallina y toda una breve sacudida en masa o estremecimientos, al parecer como crisis talámica (con el calificativo popular de "la muerte chiquita" que le dan algunos pacientes), ya que el estremecimiento es subjetivamente desagradable y angustiante; es común que ocurran cristasias transitorias y frialdad de las partes distales, con ligera cianosis y sudación de manos, como en los estados de ansiedad.

Otros trastornos sensitivos, bien conocidos, son las algias psicogénicas, las neuralgias faciales, durante situaciones de stress; las algias opresivas en la región occipital, ocasionando puntos dolorosos o nudos musculares en esa región y que son quejas muy frecuentes en enfermos neuróticos o psicosomáticos, calificándolos de "dolor de cerebro". Son algias tensionales en dicha región, como resultante de tensiones musculares y en general de los tejidos, hasta de la piel y nervios y vasos, que

hacen que se refiera a este sitio estas y otras molestias funcionales que llegan a ser casi el síntoma doloroso más molesto, por el que puede consultar el paciente.

Los síntomas sensitivos, quizás más comunes, de tipo funcional, son las hipoprestesias, las anestias que tienen gruesamente una distribución neurológica, acercándose a las áreas neurológicas correspondientes a nervios periféricos, a los dermatomas radicales o segmentarios, a las hemihipoprestesias, etc.; pero que nunca tienen, las áreas anestésicas funcionales o histéricas un cabal imbrincamiento con las áreas neurológicas orgánicas, que nos son dados por los esquemas clásicos de la sensibilidad. Esta característica de "aproximación a lo orgánico", ya en el campo de la sensibilidad, como el de otras de las funciones neurológicas (coordinación, praxis, etc.) y aún en el área psíquica, como en las respuestas del Síndrome de Ganser, de "respuestas aproximadas" cuando se les hace preguntas a los histéricos psicóticos; estas características, decimos, en lo neurológico como en lo psíquico, son propias y de interés en la expresión clínica-sensitiva, de los cuadros histéricos; nos complace encontrar afinidad y unidad, en la desorganización de las funciones neurológicas y psíquicas de estos cuadros histéricos.

En la exploración de estos cuadros anestésicos, sobre todo, refiriéndonos a las hemi-anestias histéricas, aparte de que los límites de las regiones anestésicas, no corresponden, por ejemplo exactamente a la línea media, sino incur-

sionan, hacia el lado sano, con entradas irregulares y a veces inestables, existe una característica perturbación que quiero señalar y que consiste, que al picar a las pacientes con la punta del alfiler puede diferenciar el piquete del tocamiento que se hace con la cabeza del alfiler; pero lo peculiar es que, reconociendo el dolor, que es punzante, no aparece la reacción defensiva al dolor, como si estuviera abolido el componente efectivo, o la reacción afectiva, que acompaña al dolor; se siente el dolor, pero no hay displacer, como normalmente ocurre. Si insistimos en picar en regiones anatómicamente hiperestésicas, como la región subungueal o el tabique de la nariz, en el lado anestésico, entonces sí aparece la reacción defensiva al dolor, que allí si se percibe normalmente, a menos que el paciente histérico o histriónico, estuviera en un estado de semiestupor o de estupor histérico, que ya no podría prestarse a esta experimentación clínica. En la histeria, ya lo había señalado P. Janet, que ocurre sobre todo en los cuadros conversivos, la llamada por él la "belle indifférence hystérique", fenómeno psíquico de indiferencia, de anhedonismo, de disociación afectiva y cuya semejanza en lo neurológico (disociación del displacer-tonalidad afectiva y dolor) viene nuevamente a establecer el monismo psicosomático en funciones elementales de sensibilidad con funciones de altísima jerarquía y de integración en niveles psíquicos y que la patología de la histeria nos muestra, si la queremos observar.

En relación con estas perturbaciones de la sensibilidad y ya relacionado con

las alteraciones del esquema corporal, estos pacientes cometen errores grotescos y volveríamos a insistir, de "aproximación grotesca", al tratar de localizar en su cuerpo, un punto cualquiera sobre el cual se hubiera picado o tocado para que haga una localización con su índice. Normalmente, podemos localizar, casi al milímetro cualquier punto de nuestro cuerpo. El histérico, toca con desplazamientos grotescos, que dejan la impresión, como si simulara no poder; otras veces toca aproximándose al punto y alguna que otra vez, atina. El enfermo neurológico orgánico, dentro de esta prueba, diríamos responde con franqueza, o atina siempre o desatina siempre. La inestabilidad, por lo tanto en las respuestas de localización, al estímulo, es una característica histérica.

En lo que se refiere a la coordinación, encontramos, también particularmente en los histéricos, patrones de ejecución de las diferentes pruebas de exploración, como la de índice nariz, prueba dedo-dedo, pruebas de adiadococinesia; pruebas de talón rodilla, pruebas del sentido de la localización segmentaria, etc.; en todas estas pruebas, el histérico muestra respuestas también grotescas, de pretendida aproximación, inclusive de ejecución eventualmente correcta y que nos expone como muchos fenómenos histéricos a equivocarnos o hacer ambivalente, nuestra interpretación clínica. Esta forma de comunicación consciente o inconsciente del paciente para con el médico, constituye en sí un elemento psicológico de la interrelación médico-paciente, que la establecen los histéricos y no la establecen los enfermos orgánicos.

Si dentro de la coordinación incluimos, funciones más complejas como el equilibrio y marcha, veremos que en los enfermos funcionales, abundan informes relativos a momentos de desequilibrio corporal, subjetivo y a veces de cierta objetividad, pues en ciertos neuróticos, se desorganiza la relación de esquema corporal y espacio por una falta de la integración del cuerpo y el medio y las configuraciones integrativas corticales.³ Muchos de estos enfermos, caminan con miedo y siempre autoconscientes de la marcha, que normalmente es una función automática o semiautomática; refieren desequilibrios, experiencias de no sentir el piso uniforme; a veces se hunde un paso y otras sienten que marchan sobre el piso, como en levitación. Algunas marchas, por grotescas, a veces resultan simbólicas, y difieren grandemente de las marchas, que llamaríamos neurológicas. También hay, desde luego, la supresión de la marcha y aún de la estación de pie (la astasia-abasia) por mecanismos psicogénicos, cuya psicodinámica parece obvia.

Las alteraciones de la fuerza muscular, de origen funcional o psicogénico, son de las más comunes; basta recurrir a nuestra auto-observación, para apreciar cómo, después de una sorpresa intensa o de un choque emocional, desde un desplome físico, hasta un estado inmediato de desguance muscular; una severa astenia que puede prolongarse y que se sostiene crónicamente en los estados de ansiedad prolongada. Hay una correlación biológica entre la angustia y el agotamiento físico; es la astenia del

neurótico de ansiedad; es la astenia del deprimido; es la astenia del cuadro así llamado, astenia neurocirculatoria o síndrome D'Acosta; es la astenia más difundida en la humanidad, de origen neurótico, cuya causa psicofisiológica íntima no conocemos y que es uno de los cuadros de malestar más carente de una terapéutica efectiva. Bien haríamos todos por los diferentes caminos de la investigación científica, investigar y tratar este difundido y severo malestar, que frustra tantos rendimientos del trabajo humano.

En ciertos cuadros de reacción conversiva, es tan severa la astenia, que se ha confundido y debe diferenciarse con la miastenia gravis.⁴

La supresión de la fuerza y de los impulsos motores, conduce a paresias y parálisis funcionales, que son comúnmente observadas en nuestro material neuro-psiquiátrico, pero no por eso, carentes de problema de diagnóstico diferencial. El enfoque psicológico, que trascienda a lo neurológico es de gran ayuda. No se hace un diagnóstico de parálisis histérica, por la parálisis misma (aunque tenga definidas características), sino por el enfoque psicológico y biográfico del paciente. Siempre un programa integral, que no deje de percibir la parte dentro del todo, nos dará en neurología funcional, como en Medicina, la posibilidad de un diagnóstico más acertado.

Las praxias. Normalmente los diversos actos de aprendizaje, aprendizaje de ejecución de diversos actos, simples y complejos, constituyen patrones de integración psicomotores, hasta adquirir

un adiestramiento que muchas veces se antoja semiautomático o automático. La eupraxia, consistiría, por lo tanto en la buena capacidad de realizar y verificar estos actos aprendidos, por ejemplo de ejecución manual, oral, o pedal, siguiendo patrones motores correctos. Consisten estos fenómenos en otros fenómenos integrativos, que son fundamentalmente dos: el psíquico y el motor. De aquí, que las apraxias, o alteración de las eupraxias, básicamente sean dos, aunque hay subdivisiones: la apraxia ideativa y la apraxia motora. La apraxia ideativa, consistiría y en mi concepto, en la incapacidad del paciente de tener una representación en nivel imaginario, de un determinado acto a verificar y la apraxia motora, consistiría, en la incapacidad o en la distorsión al tratar de seguir los patrones motores de ejecución, a fin de que el acto, sea finalmente bien realizado.

En la Neurología orgánica, es muy importante el estudio y los hay altamente especializados y que se refieren inclusive a localizaciones cerebrales precisas, respecto al sitio y lesiones que causan las variedades de apraxias. Se ha acuñado, por autores ingleses, el término de *DISPRAXIAS*, para describir no los cuadros orgánicos bien definidos y hasta las formas precisas de apraxias, ideativa, motora, mixta, constructiva, etc., sino, aquellos fenómenos de desorganización psicomotora de estos patrones de precisa integración. Las causas de las *dispraxias*, con esta acepción, pueden ser orgánicas, tóxicas y para nuestro estudio, también psicogénicas o más concretamente emocionales. Abun-

dan observaciones en enfermos con pequeño shock emocional, o con estados neuróticos, en donde ocurra una disminución del alertamiento mental, o bien con estados disociativos histéricos, crepusculares, amnésicos y hasta neuróticos con objetivos de compensación, para que ocurran estas alteraciones de la praxis, o dispraxias psicofénicas, ya sea en el nivel psíquico o de integración ideológica del acto a verificar, o bien, habiendo la posibilidad de la configuración mental del acto motor, está desorganizado, por mecanismos emocionales, el momento motor, el patrón de sucesión de actos, en el tiempo y en el espacio, que lleve al paciente a la verificación adecuada del acto a efectuar; no puede finalizar el acto motor, por la desorganización dominante de los engramas motores o de movimiento. Entendamos, que esta división, es meramente un esfuerzo didáctico, por lo tanto algo artificioso; pues la función psicomotora, constituye como muchas funciones del S.N.C., una unidad.

En el enfermo funcional (histérico, por ejemplo), hemos observado, alteraciones en el área de sus representaciones o configuraciones, meramente psíquicas, como en los estados crepusculares, transitorios o sostenidos y también hay observaciones, en el área de las dispraxias motoras, especialmente en pacientes neuróticos, en los que ocurran situaciones que pueden provocar selectivamente inhibiciones de conductas profesionales y que dichas dispraxias, representen mecanismos de defensa, ante situaciones que motivan severas angustias, o frustraciones del

individuo en su proyección hacia la realidad.

Hay pacientes, en quienes con simples tensiones emocionales más o menos severas, se modifica la escritura, que a veces se hace hasta dispráxica, con deformaciones, muy lejos de la escritura normal o tranquila; a veces hay una aparente agrafia y en general una dificultad emocional para la verificación de múltiples actos de la vida diaria, en los que la mayor inhibición, ocurre en aquellas acciones motoras que representen un mecanismo de defensa del ego en sus específicas amenazas.

El lenguaje, se ve alterado, por mecanismos psicogénicos, en múltiples modalidades, a veces difíciles de describir: desde luego, hay alalias histéricas; alteraciones en la tonalidad del lenguaje por situaciones emocionales; es bien conocida la hipofonía de la laringofaringo-stenia del sujeto con angustia y timidez; las dislalias con aspectos regresivos o infantiles del adulto; en el campo psiquiátrico, el lenguaje imitativo del hipomaniaco, o histero-maniaco, con conducta histriónica o clownesca; hay la palilalia (en este caso pseudo-palilalia) histérica; los tartamudeos emocionales y los defectos parafásicos literales o silábicos, cuando estamos en situaciones de apremio emocionalmente. Por fin hay alteraciones de lenguaje que parecieran obedecer a trastornos neurológicos; así se describen desviaciones tónicas de la lengua hacia un lado de la boca o hacia fuera. Hemos visto un caso de lengua contorsionada y ahuecada como en cuchara, en sujeto neurótico, con tendencias

agresivas, que en una disputa, fue frenado por una señora, que resultó en el momento, de mayor agresión, que lo bloqueó, bloqueando así su agresión, hasta enmudecer; pero enmudeció por intermedio de un síntoma conversivo, hemiparesia discreta y torsión de la lengua, cuadro de apariencia neurológica, que fue reversible fácilmente, sin ninguna secuela. Hay los espasmos peribucales y aún el trismus histérico, que impiden el lenguaje, y así por el estilo se encuentran otras alteraciones psicogénicas en la expresión propiamente del lenguaje. De paso diremos que también en la representación simbólica del lenguaje, hay alteraciones pseudoafásicas, en algunas ocasiones de cierta dificultad para el diagnóstico diferencial.

Alteraciones del esquema corporal.

Es sabido que el esquema corporal consiste en la conciencia que tenemos de nuestro yo físico de nuestro cuerpo, su contorno, sus partes diversas, su integración total o parcial; la relación de este cuerpo físico con el espacio e inclusive su relación con las personas de su contacto afectivo. Se integra este complejo conocimiento del esquema corporal, a base de múltiples estímulos aferentes, como las vías sensitivas, las sensoriales, las sensaciones propioceptivas e interoceptivas, que llevan a la conciencia, infinidad de informaciones, para ser integradas en un nivel psíquico, que permite, el conocimiento casi automático de nuestro esquema corporal, pudiendo en cualquier momento localizar en nuestro cuerpo cualquier estímulo que sea percibido o nocepti-

vo también. En la neurología orgánica, se describen cuadros ya clásicos en los que ocurren alteraciones del esquema corporal; se conocen la hemianosognosia de Babinski, del que hace años describimos en una enferma del manicomio, quizá el primer caso de hemianosognosia, publicado en la revista de Neurología y Psiquiatría de México; se describen, por Gertzman y Poetzl, en el síndrome del pliegue curvo, la pérdida de noción derecha izquierda, la acalculia, agnosia de dedos y apraxia, en el que hay alteraciones parciales del esquema corporal, como es la imposibilidad de nombrar sus dedos, de contar, fenómeno que como dice Schilder, que en su etapa de aprendizaje, se aprende a contar con los dedos y quizá ambas agnosias (la acalculia y la agnosia de dedos) teniendo un origen común, desaparezcan también en común, cuando se alteran las funciones de integración, como, en el caso de este Síndrome de Gertzman que sólo queremos recordar, para describir la alteración del esquema corporal, correlacionado con alteraciones anatómicas, como tumores, trombosis, traumatismos, de esta región del pliegue curvo.

Dentro de nuestro enfoque deseamos señalar que ocurren estas alteraciones funcionales del esquema corporal, en un nivel psíquico, en nivel puramente funcional, de desintegración de la integración diríamos, de la función, en varios ejemplos que vamos a dar.

Es común ver la conciencia de integridad corporal y la insistencia angustiosa que tienen los pacientes a quienes

se les ha amputado una pierna o un dedo; persiste, en el nivel psíquico, el mecanismo integrativo del esquema corporal, aún cuando en el nivel físico, éste esté amputado (quiero decir el estado físico incompleto del paciente). Para todos es conocido el llamado miembro fantasma, que es el mismo fenómeno, de tener conciencia de que existe el miembro que ya no existe; hay el miembro fantasma doloroso, que a veces constituye un problema terapéutico, el tratar un dolor que sí existe, en un miembro que no existe. Algún caso del Sanatorio Español, hace años, fue tratado por nosotros, con una serie de electroshocks, con buenos resultados. En realidad no se trata en sí el dolor con el electroshock, sino el estado depresivo-angustioso del paciente.

En otros enfermos, amputados, uno de nuestros ilustres profesores, ya fallecido, le fue amputado un dedo, el índice derecho, después de meses, llegaba a soltar su boquilla, por querer prensarla entre el medio y el índice que no existía físicamente, pero que persistía, en su esquema corporal.

En un área fronteriza, entre la Neurología y Psiquiatría, en un lote de pacientes, que sirvieron de base al material de Tesis del Dr. José Luis Patiño, ex Director del Manicomio, se relatan casos de nuestras observaciones clínicas, de pacientes postencefálicas, con mínimas o casi nulas secuelas neurológicas, curiosas experiencias relativas a modalidades y alteraciones del esquema corporal, en donde ocurren estas perturbaciones en un nivel psíquico, con relatos que tienen las características de

lo fantástico, como todas aquellos fenómenos que se desarrollan en un nivel oníroide de la conciencia; algunas experiencias eran claramente oníricas ya durante la fase de sueño nocturno o durante los brotes de somnolencia paroxística que tenían estas pacientes.

El relato de alguna de las pacientes, consistía en que estando en un estado de presueño, sentía, que algo se desprendía de su cuerpo físico, como si fuera una especie de forro o cubierta sutil de su cuerpo y se desprendiera, volátil y deforme y con don de ubicuidad, pues pronto atravesaba las paredes y vagaba por los espacios siderales o llegaba a algún continente o planeta; allá, "su otro yo" como lo calificaba la paciente, tenía múltiples actividades, todas de tipo fantástico, mágico, en beneficio del sujeto físico y por fin sentía que "su espíritu" (así le llamaba la paciente) volvía a su cuerpo, no siempre en forma total, sino por partes, la mano primero, las piernas, la cabeza después y por fin el resto, sintiendo la paciente una gran tranquilidad o un corte de su angustia, que le despertaba, cuando ya sentía que se había integrado totalmente.

En esa tesis señalábamos otros casos y otros ejemplos, en personas en las que por un simple estado gripal, con un probable y mínimo estado disociativo, al caminar por la banqueta rumbo al Hospital (esto le sucedió a un médico francés), sintió que su otro yo, empujaba a su yo físico y lo sacaba de la banqueta. Otro paciente, en estado febril, asiste a su propio entierro, viéndose entre los dolientes. Ejemplos, estos

y otros, que por su naturaleza fantástica, pueden parecer fuera de la formalidad científica; sin embargo, es tan rica nuestra vida subjetiva y tan compleja y aún tan desconocida, que la ciencia va descubriendo, con objetividad que también tiene lo subjetivo, cuando se le estudia dentro de sus métodos propios y va derrumbando prejuicios como la dualidad psiquisoma), que en la mente primitiva y empírica del hombre moderno, estas experiencias, orientadas desde otros intereses que no sean los científicos, habrán dado base a la existencia del espíritu, dentro de una concepción mágica o precientífica y que a la luz de solo estos simples hechos clínicos, no hay brujas, sino la simple exteriorización del esquema corporal en su desintegración psicológica.

Con esto damos por terminado, una ligera información de muchos fenómenos neurológicos y psicológicos de carácter funcional y que constituyen más la experiencia del psiquiatra que del

neurólogo, pero en donde vemos, la necesidad de conocerlos, cuando ocurren por desintegración en niveles ya no topográficos del cerebro, sino en el nivel impalpable físicamente, pero de innegable existencia en el nivel psíquico, subjetivo y de integración, no sólo del individuo, sino de su propio medio circundante; la Neurología moderna avanza por estos caminos psicosomáticos, como la Medicina misma, y para entenderla, hay que trascender de la concepción topística y anatómica y aún funcional, a la concepción integral del individuo como un todo en sí y como unidad con su medio físico y social.

REFERENCIAS

1. Fuentes, M.: *Neurología funcional. Aspectos clínicos*. GAC. MÉD. MÉX. 94: 899, 1964.
2. Teitelbaum, H.: *Psychosomatic neurology*. Nueva York, Grune and Stratton, 1964.
3. *Ibid.* pág. 26.
4. Fullerton, D. T.: *Pseudo-myasthenia gravis. A conversión reacción*. J. Nerv. and Ment. Dis. 142: 78, 1966.

COMENTARIO OFICIAL

DR. RAMÓN DE LA FUENTE¹

Como es bien sabido, las emociones son estados subjetivos que se acompañan de cambios químicos y fisiológicos. Estos cambios medidos por el sistema nervioso ocurren en la totalidad del organismo. Al-

gunas emociones como el gozo, la ternura, la alegría, etc., son placenteras y suaves y en general promueven su buen funcionamiento. En cambio otras, las que biológicamente están relacionadas con las reacciones primarias de fuga y ataque, tales como el miedo, la angustia, la cólera, la hostilidad,

¹ Académico numerario.

etc., son displacenteras. Estas últimas tienen importancia desde el punto de vista de la patología humana, puesto que cuando son persistentes o recurrentes y están interferidas en su alivio, son capaces de alterar la función de órganos o sistemas aislados y desintegrar pautas neurológicas desde las mas simples hasta las mas complejas.

Las mas de las veces las disfunciones somáticas o viscerales de origen emocional son reacciones simples, síntomas aislados clínicamente desarticulados, es decir, que no se pueden identificar con cuadros nosológicos orgánicos definidos. Son funcionales en cuanto que son reversibles y no están relacionadas con alteraciones estructurales. Son en cambio comprensibles como fragmentos aislados de patrones fisiológicos que normalmente acompañan a las emociones violentas; en cierto modo son la expresión mórbida de estas emociones.

La observación clínica muestra que el evento psíquico y el fisiológico de una reacción emocional son disociables. En efecto, puede ocurrir que la emoción se experimente como afecto, en tanto que su pauta fisiológica sea poco aparente, o por el contrario que la emoción no sea subjetivamente percibida o lo sea sólo vagamente y que algún elemento de su pauta fisiológica constituya la manifestación única o la más aparente. En estos casos se puede hablar de síntomas que son el equivalente fisiológico de una emoción. Ataques de náusea, desequilibrio, vértigo, diarrea, espasmos, taquicardia, algias, parestesias, etc., no asociados con un estado consciente de emoción, representan su equivalente somático. El estado privado o subjetivo ha sido disociado de la experiencia consciente. Esta disociación o represión del afecto, confiere a los estados emocionales su mayor poder patogénico.

Al cabo del tiempo, y a veces desde el principio, la consolación puede ocurrir y el trastorno puede organizarse entonces en un cuadro semiológico expresivo de patología estructural en un órgano o sistema. Esta consolidación llena una función en la economía psíquica y representa un paso más allí en la represión de la emoción. Los

patrones nosológicos definidos constituyen las entidades clínicas usualmente agrupadas bajo la denominación de padecimientos psico-somáticos; úlcera péptica, colón irritable, asma bronquial, hipertensión arterial, padecimientos dermatológicos, trastornos ginecológicos, etc.

De tiempo atrás se ha establecido la diferencia entre los trastornos vegetativos y somáticos simples y los padecimientos psico-somáticos a los que nos hemos ya referido y los trastornos histéricos conversivos.

Los síntomas en la conversión histérica son también expresiones de desorganización del sistema nervioso de carácter funcional. Estos síntomas se expresan en los territorios inervados por el sistema nervioso de la vida de relación: anestias, parálisis, etc., y en la esfera psíquica; amnesias, fugas, etc., y se relacionan con la exclusión del campo de la conciencia de contenidos psicológicos emocionalmente cargados, cuya presencia en la conciencia sería peligrosa y produciría angustia intolerable. El síntoma expresa simbólicamente esos contenidos psicológicos.

El sistema nervioso de relación participa en la pauta expresiva de las emociones y puede ser directamente afectado por ellas, pero a diferencia del sistema nervioso vegetativo, tiene las conexiones necesarias para poder ser utilizado en la comunicación simbólica. Los síntomas conversivos se diferencian mas claramente de las anteriores por tener un significado específico.

Un ejemplo puede ilustrar esta distinción. Una ceguera histérica expresa simbólicamente un contenido, p. ej., el no querer ver una situación de la vida que es intolerable, en cambio, una colitis espástica no comunica nada; es simplemente expresión de un estado recurrente o persistente de angustia u hostilidad.

Estamos de acuerdo en que la distinción entre síntomas somáticos y viscerales emotogénicos y síntomas conversivos no es siempre muy clara. El organismo funciona como totalidad y no hace distinciones tajantes, p. ej.: el estómago, dotado tanto de una inervación voluntaria como de una inervación vegetativa puede ser el asiento

de ambos tipos de síntomas. El vómito psicogénico puede ser en unos casos la expresión directa de un estado de angustia y en otros, expresar simbólicamente en forma conversiva el repudio de una situación intolerable. Por otra parte, en la cefalea tensional común tenemos un ejemplo de un síntoma mediado por el sistema nervioso de la vida de relación que no expresa nada. Simplemente ocurre porque los músculos del cuello y de la cabeza son inervados en forma excesiva, porque una persona vive en un estado de vigilancia y tensión exageradas.

En su trabajo, el Dr. Fuentes, aborda la descripción de diversos síntomas psicogénicos como expresiones de la desorganización funcional del sistema nervioso, tanto en niveles fisiológicos como psicológicos e incluye algunos trastornos en la esfera psíquica que generalmente se relacionan con lesiones focales en áreas corticales y subcorticales. El mayor interés de su trabajo, radica en el

enfoque neurológico dentro del cual encuadra el concepto de psicogénesis y en que describe casos de su experiencia personal.

Estamos de acuerdo con él en cuanto a que limitar el campo de los trastornos psicómáticos a los viscerales y excluir a otros síntomas psicogénicos que expresan la desintegración de funciones neurológicas y psíquicas sería una grave omisión. Queremos sin embargo, enfatizar que la distinción entre trastornos que son expresión directa de emociones que rebasan los límites de la tolerancia fisiológica y trastornos que obedecen al mecanismo mas complicado de la conversión y comunicación simbólicas, tiene consecuencias tanto teóricas como prácticas, es decir en el manejo de los enfermos. El psiquiatra no se limita a identificar las disfunciones psicogenéticas, sino que procede a analizar las determinantes situacionales, caracteriológicas y psicodinámicas de estas emociones perturbadoras.